ONDERZOEKSRAAD VOOR VEILIGHEID

Aanpak coronacrisis

Deel 1: tot september 2020



Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Aanpak coronacrisis

Deel 1: tot september 2020

Den Haag, februari 2022

De rapporten van de Onderzoeksraad voor Veiligheid zijn openbaar en beschikbaar op www.onderzoeksraad.nl

Foto op cover: Shutterstock / Frans Blok
Bron foto's in rapport: Arie Kievit

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De Onderzoeksraad voor Veiligheid

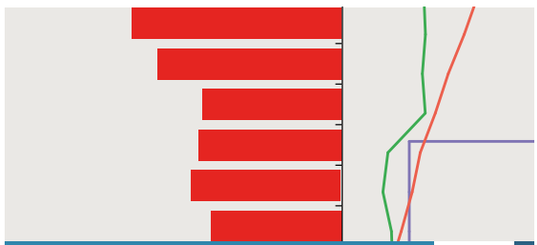
Als zich een ongeval of ramp voordoet, onderzoekt de Onderzoeksraad voor Veiligheid hoe dat heeft kunnen gebeuren, met als doel daar lessen uit te trekken. Op die manier draagt de Onderzoeksraad bij aan het verbeteren van de veiligheid van Nederland. De Raad is onafhankelijk en besluit zelf welke voorvallen hij onderzoekt. Daarbij richt de Raad zich in het bijzonder op situaties waarin mensen voor hun veiligheid afhankelijk zijn van derden, bijvoorbeeld van de overheid of bedrijven. In een aantal gevallen is de Raad verplicht onderzoek te doen. De onderzoeken gaan niet in op schuld of aansprakelijkheid.

	Onderzoeksraad		
Voorzitter:	ir. J.R.V.A. Dijsselbloem prof. dr. mr. S. Zouridis dr. E.A. Bakkum		
Secretaris-directeur:	mr. C.A.J.F. Verheij		
Bezoekadres:	Lange Voorhout 9 2514 EA Den Haag	Postadres:	Postbus 95404 2509 CK Den Haag
Telefoon:	070 333 7000		
Website:	onderzoeksraad.nl		
E-mail:	info@onderzoeksraad.nl		

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Onderzoek in beeld

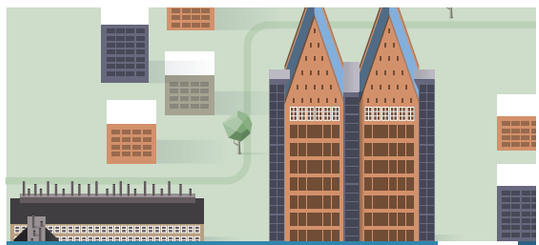
Bij dit rapport is een overzicht in beeld gemaakt. Deze toont gebeurtenissen tijdens de coronacrisis tot september 2020 en hun gevolgen voor de samenleving. Het is geen compleet overzicht van het onderzoek. Daarvoor is het rapport. Scan of klik op de QR-codes om de beelden te bekijken.



Reconstructie

In de periode december 2019 tot september 2020 volgden gebeurtenissen elkaar zeer snel op. De meest bepalende gebeurtenissen, met de nadruk op Nederland, staan in dit overzicht.

■ **coronaonderzoek.onderzoeksraad.nl/reconstructie**



Crisisorganisatie

Bij de aanpak van de coronacrisis werken verschillende organisaties nauw met elkaar samen en zoeken soms al improviserend naar manieren om problemen op te lossen.

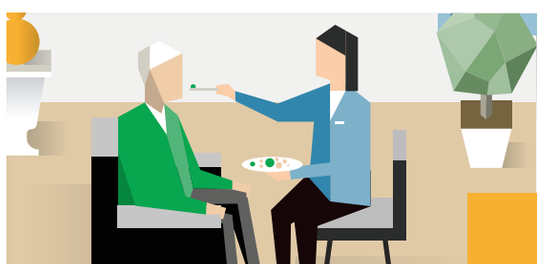
■ **coronaonderzoek.onderzoeksraad.nl/crisisorganisatie**



Crisiscommunicatie

Een essentieel onderdeel van de aanpak is crisiscommunicatie. De overheid zet sterk in op persconferenties en brede of juist doelgroep-specifieke campagnes om Nederland te informeren en draagvlak te creëren voor het coronabeleid.

■ **coronaonderzoek.onderzoeksraad.nl/crisiscommunicatie**



Verpleeghuizen

Bewoners van verpleeghuizen worden hard getroffen door de coronacrisis. Tegen welke problemen liepen de sector, de zorgmedewerkers en de bewoners aan, wat waren de gevolgen van landelijke besluitvorming en hoe is hiermee omgegaan?

■ **coronaonderzoek.onderzoeksraad.nl/verpleeghuizen**

Bekijk de video of beluister de podcast

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

INHOUD

Samenvatting **7**

Beschouwing **12**

Aanbevelingen **16**

Lijst van afkortingen en begrippen **19**

Inleiding **24**
Onderzoeksaanpak voor de periode tot september 2020 26
Afbakening van het onderzoek 27
Leeswijzer 28

Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020 ..... **29**

1 Stelselbeschrijving in het kort **30**
1.1 De organisatie van infectieziektebestrijding 30
1.2 De nationale crisisstructuur 34
1.3 De regionale crisisstructuur 36
1.4 Corona-specifieke partijen en ontstane overleggremia 37

2 Reconstructie tot september 2020 ..... **40**
2.1 December 2019: onbekende longziekte maakt slachtoffers in China 40
2.2 Vanaf maart 2020: van 'indamfase' naar 'mitigatiefase' 43
2.3 Vanaf half maart: Nederland zit thuis 52
2.4 Vanaf mei: wensen om de aanpak te veranderen komen op 63
2.5 Vanaf juni: Nederland ontspant en het virus rukt weer op 76

Sectie II Analyse van de crisisaanpak **83**

3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis **84**
Inleiding 84
3.1 Stand van zaken in Nederland eind 2019 84
3.2 De totstandkoming van de voorbereiding op infectieziektebestrijding 94
3.3 Analyse van de ontwikkeling van de voorbereiding op infectieziektebestrijding 100
3.4 In het kort 104

4 De crisisorganisatie **107**
Inleiding 107
4.1 Crisisbeheersing in de gezondheidszorg: sturen of netwerken? 108
4.2 De nationale crisisstructuur 118
4.3 Beleid en uitvoering: twee losse entiteiten 126
4.4 In het kort 135

5 De besluitvorming 138
Inleiding 138
5.1 De invloed van het perspectief van infectieziektebestrijding 139
5.2 Omgaan met onzekerheid 145
5.3 Controlemechanismen bij besluitvorming 153
5.4 In het kort 159

6 De crisiscommunicatie door de Rijksoverheid 162
Inleiding 162
6.1 Werkwijze en uitvoering 163
6.2 De opgave voor crisiscommunicatie 172
6.3 Verklarende factoren voor kwetsbaarheden in de crisiscommunicatie 181
6.4 In het kort 184

7 De verpleeghuizen 187
Inleiding 187
7.1 Agendering van knelpunten moeilijk 190
7.2 Veerkracht van de sector 194
7.3 Hygiëne en infectiepreventie (HIP) in verpleeghuizen 197
7.4 In het kort 201

Sectie III Synthese en conclusies 205

8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact 206
Inleiding 206
8.1 (Doordachte) Voorbereiding op een langdurige crisis met landelijke impact 209
8.2 Sturing in landelijke crises 211
8.3 Omgaan met onzekerheid 217
8.4 Behoud van draagvlak in een langdurige crisis 220
8.5 Tot slot 224

9 Conclusies 228

10 Aanbevelingen 232

Bijlagen 236

Bijlage A Onderzoeksverantwoording 237

Bijlage B Reacties op conceptrapport 270

Bijlage C Stelselbeschrijving 278

Bijlage D Tabellen voorbereiding 299

Bijlage E Tijdlijn 307

Bijlage F Grafieken 310

SAMENVATTING

De coronapandemie heeft geleid tot een internationale, langdurige crisis. Wat begon als een gezondheidscrisis breidde zich in snel tempo uit tot een brede maatschappelijke crisis die zich op een dergelijke schaal niet eerder heeft voorgedaan in naoorlogs Nederland. Eind 2019 werd voor het eerst bericht over een virusuitbraak in China. Op 27 februari 2020 testte in Nederland voor de eerste keer een patiënt positief op het coronavirus. Daarop begon de overheid de crisis te bestrijden, risico's te beperken en nieuwe kennis te ontwikkelen; burgers moest tegelijkertijd leren omgaan met de realiteit van het virus en de gevolgen voor de samenleving.

Voorliggend deelrapport beschrijft en analyseert de crisisaanpak van de Nederlandse betrokken partijen. Het bestrijkt de voorbereiding op, en de aanpak van, de coronapandemie tot september 2020. Volgende deelrapporten gaan in op de periodes erna en behandelen de voor die periode kenmerkende gebeurtenissen, maatregelen en interventies. Hoofddoelen van alle delen binnen het onderzoek zijn de gebeurtenissen en handelingen tijdens de coronacrisis reconstrueren; vervolgens begrijpen en waar mogelijk verklaren waarom het verliep zoals het verliep; om tot slot lessen te trekken voor de crisisaanpak in heden en toekomst. Een toekomst waarin soortgelijke of andersoortige langdurige crises met maatschappij-ontwrichtende gevolgen tot de mogelijkheden behoren.

De lessen uit het onderzoek geven handvatten om zowel de huidige coronacrisis als andere, toekomstige crises het hoofd te bieden. Daarnaast verricht de Onderzoeksraad dit onderzoek voor eenieder die meer inzicht wil in de Nederlandse aanpak van de coronacrisis. Die raakt immers iedereen. Dit rapport dient dan ook niet gelezen te worden als een finaal oordeel, noch als eindevaluatie van de crisisaanpak. Het biedt daarentegen wel inzichten in hoe de aanpak tijdens de eerste periode in Nederland verliep, en hoe besluitvormers, adviseurs en andere betrokkenen daarvan kunnen leren voor de aanpak van de nog voortdurende coronacrisis en voor toekomstige crises.

Voorbereiding

Nederland had tot voor kort geen directe ervaring met landelijke, ontwrichtende infectieziektecrises. De partijen die het meest betrokken waren bij infectieziektebestrijding in Nederland (het ministerie van VWS, het RIVM en de GGD'en) waren voorbereid op relatief kleinschalige en begrensde infectieziekte-uitbraken met uitsluitend gevolgen voor de gezondheidszorg. Er bestonden wel scenario's die voorsorteerden op de komst van een maatschappij-ontwrichtende pandemie, maar die hebben niet geleid tot een voorbereiding op een langdurige crisis met brede landelijke impact. Dit is mede verklaarbaar doordat betrokken partijen recente ervaringen met infectieziektecrises als referentie gebruikten: een crisis als de coronapandemie heeft zich in de Westerse wereld niet voorgedaan in de naoorlogse geschiedenis. Daarnaast fluctueerde de prioriteit voor infectieziektebestrijding op de bestuurlijke en politieke agenda door de jaren heen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Het ministerie van VWS heeft een centrale rol in de crisisaanpak bij uitbraken van ernstige infectieziekten. Tijdens oefeningen voor de voorbereiding op infectieziektebestrijding is deze centrale rol van het ministerie niet aan de orde geweest. Er bestaat geen draaiboek dat de samenhang tussen de landelijke en regionale aanpak beschrijft. VWS moest samen met andere partijen improviseren om de crisis te bestrijden, wat resulteerde in de oprichting van allerlei coördinatiestructuren.

De betrokken partijen ondervonden vanaf de eerste maanden van de pandemie problemen bij het opschalen van middelen en capaciteit om de crisis te bestrijden of te beheersen. Op basis van gezamenlijke inspanning en veerkracht hebben zorgpartijen en VWS er gedurende de loop van de crisis met elkaar voor gezorgd dat gaten konden worden gevuld in de aansturing en organisatie van de crisisbeheersing in de gezondheidszorg. Dit aanpassingsvermogen compenseerde voor een belangrijk deel dat de voorbereiding niet gericht was op een langdurige, landelijke infectieziektecrisis met brede maatschappelijke gevolgen.

Crisisorganisatie

De infectieziektebestrijding was een uitdaging die op onderdelen de oplossingsmogelijkheden van individuele zorgaanbieders op regionaal niveau oversteeg en vroeg om landelijke afspraken en sturing. Hierop waren zowel het reguliere zorgstelsel als de crisisorganisatie niet toegerust. Ook speelden capaciteitsproblemen in de zorg een rol. De verschillende keuzes in regievoering van VWS op verschillende vraagstukken gaven geen duidelijk beeld hoe de landelijke sturing op de gezondheidszorg tijdens de crisis was georganiseerd, en leidden regelmatig tot onduidelijkheid en ergernis in het zorgveld. De onderlinge afstemming die nodig was om de landelijke samenwerking te creëren en daadwerkelijk te laten functioneren ging bovendien ten koste van de snelheid, die in de acute fase van een crisis nodig is.

De bestaande nationale crisisstructuur maakt geen onderscheid tussen de aanpak van zogenoemde 'flitscrises' en langdurige crises zoals de coronapandemie. Daarnaast vond bij de opschaling naar de nationale crisisstructuur geen expliciete overgang plaats van de leidende rol van VWS naar de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb), voorgezeten door de minister-president. De nationale crisisstructuur bleef hiermee sterk gericht op infectieziektebestrijding. De aanpak gericht op de acute crisisfase en een aanpak gericht op lange termijneffecten in een langdurige, maatschappelijke crisis stellen echter verschillende eisen aan de crisisorganisatie en besluitvormingsstructuur.

Vanwege de breedte en duur van de coronacrisis schoven steeds meer deelnemers aan bij de crisisteams binnen de nationale crisisstructuur, met name in de MCCb. Daardoor kwam snelle en daadkrachtige besluitvorming in het gedrang. De minister-president deed daarom een aanpassing op de nationale crisisstructuur door het organiseren van afstemming in een kleinere samenstelling in het Torentjesoverleg en het Catshuisoverleg. De sturing op de crisis verplaatste zich hiermee informeel naar andere overleggen dan de MCCb. Op deze manier ontstond er naast de formele structuur ook een informele structuur voor de besluitvorming en werd de crisisorganisatie diffuus. Het was niet altijd duidelijk op wat voor manier de aanpassingen aan de nationale crisisstructuur zich verhielden tot de formele besluitvormingsroute. De veelheid en verscheidenheid aan coördinatiestructuren en besluitvormingsgremia zorgden met name op ambtelijk niveau

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

voor onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en de vraag wie het geheel coördineerde en aanstuurde.

De nationale crisisstructuur werd eind juni 2020 vervangen door een beperktere, rijksbrede programmastructuur. Dat betekende onder andere dat de crisisaanpak vanaf dat moment werd afgeschaald en als programma elders werd ondergebracht. Omdat de crisisstructuur wegviel, leidde dit bij veiligheidsregio's en ministeries tot onduidelijkheid over de verdeling van rollen, taken en verantwoordelijkheden. Doordat in de zomermaanden de besmettingen weer opliepen, kregen de veiligheidsregio's behoefte aan landelijke kaders, maar de afstemming over landelijke maatregelen verliep moeizaam nu de nationale crisisstructuur was afgeschaald. De programmastructuur was bovendien niet ingericht voor de aanpak van acute knelpunten in de crisis. Terwijl de programmastructuur nog aan het opstarten was, kwam Nederland in de tweede golf van de coronacrisis terecht. Signalen dat een tweede golf aanstaande was, leidden in de zomer van 2020 niet tot het reactiveren van de volledige nationale crisisstructuur. Criteria voor het opnieuw instellen van (delen van) de nationale crisisstructuur ontbraken.

Besluitvorming

Infectieziektebestrijding was het belangrijkste uitgangspunt voor het kabinet in de aanpak van de crisis. De gedachte was dat met het bestrijden van de oorzaak ook de negatieve gevolgen zouden worden weggenomen. Hoe sterker die gevolgen waren, hoe meer het van belang was dat Nederland de maatregelen naleefde met als 'beloning' dat ruimte ontstond om deze te versoepelen. Het hoofdzakelijk vasthouden aan het perspectief van infectieziektebestrijding had invloed op de besluitvorming en werd versterkt door de positie van het OMT als expertteam en de adviesrol van de voorzitter van het OMT in vrijwel alle crisisteams. De sterke focus op infectieziektebestrijding belemmerde het zorgvuldig af- en meewegen van belangen op andere beleidsterreinen alsook op andere sectoren binnen de gezondheidszorg.

In de onderzochte periode tot september 2020 was veel onzeker. Er moesten besluiten worden genomen op basis van een (wetenschappelijk) informatietekort, met beperkte mogelijkheden tot modellering en langdurige onduidelijkheid over de manieren waarop het virus zich verspreidde. Het was onduidelijk welke maatregelen het best verwachte resultaat zouden hebben, wat de neveneffecten – ook buiten de zorg – zouden zijn en wat de maatregelen zouden betekenen voor het draagvlak onder de Nederlandse bevolking. Dit leidde tot onzekerheid in uitgebrachte adviezen en in de besluiten die hierop gebaseerd waren. Bij besluitvormers ontstond daarbij ook het verlangen om de onzekerheden zoveel mogelijk te reduceren. Er ontwikkelde zich een tendens om sterk op de informatie en kwantitatieve cijfers te sturen die wel voorhanden waren. Deze cijfers (R-getal, besmettingscijfers, ic- en ziekenhuisopnames) leken hard, maar waren in de praktijk vooral indicatief door de vertraagde doorwerking van de incubatietijd van het virus en de beperkte testcapaciteit in het voorjaar van 2020. In werkelijkheid was er beperkt zicht op het virus.

Kwalitatieve signalen, die met meer onzekerheden zijn omgeven, werden in dit spanningsveld eerder terzijde gelegd. Zo waren de effecten op het psychisch welzijn van kwetsbaren en de sociaal-economische gevolgen zeker in het begin van de crisis nog

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

niet met kwantitatieve data te onderbouwen. Bovendien hadden bredere maatschappelijke adviesorganen geen vaste plaats in het besluitvormingsproces. De impact van de crisis en de maatregelen buiten de zorgsector kwam hierdoor minder goed in beeld. Ook signalen en adviezen over de uitvoerbaarheid van de besluiten kregen minder aandacht in de besluitvorming. Onder andere door het ontbreken van een brede uitvoeringstoets werden meerdere besluiten genomen die tot problemen in de uitvoering leidden.

De exponentiële groei van het aantal besmettingen vergde snel en adequaat ingrijpen. Vanuit de behoefte aan slagvaardigheid kregen het Catshuis- en Torentjesoverleg een steeds prominentere plek in de besluitvormingscyclus, hoewel deze overleggen normaal gesproken geen onderdeel vormen van de crisisorganisatie. Daarmee veranderde ook de rol van de organen die normaliter wel een vaste plaats hebben in de crisisorganisatie. De behoefte aan slagvaardige besluitvorming in een kleiner overlegorgaan is begrijpelijk, maar hierin schuilde wel het risico dat afbreuk werd gedaan aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming. Met de informele aanpassingen werden ook de ingebouwde controlemechanismen vermeden.

Crisiscommunicatie

De communicatie met de bevolking was cruciaal in de aanpak van de coronacrisis, omdat van alle Nederlanders werd gevraagd zich te houden aan opgelegde maatregelen om virusspreiding te voorkomen. De crisiscommunicatie droeg er mede aan bij dat het draagvlak voor de maatregelen tot mei 2020 hoog was. De overheid slaagde er niet in het hoge draagvlak vast te houden. Uit de analyse blijkt dat de communicatieaanpak beperkt aansloot op de kenmerken van de coronacrisis. Een belangrijke factor hierbij was dat de communicatieaanpak sterk leunde op de ervaring en kennis opgedaan bij relatief kortdurende rampen en crises met een duidelijk begin en einde. Doordat de coronacrisis geen duidelijk begin had en aanvankelijk beperkt zichtbaar was, stelde de Rijksoverheid zich bij aanvang van de crisis afwachtend op in haar publiekscommunicatie. Zo was in de periode dat het virus nog niet in Nederland was vastgesteld, de communicatie vanuit het RIVM vooral geruststellend van aard en liep de communicatie achter op de behoefte aan informatie vanuit de bevolking.

Tijdens de eerste periode van de coronacrisis lag de nadruk van de communicatieaanpak op het top-down informeren en instrueren van het brede publiek. De Rijksoverheid had daarbij beperkt aandacht voor de diversiteit van de te bereiken doelgroepen. Hoewel de overheid vanaf mei 2020 meer aandacht kreeg voor doelgroepen met specifieke communicatiebehoeftes, zoals laaggeletterden, had de overheid gedurende de gehele onderzochte periode beperkt zicht op de mate waarin deze groepen daadwerkelijk geïnformeerd, overtuigd en geactiveerd werden. Ook kreeg de overheid te maken met de toenemende zorgen van burgers die financieel, sociaal of psychisch te lijden hadden onder de crisis; en met de effecten van de maatregelen, op de persoonlijke en professionele situatie van mensen. Hoewel de overheid hier in de loop van de crisis toenemend aandacht voor had, werd de hiervoor benodigde, zogenoemde 'verbindende communicatie' – waarin de overheid in gesprek gaat over de vragen, zorgen en moeilijkheden van mensen die te lijden hebben onder de maatregelen en de gevolgen van de crisis – niet systematisch uitgewerkt en toegepast.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De overheid probeerde de bevolking mee te nemen in de onzekerheden en dilemma's waar zij voor stond. Daarnaast wenste zij ook hoop en perspectief te bieden door beloften te doen en verwachtingen te scheppen. Doordat deze regelmatig gebaseerd waren op onzekere aannames, kon de overheid de beloften en verwachtingen niet altijd waarmaken. Dit droeg op de langere termijn bij aan verminderd maatschappelijk draagvlak voor de crisisaanpak. Ook sloot de communicatie, met de nadruk op informeren, overtuigen en activeren van de burger, beperkt aan op de langetermijneffecten van de crisis.

Verpleeghuizen

Verpleeghuizen in Nederland zijn tijdens de eerste maanden van de coronacrisis hard getroffen. Meer dan de helft van het totale aantal sterfgevallen in Nederland in de periode tot september 2020 vond plaats in verpleeghuizen. De bewoners van verpleeghuizen zijn als kwetsbare ouderen ontvankelijk voor het virus, maar ook de focus van de crisisaanpak heeft hieraan bijgedragen. Er werd aanvankelijk beperkt aandacht en prioriteit gegeven aan de knelpunten in verpleeghuizen. Het onderzoeken van de verpleeghuizen heeft inzicht gegeven in de effecten van de crisisaanpak in de praktijk. Hieruit zijn lessen te leren die mogelijk ook van belang zijn voor andere groepen kwetsbaren.

De voorbereiding op landelijke (infectieziekte)crises is sterk gericht op acute zorg en ziekenhuiszorg; wat een landelijke infectieziektecrisis betekent voor de zorg die in verpleeghuizen wordt geleverd, was vooraf minder goed uitgewerkt. De crisisaanpak vanuit VWS was in eerste instantie afhankelijk van de inbreng vanuit het zorgveld, waar de zogenoemde *cure*-sector sterker in is vertegenwoordigd dan de *care*-sector. De crisisaanpak stuurde op de ziekenhuis- en ic-bezetting; knelpunten binnen de verpleeghuissector bleven in eerste instantie onderbelicht. De bestaande dynamiek in het zorgveld was leidend voor de crisisaanpak en was in het begin ook bepalend voor de verdeling van de schaarse middelen. Deze benadering was niet passend bij het doel om kwetsbare groepen te beschermen. Schaarse middelen werden merendeels verdeeld over de ziekenhuizen en de acute zorg en vonden hun weg niet goed naar de verpleeghuizen. Dit vergrootte de kans op introductie en verspreiding van het virus onder kwetsbare ouderen. Het aantal COVID-19-uitbraken in verpleeghuizen nam dan ook sterk toe.

Uiteindelijk werd een landelijk bezoekverbod afgekondigd om bewoners en medewerkers in verpleeghuizen toch te kunnen beschermen. Hoewel het bezoekverbod succes had in het terugdringen van het virus in de verpleeghuizen, had de maatregel grote impact op het welzijn van veel bewoners. Op basis van veerkracht en oplossingsgericht handelen hebben de verpleeghuizen de negatieve impact van de crisis en maatregelen kunnen verzachten, maar niet kunnen voorkomen.

De coronacrisis heeft een spanningsveld laten zien tussen medisch handelen en het belang van de bredere aandacht voor welzijn. Beide perspectieven zijn nodig om te voorzien in de behoeften van kwetsbare en zorgbehoevende ouderen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

BESCHOUWING

Een crisis die iedereen raakt

Tot september 2020 stierven wereldwijd bijna één miljoen mensen aan de gevolgen van het coronavirus, onder wie tienduizend Nederlanders. Het aantal mensen dat kampte met lichamelijk of geestelijk lijden was vele malen groter. Achter die cijfers schuilden minstens evenveel persoonlijke verhalen. Uit de talloze interviews die de Onderzoeksraad hield voor dit onderzoek kwamen aangrijpende beelden naar voren. Veel geïnterviewden keken met gemengde gevoelens en vaak geëmotioneerd terug op de eerste maanden van de coronacrisis. In gesprekken met betrokkenen in ziekenhuizen en verpleeghuizen, bijvoorbeeld, kwam groot verdriet naar voren over het verlies van patiënten en bewoners. Er was angst en boosheid over het onbeschermd moeten werken door tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Ook viel het doorzettingsvermogen op, niet alleen in de ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar in alle sectoren van de crisisaanpak en in de samenleving als geheel: overal was sprake van samen de schouders eronder zetten en manieren vinden om zo goed mogelijk met problemen en onzekerheden van de crisis om te gaan.

Betrokkenen in alle sectoren werkten hard en hadden ook in hun privéleven met de crisisgevolgen en de genomen maatregelen te maken. In interviews viel op hoe ingrijpend de soms vergaande bedreigingen waren waarmee (zorg)medewerkers of publieke figuren te maken hadden die zich inzetten om de crisis aan te pakken en Nederland beter te maken. Op alle fronten was samenwerking noodzakelijk. Afstemming werd werkenderwijs gezocht en benut. Organisatie en improvisatie lagen daarbij in elkaars verlengde en vonden gelijktijdig plaats. Initiatieven die positief uitwerkten dienen behouden te blijven voor de toekomst. De getoonde veerkracht en de inzet van velen laat onverlet dat verbeteringen in de crisisaanpak mogelijk en noodzakelijk zijn.

Ongekende crisis vraagt om ongekende aanpak

Dit rapport richt zich op de aanpak van de coronacrisis in Nederland, en niet op het internationale aspect. De internationale dynamiek van de pandemie had echter ook gevolgen voor de Nederlandse aanpak. De verspreiding van het virus stopte immers niet bij landsgrenzen. Tegelijkertijd is ieder land autonoom en draagt het verantwoordelijkheid voor zijn nationale gezondheidszorg. Thema's als de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen en medische apparatuur, of de spreiding van patiënten naar ziekenhuizen in buurlanden, vroegen echter om internationale samenwerking. Dergelijke inzichten hebben een bredere relevantie, ook tijdens andere grote crises. Ze roepen vragen op over hoe afhankelijk Nederland wil zijn, en hoe onafhankelijk het kan zijn. Nederland zou zich op korte termijn op dergelijke vragen moeten beraden. Het is noodzakelijk dat beleidsmakers nadenken over, en reflecteren op, welke rol de internationale context speelt bij grens-overstijgende crises. Zij dienen er vervolgens naar te handelen, bijvoorbeeld door kritische factoren te definiëren waarop Nederland onafhankelijk wenst te zijn.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De coronacrisis is qua duur en omvang een van de meest ingrijpende crises waar naoorlogs Nederland mee te maken heeft gehad. Wat begon als een acute crisis in de gezondheidszorg mondde binnen enkele weken uit in een crisis met ingrijpende gevolgen voor de samenleving als geheel. Het leidde tot regio-, sector- en grensoverstijgende problemen. Er vielen veel slachtoffers; vrijheden van burgers werden ingeperkt. Uiteenlopende belangen moesten tegen elkaar worden afgewogen en er moest worden nagedacht over nieuwe manieren hoe met de crisis om te gaan. Daardoor is de coronacrisis, tot op de dag van vandaag, anders dan andere crises, in zoverre dat de voorbereide structuren en werkwijzen niet pasten bij de problemen en dilemma's die zich in de eerste maanden voordeden. Een dergelijke crisis vraagt daarom om wezenlijk andere vormen voor de aansturing, uitvoering, samenwerking, besluitvorming en communicatie. Het uitleggen, legitimeren en verantwoording afleggen, alsook het reflecteren en leren daarvan dienen cruciale aspecten van de crisisaanpak te zijn.

Forse dilemma's lagen bij de aanpak van de crisis in de eerste maanden op tafel. Wel of geen stillegging van het maatschappelijk leven? Wel of geen afschaling van de reguliere zorg? Voor zulke, en legio andere dilemma's stonden de besluitvormers. Zij moesten op cruciale momenten keuzes maken. Keuzes die niet altijd populair waren, met mogelijke onvoorziene effecten en gevolgen op ander vlak. Voor die keuzes hadden zij bovendien maar beperkt tijd: de druk was immens. Daarbovenop kwam nog de lange duur van de crisis, waardoor (over)vermoeidheid en uitputting toesloegen op alle niveaus, met risico's voor de kwaliteit van de aanpak. Dat besluitvormers aan het begin van de coronacrisis prioriteit gaven aan de infectieziektebestrijding was begrijpelijk. Dat zij middels steunpakketten snel erna aandacht gaven aan de economische gevolgen ook. Tegelijkertijd werden de maatschappelijke effecten in alle lagen van de bevolking als steeds knellender ervaren. In tegenstelling tot de economische impact kunnen maatschappelijke effecten niet zomaar met formules of verdeelsleutels worden meegewogen. Het is noodzakelijk voor het publieke vertrouwen in de crisisaanpak dat besluitvormers aandacht geven aan deze problemen en dat problemen zichtbaar in de besluitvorming worden betrokken.

Het rapport gaat in op hoe betrokken partijen problemen ondervonden bij het opschalen van middelen en capaciteit. Het omgaan met snelle veranderingen en verrassingen doet daarbij een beroep op improvisatievermogen. Relevant te onderkennen is dat veel van de betrokken partijen daar moeite mee hebben omdat ze ingericht zijn vanuit een streven naar een hoge mate van efficiëntie. Dat geldt niet alleen voor ziekenhuizen of GGD'en maar ook voor bijvoorbeeld onderwijsinstellingen. Een inrichting die zogenoemd '*lean and mean*' is, heeft voordelen in voorspelbare tijden, maar is kwetsbaar zodra zich iets onverwachts voordoet. De capaciteit en voorraden schieten dan te kort, of de levertijden zijn te lang. Vaste werkwijzen of protocollen bieden dan weinig flexibiliteit. Het improviseren wordt al snel roofbouw, waarbij steeds meer achter de feiten aan wordt gelopen. Dit laat zich niet compenseren met welke crisisbenadering dan ook. Om beter met toekomstige, langdurige crises met landelijke impact om te gaan, dient te worden nagedacht hoe in vitale sectoren structureel buffercapaciteit kan worden ingezet en hoe werkwijzen flexibel kunnen worden aangepast.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Interactie met de samenleving

In de eerste periode van de coronacrisis toonde de samenleving begrip dat de nadruk in de crisisaanpak primair lag op het indammen en bestrijden van het virus. Naarmate de maatschappelijke impact groter werd en het ongemak in de samenleving toenam veranderde ook de toon in het maatschappelijke en politieke debat. Hoe meer de crisisaanpak een zichtbaar onderdeel is van een maatschappelijk, democratisch proces waarin belangen en dilemma's worden gedeeld en afgewogen, hoe meer dat een rol speelt in het behouden van publiek vertrouwen. Besluitvormers nemen keuzes nooit eigenstandig zonder enige vorm van controle vooraf, of afleggen van verantwoording achteraf. Desalniettemin leek het parlement zich in zijn controlerende en corrigerende rol in de acute crisisfase vanaf maart 2020 terughoudend op te stellen. Er bestond in eerste instantie brede steun voor de inzet van het kabinet. Richting de zomer vertaalde de groeiende vraag om de bredere maatschappelijke consequenties mee te wegen zich ook naar een kritischer Kamerdebat.

Tijdens de eerste periode van de coronacrisis ontstond ook snel een intensief mediadebat waarin experts en opiniemakers voortdurend uiteenlopende meningen inbrachten. Iedere Nederlander ervoer zelf de gevolgen van de pandemie en zag zich geconfronteerd met vele, wisselende adviezen en meningen. Binnen die context was het niet verwonderlijk dat het draagvlak voor ingrijpende maatregelen of inconsistent-ogend beleid wisselend van aard was, noch dat gaandeweg de crisis de weerstand groeide binnen delen van de samenleving. Dit gegeven geldt ook in breder opzicht. Talloze personen kwamen met voorstellen met de – in hun ogen – beste weg uit de crisis. Tegen de achtergrond van dat brede palet aan achtergronden, ervaringen en perspectieven is het maken van keuzes ingewikkeld. Dit gold zowel voor besluitvormers, adviseurs en andere betrokkenen als voor burgers.

De top-down-benadering in de communicatie over beleidskeuzes bleek tijdens de onderzochte periode ontoereikend om het publieke vertrouwen hoog te houden. Het draagvlak brokkelde langzaam af. Mensen konden zich vanwege persoonlijk lijden en uiteenlopende belangen niet vinden in gemaakte beleidskeuzes – hoe cruciaal deze ook waren voor de bescherming van de samenleving. Het gesprek daarover kan zich niet beperken tot de inhoud, maar moet nadrukkelijk ook gaan over het lijden en de onzekerheid waar mensen mee te maken krijgen als gevolg van de crisis en de genomen maatregelen. Dit is iets waar de samenleving mee moet (leren) omgaan. Het betekent dat de overheid in haar communicatie naar en met de burger benadrukt dat ongemak en onzekerheid niet (geheel) door beleidskeuzen weggenomen kunnen worden. De weg uit de crisis gaat haast onvermijdelijk gepaard met vallen en opstaan. Het vergt begrip en geduld van de samenleving als geheel. Dat gaat echter niet alleen over de relatie tussen overheid en burgers, maar ook over de loyaliteit en saamhorigheid tussen burgers onderling. Dat vraagt soms van burgers om over eigen opvattingen en voorkeuren heen te stappen ten gunste van gezondheid en welzijn van anderen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Een ‘stille ramp’

In de eerste periode van de coronacrisis voltrok zich een ‘stille ramp’ in de verpleeghuizen. Dat bleek niet alleen uit de cijfers, die aangeven dat ongeveer de helft van de in totaal tienduizend overledenen tot september 2020 stierf in een verpleeghuis. Maar dat gold ook voor schrijnende situaties aldaar. Situaties waarin familieleden geen afscheid durfden nemen uit angst voor hun eigen gezondheid, of geen afscheid konden nemen als gevolg van de maatregel om alle verpleeghuizen te sluiten voor bezoek. De Nederlandse crisisaanpak richtte zich vooral op het voorkomen van overbelasting van de ziekenhuiszorg. Daardoor kreeg de bescherming van bepaalde groepen kwetsbaren in de eerste crisisperiode minder aandacht, terwijl dit wel een van de hoofddoelstellingen was van de gekozen strategie. Met name ouderen in verpleeghuizen waren hier onbedoeld het slachtoffer van.

Omdat in toekomstige crises andere groepen dan verpleeghuisbewoners de kwetsbaren kunnen zijn, moet in bredere zin geleerd worden van het beschermen van kwetsbaren. Daarom is het van belang om tijdens crises in de crisisorganisatie structureel aandacht te besteden aan hun bescherming. Zowel de overheid als andere betrokken partijen dienen dit te doen. Ondanks inschattingen van wat doorgaans de kwetsbaarste groepen zijn, blijft het voor toekomstige crisissituaties ongewis hoe zij in de knel kunnen komen door een bepaalde crisisaanpak. Elke crisis kent mogelijk weer andere kwetsbaren. Op welke manier zij geraakt zullen worden is lastig te voorspellen. Dat vereist dat besluitvormers voorafgaand aan en tijdens een crisis actief opsporen waar die knelpunten kunnen ontstaan. Zij dienen daarbij aandacht te geven aan sterkere én aan zwakkere signalen.

Tot slot

De coronacrisis is ten tijde van de publicatie van dit eerste deelrapport nog gaande. De Onderzoeksraad blijft de crisisaanpak volgen en onderzoeken. Het tweede deelrapport zal ingaan op aanpak tijdens de periode van september 2020 tot juli 2021. Het onderzoekt hoe de aanpak van de coronacrisis in die periode verliep en hoe de uitdagingen en opgaven zoals benoemd in dit eerste deelrapport zich daar gemanifesteerd hebben. Een derde deelrapport gaat in op hoe de coronacrisis zich in de periode erna ontvouwde en hoe ermee is omgegaan.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

AANBEVELINGEN

De Onderzoeksraad voor Veiligheid onderzocht in dit eerste deelrapport op welke wijze in Nederland is omgegaan met de coronacrisis tot september 2020. De crisis begon als een gezondheidscrisis. Deze breidde zich binnen enkele weken uit tot een crisis van ongekende omvang met brede maatschappelijke impact. De Onderzoeksraad wilde weten: waarom is het gegaan zoals het is gegaan en wat valt daarvan te leren?

Het doen van aanbevelingen vereist op dit moment enige terughoudendheid, omdat de coronacrisis nog gaande is en vervolgonderzoek nog loopt. Toch geeft de Onderzoeksraad op basis van dit deelrapport al aanbevelingen, zodat de aanpak van de huidige coronacrisis en toekomstige langdurige crises met landelijke impact verbeterd kan worden. Gegeven zijn verantwoordelijkheid voor de aanpak van dergelijke crises, richt de Onderzoeksraad al zijn aanbevelingen aan het kabinet.

Langdurige crises met een onzeker verloop: voorbereiden en aanpassen
Onzekerheid is onlosmakelijk verbonden met crises, zeker wanneer zij langdurig en breed zijn. Om beter met onzekerheden in langdurige crises om te kunnen gaan, en de voorbereiding op grootschalige crisisscenario's te versterken, doet de Onderzoeksraad de volgende aanbevelingen:

1. Versterk de voorbereiding op langdurige maatschappij-ontwrichtende crises door scenario's uit te werken met de denkbare consequenties en de wijze waarop deze het hoofd geboden kunnen worden. Besluit vervolgens over de gewenste status van paraatheid en monitor de totstandkoming daarvan.

2. Ontwikkel de vaardigheid om te kunnen improviseren, onder meer door ermee te oefenen in de voorbereiding op een crisis. Vergroot de mogelijkheden om te kunnen improviseren door buffers in capaciteit en variëteit in werkwijzen te organiseren. Markeer, communiceer en reflecteer *tijdens* een crisis regelmatig op tussentijdse aanpassingen in aanpak en organisatie.

3. Blijf tijdens een crisis uiteenlopende scenario's in kaart brengen, ook minder waarschijnlijke met veel impact, en anticipeer daarop. Expliciteer de mate van onzekerheid in geschetste scenario's. Benoem aannames, validiteit of beperkingen van de gebruikte informatie in zowel de adviezen als de besluiten.

4. Borg dat zowel hoogwaardige actuele kwantitatieve data alsook kwalitatieve data en minder zekere informatie in adviezen en besluiten worden betrokken. Zorg daarmee voor een zo goed mogelijk actueel beeld van het verloop van de crisis en inzicht in de uitvoering en effectiviteit van de maatregelen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

5. Identificeer (nieuwe) kwetsbare groepen tijdens crises. Onderken tijdig de specifieke risico's voor deze groepen en handel ernaar. Bewaak structureel of de aanpak voor deze groepen effectief is.

De nationale crisisstructuur

De onzekerheden en – deels onvoorziene – problemen die een langdurige crisis met zich meebrengt, vragen om een crisisorganisatie die daar flexibel op kan inspelen. Om effectief te kunnen sturen dient de crisisorganisatie voor alle partijen helder te blijven. De Onderzoeksraad doet daarom de volgende aanbevelingen:

6. Expliciteer de kabinetsbrede verantwoordelijkheid als een crisis overgaat van een departement naar de nationale crisisstructuur. Formuleer een departement-overstijgende strategie en maak het oplossen van problemen tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

7. Pas de nationale crisisstructuur op de volgende punten aan, zodat deze beter is toegerust op de aanpak van langdurige crises:
   - Waarborg de eenheid van overheidsbeleid door tijdens een landelijke crisis de verbinding met de veiligheidsregio's te leggen en te behouden.
   - Verbeter de uitvoerbaarheid van strategie en besluiten, door een voorafgaande operationele uitvoeringstoets en een voortdurende terugkoppeling van het verloop van de uitvoering.
   - Organiseer parallel en afzonderlijk van elkaar advisering aangaande de acute problematiek en de lange-termijnproblematiek. Borg dat beide typen perspectieven expliciet worden meegewogen in de besluitvorming.

8. Pas de crisisstructuur voor het zorgveld aan, zodat de minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen.

9. Bewaak de rolvastheid en borg de eigenstandige positie van bestuurders als besluitvormers en deskundigen als adviseurs. Heldere scheiding van rollen draagt bij aan het begrip voor en de navolgbaarheid van het overheidsoptreden en versterkt de democratische legitimiteit van besluiten.

Maatschappelijk draagvlak

In een langdurige landelijke crisis is draagvlak voor de crisisaanpak onontbeerlijk. Met de crisiscommunicatie moeten alle relevante doelgroepen bereikt worden en deze communicatie moet effectief inspelen op de zorgen en vragen van burgers. Om de crisiscommunicatie te versterken beveelt de Onderzoeksraad aan:

10. Anticipeer in een langdurige landelijke crisis op een daling van het maatschappelijk draagvlak en richt de communicatiestrategie daarop in. Onderneem daartoe de volgende acties:
    - Voorzie in de informatiebehoefte van alle doelgroepen en benut voor het bereiken van deze groepen ook partijen die dicht bij hen staan;

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

- Bevorder dat overheidspartijen en bewindslieden onzekerheden omtrent de crisis en effectiviteit van maatregelen benoemen met als doel onrealistische verwachtingen te voorkomen;
- Borg de inbreng vanuit sociale en gedragswetenschappen in het crisis- en communicatiebeleid;
- Ga met behulp van lokale partijen stelselmatig in gesprek met burgers om hun zorgen, vragen en behoeften een plek te kunnen geven in het crisis- en communicatiebeleid.



ir. J.R.V.A. Dijsselbloem
Voorzitter van de Onderzoeksraad



mr. C.A.J.F. Verheij
Secretaris-directeur

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

LIJST VAN AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

ACC-19	Ambtelijke Commissie COVID-19
ActiZ	Branchevereniging van zorgorganisaties voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken
AMC	Academisch Medisch Centrum (Amsterdam)
ANV	Analistennetwerk Nationale Veiligheid
AO	Afstemmingsoverleg tussen minister(s), Secretaris-Generaal en Directeur-Generaal
A-ziekte	Meldingsplichtige ziekte uit groep A, opgenomen in de Wet publieke gezondheid. COVID-19 is als A-ziekte geclassificeerd.
BAO	Bestuurlijk Afstemmings Overleg. Een advies van het OMT wordt besproken in het BAO alvorens het formeel wordt aangeboden aan de minister van VWS.
BCO	Bron- en contactonderzoek
BTCb	Beleidsteam Crisisbeheersing
BOB	Beeld, Oordeel, Besluit (crisisvergadersystematiek)
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Care (-sector)	De thuiszorg, het verpleeghuis en de gehandicaptenzorg
Casus	Gedetailleerde beschrijving, bijvoorbeeld van een ziekte-geschiedenis, presentatie van een ziekte of reactie op een behandeling.
Catshuisoverleg	Informeel overleg van meest betrokken ministers met deskundigen in het Catshuis, de Haagse ambtswoning van de premier, onder leiding van de minister-president.
Cure (-sector)	De ziekenhuiszorg en de huisartsenzorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIb	Centrum voor Infectieziektebestrijding
CPB	Centraal Planbureau
Crisiscommunicatie	(In dit rapport) de vanuit de Rijksoverheid gevoerde communicatie naar en met de Nederlandse bevolking tijdens een crisis.
CZ	Directie Curatieve Zorg (ministerie van WVS)
DCo	Directie Communicatie
DCC	Departementaal Crisiscentrum
DG	Directoraat-Generaal/Directeur-Generaal
DGC-19	Directoraat Generaal COVID-19
DGSC-19	Directoraat Generaal Samenleving en COVID-19
DGV	Directeur-Generaal Volksgezondheid
DMO	Directie Maatschappelijke Ondersteuning
DOC-19	Directeurenoverleg COVID-19 (Ambtelijk overleg)

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

DPG	Directeur Publieke Gezondheid
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*, EU-agentschap
EMC	Erasmus Medisch Centrum (Rotterdam)
EZK	Ministerie van Economische Zaken en Klimaat
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD GHOR Nederland	Koepelorganisatie en belangenvereniging van GGD-en en GHOR.
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio
GMT	Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie (ministerie VWS)
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure. Werkwijze die bepaalt hoe de coördinatie en samenwerking tussen hulpdiensten verloopt tijdens een incident. De procedure onderscheidt verschillende GRIP-fasen (1-4) die afhankelijk zijn van de reikwijdte van het incident.
HIP	Hygiëne- en Infectiepreventie
IAO	Interdepartementaal Afstemmingsoverleg
IC	Intensive Care
ICCb	Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing: commissie binnen de nationale crisisstructuur waar op hoog ambtelijk niveau interdepartementale besluitvorming plaatsvindt. Onder voorzitterschap van de NCTV
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHR	*International Health Regulations* (WHO)
IMT	Impact Managementteam
IZ	Directie Internationale Zaken (Ministerie van VWS)
IZB	Infectieziektebestrijding
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Koude fase	Periode voorafgaand aan een grootschalige infectieziektecrisis, waarin getracht wordt de verspreiding en de effecten van die infectieziekte te bestrijden.
LCDK	Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten
LCH	Landelijk Consortium Hulpmiddelen
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LCT	Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

LNV	Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit
LOC	Landelijk Overlegorgaan Cliëntenraden
LOCC	Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum
LOI	Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding
LOT-C	Landelijk Operationeel Team – Corona
LOVI	Landelijk Overleg Verpleegkundigen Infectieziekten
LZ	(Directoraat-generaal) Langdurige Zorg (bij Ministerie VWS)
MBTCb	Ministerieel Beleidsteam Crisisbeheersing
MCCb	Ministeriële Commissie Crisisbeheersing: commissie op ministerieel niveau die als onderdeel van de nationale crisisstructuur bijeen kan komen. De commissie staat onder voorzitterschap van de minister-president, lid zijn de minister van Justitie en Veiligheid en de ministers van de bij de crisis betrokken departementen.
MCC-19	Ministeriële Commissie COVID-19
MERS	*Middle East Respiratory Syndrome*. In 2012 geïdentificeerd, een acute luchtweginfectie met ernstige verschijnselen.
MICU	Mobiele Intensive Care Unit
MZS	Minister voor Medische Zorg en Sport
NAC	Nationale Academie voor Crisisbeheersing (onderdeel van de NCTV)
NCC	Nationaal Crisis Centrum
NCTV	Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid, organisatie die deel uitmaakt van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Heeft als hoofddoel het voorkomen en beperken van maatschappelijke ontwrichting en de zorg voor een dekkend stelsel van crisisbeheersing.
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
Nivel	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NKC	Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie; verantwoordelijk voor vormgeving van de crisiscommunicatie vanuit de overheid.
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
NVS	Nationale Veiligheidsstrategie, vastgelegd door de NCTV
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OMT	*Outbreak Management Team*, geïnstalleerd door het RIVM, adviseert over maatregelen om infectieziekten zoals het coronavirus te beheersen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Operationeel Team	Multidisciplinair (regionaal) team dat bestaat uit vertegenwoordigers van de brandweer, geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, politie en gemeente. Belast met de operationele leiding en afstemming met partijen die bij de ramp of crisis betrokken zijn. Adviseert gemeentelijk of regionaal beleidsteam.
OTCb	Operationeel Team Crisisbeheersing
PBL	Planbureau voor de Leefomgeving
PBM	Persoonlijke beschermingsmiddelen
PCR-test	*Polymerase chain reaction-test*, gebruikt op corona-testlocaties. Met een wattenstaafje wordt een uitstrijkje genomen van slijm uit de neus en keel.
PG	(Directoraat-Generaal) Publieke Gezondheid
POI	Platform Overleg Infectieziekten
RAC	Regionaal Arts Consulent
RCPS	Regionaal Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding
RIVM	Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is een kennis- en onderzoeksinstituut gericht op de bevordering van de volksgezondheid en een gezond en veilig milieu.
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RONAZ	Regionaal Overleg Niet-Acute Zorg
RVC	Regionaal Veterinair Consulent
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
R- waarde	Reproductiegetal. Gemiddeld aantal mensen dat wordt besmet door één persoon.
SANO	Samenwerkende Netwerken Academische Ouderenzorg
SARS	*Severe Acute Respiratory Syndrome*, een levensbedreigende vorm van longontsteking
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
SG	Secretaris-Generaal, hoogste ambtenaar op een ministerie
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
VAR	Verpleegkundige Adviesraad
Verbindende communicatie	(In dit rapport) een vorm van communicatie die door middel van dialoog ingaat op vragen, zorgen en moeilijkheden van mensen die te lijden hebben onder de crisis en de naar aanleiding daarvan genomen maatregelen.
Verenso	Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VGP	Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (Ministerie van VWS)

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

VMML	Vereniging van Medische Microbiologische Laboratoria
V&VN	Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VR	Veiligheidsregio
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
vzVR	Voorzitter Veiligheidsregio
Warme/koude fase	Grootschalige infectieziektecrisis (warme fase) volgt op de periode voorafgaand aan die crisis (koude fase) waarin getracht wordt de verspreiding en de effecten van de infectieziekte te bestrijden.
Wlz	Wet langdurige zorg
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie (*World Health Organisation*)
Wpg	Wet publieke gezondheid
WIP	Werkgroep Infectiepreventie (RIVM)
Witte kolom	Bij een calamiteit verlenen reguliere medische instanties (ziekenhuizen, GGD, ambulancedienst, meldkamer, huisartsen, Rode Kruis, maatschappelijk werk en slachtofferhulp) de geneeskundige hulp. Samen vormen deze instanties de medische keten ofwel de 'witte kolom'.
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

INLEIDING

Voor u ligt het eerste deelrapport van het onderzoek dat de Onderzoeksraad voor Veiligheid uitvoert naar de Nederlandse aanpak van de coronacrisis. Dit eerste rapport bestrijkt de periode tot september 2020, waarin de eerste golf van besmettingen zich aftekende. De coronacrisis is nog gaande en het totale onderzoek is nog niet afgerond. Het tweede deelrapport zal de periode van september 2020 tot juli 2021 beslaan. Een derde publicatie is voorzien voor de periode erna. Bij aanvang van ieder deelonderzoek is de focus vastgesteld voor de te onderzoeken onderwerpen in de betreffende periode.

Voor het totale onderzoek is het hoofddoel eensluidend: *begrijpen en verklaren wat er is gebeurd en lessen trekken voor de toekomst*. Overkoepelende inzichten zullen een plek krijgen in de afsluitende publicatie. Dit eerste rapport is geschreven voor allen die in de Nederlandse corona-aanpak betrokken zijn geweest om handvatten te bieden voor de aanpak van grote crises die mogelijk in de toekomst op ons afkomen. Tegelijkertijd is het rapport bedoeld voor de algemeen geïnteresseerde lezer. Ieder van ons heeft met de gevolgen van deze grote uitbraak in het dagelijks leven te maken gehad.

Hieronder staat het onderzoek toegelicht: aanleiding, doelstelling en relevantie, en de inhoudelijke focus en afbakening die is gekozen in dit eerste deel. Ten slotte staat uitgelegd hoe dit rapport verder is opgebouwd.

Aanleiding en relevantie

In december 2019 werd het coronavirus dat de ziekte COVID-19 kan veroorzaken voor het eerst vastgesteld in China. Daarna verspreidde het zich in hoog tempo over de rest van de wereld. Op 11 maart 2020 stelde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vast dat er sprake was van een pandemie. Twee weken eerder, op 27 februari 2020 werd in Nederland voor de eerste keer een patiënt positief getest op het virus. In de provincie Noord-Brabant nam het aantal besmettingen daarna snel toe. In de eerste helft van maart 2020 volgden landelijke maatregelen om verdere verspreiding van het virus te voorkomen elkaar in hoog tempo op. Scholen en horeca sloten hun deuren, thuiswerken was het devies en anderhalve meter afstand houden werd de norm. De snelheid waarmee het virus zich verspreidde en de dreigende overbelasting van de zorg, met name op de intensive care, maakten deze ingrijpende maatregelen noodzakelijk. Daarnaast was er in de zorg sprake van beperkte testcapaciteit en een tekort aan beschermende middelen. In de tweede helft van april 2020 lag het aantal geregistreerde sterfgevallen als gevolg van de ziekte COVID-19 al boven de 4.000 mensen.[1]

1 Cijfers van het CBS, via: https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/artikelen/wat-is-het-covid-19-sterftecijfer-op-basis-van-doodsoorzaak [geraadpleegd op 10 november 2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De pandemie duurt inmiddels twee jaar en wereldwijd zijn tot september 2020 bijna één miljoen mensen gestorven als gevolg van het virus. Het aantal mensen dat in die periode ernstig ziek werd van het virus ligt vele malen hoger.[2] Met name ouderen en personen met onderliggende gezondheidsproblemen bleken vatbaar voor een ernstig verloop van de ziekte. Kenmerkend voor de crisis is de onzekerheid over de risico's. Vooral tijdens de eerste periode van de pandemie was er nog veel onbekend over het virus en over de gevolgen ervan voor de volksgezondheid. Kennisontwikkeling en risicomanagement liepen daardoor parallel.

Relevantie

De Onderzoeksraad voor Veiligheid richt zich op voorvallen waarbij burgers letsel of schade oplopen en waarbij ze voor hun veiligheid afhankelijk zijn van de overheid of derden. Zowel letsel en schade als de afhankelijkheid van de overheid waren gedurende de eerste coronagolf – en ook daarna – aan de orde. Op een schaal die zelden voorkomt, heeft corona burgers voor hun veiligheid afhankelijk gemaakt van de besluitvorming van overheid, bedrijven en instellingen. Daarom heeft de Onderzoeksraad vanaf het vroege voorjaar van 2020 een onderzoeksteam op deze uitbraak gezet. Het kabinet verzocht op 1 mei 2020 de Onderzoeksraad de crisisaanpak te onderzoeken.[3] Op 5 mei besloot de Raad zelf om definitief een onderzoek te starten naar de aanpak van de coronacrisis. Doel ervan is lessen te trekken voor de toekomst.

De onafhankelijke positie van de Onderzoeksraad, de bevoegdheden van onderzoekers en de waarborgen rond vertrouwelijkheid zijn in de wet verankerd.[4] De werkwijze van de Raad, en de wettelijke bevoegdheden waarover hij beschikt, stellen onderzoekers in staat om nieuwe informatie te ontsluiten en te agenderen. De meerwaarde van de Raad zit daarbij onder meer in de bescherming die aan betrokkenen wordt geboden waardoor zij vrijuit kunnen spreken, een belangrijke randvoorwaarde om te kunnen leren van deze crisis. De te leren lessen zijn daarom naar verwachting dan ook breder toepasbaar.

Door de aard en de omvang van de crisis en de impact ervan op de samenleving hebben betrokken partijen behoefte aan evaluatie en onderzoek, al dan niet naar het eigen functioneren. Daartoe zijn initiatieven gestart door talloze belanghebbenden zoals maatschappelijke en wetenschappelijke instanties, zorginstellingen en anderen. Ook de Rijksoverheid heeft op eigen initiatief 'lessons learned' geformuleerd.[5] Daarnaast heeft de Tweede Kamer najaar 2021 besloten tot het houden van een parlementaire enquête.[6]

Hoofddoel

Hoofddoel van het onderzoek is van de coronacrisis leren voor de toekomst. De Onderzoeksraad richt zich op de wijze waarop deze pandemie is aangepakt, maar tracht specifiek de lessen te destilleren die ook voor toekomstige pandemieën relevant zijn, alsmede voor grootschalige crisisbeheersing en -bestrijding (zoals overstromingen, landelijke cyberaanvallen, uitvallen van vitale nutsvoorzieningen, en dergelijken). Ook

2 John Hopkins University, Coronavirus Research Center, datavisualisaties via: https://coronavirus.jhu.edu/map.html [geraadpleegd 1-10-2021].
3 Brief Minister van Justitie en Veiligheid, 'Verzoek evaluatie crisisaanpak COVID-19', 1 mei 2020.
4 Rijkswet Ovv.
5 Kamerbrief VWS, 'Lessons learned Covid-19', 01-09-2020, kenmerk 1736332-209353-PG.
6 Motie Tweede Kamerlid Aukje de Vries, 14 november 2021, Kamerstuk 25 295, nr. 1470.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

tracht de Raad met het onderzoek een bijdrage te leveren aan het maatschappelijke debat over de coronacrisis door zo feitelijk mogelijk de crisisaanpak inzichtelijk te maken.

Onderzoeksaanpak voor de periode tot september 2020

De focus van het onderzoek ligt op de risico's voor de volksgezondheid en veiligheid, zowel bij de voorbereiding van een pandemie als bij het beheersen daarvan. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt dan ook als volgt:

Welke lessen kunnen we vanuit het perspectief van volksgezondheid en veiligheid trekken ten aanzien van de wijze waarop de coronacrisis is beheerst door de betrokken partijen in Nederland?

Om de centrale onderzoeksvraag te operationaliseren is voor dit eerste onderzoeksrapport gefocust op vijf deelonderwerpen. Per deelonderwerp staan drie hoofdvragen centraal:

1. Wat is er gebeurd? Hiertoe zijn feiten in kaart gebracht.
2. Hoe kunnen we begrijpen dat het is gegaan zoals het gegaan is? Hier gaat het om analyses van en verklaringen voor de gebeurtenissen.
3. Wat kunnen we hiervan leren? Hier gaat het om 'wat moet beter en wat moet behouden blijven'? Deze punten vormen de basis voor meer algemene conclusies en aanbevelingen.

Hierna volgen deze deelonderwerpen met de onderbouwing voor de keuze:

Voorbereiding pandemie

Om te kunnen begrijpen hoe de coronacrisis is beheerst, is inzicht in en begrip van de voorbereiding nodig. De wijze waarop betrokken partijen voorbereid waren en hoe lessen uit eerdere crises en oefeningen in planvorming zijn verwerkt, bepaalt namelijk in grote mate de startpositie van de crisisorganisatie en –aanpak. Het heeft bovendien invloed op de wijze waarop het proces van beheersing van de coronacrisis is verlopen.

Crisisorganisatie en besluitvorming

Naoorlogs Nederland heeft niet eerder te maken gehad met een zo lang durende crisis als de huidige coronacrisis. Zowel de organisatie van de infectieziektebestrijding als de nationale crisisstructuur worden daarbij langdurig op de proef gesteld. Adviseurs en besluitvormers moeten handelen in een situatie die omgeven is door onzekerheid over het virus en de effecten van de maatregelen om dit te bestrijden. Een belangrijke reden voor de Onderzoeksraad dit onderzoek te doen is om te doorgronden hoe de crisisorganisatie en het proces van besluitvorming hebben gefunctioneerd, en om hieruit lessen te trekken.

Crisiscommunicatie

Overheidscommunicatie in crisistijd heeft rechtstreeks gevolgen voor de veiligheid in de samenleving. Zij is van invloed op het draagvlak binnen de samenleving, het begrip voor de maatregelen die de overheid oplegt en de bereidheid die maatregelen op te volgen. Dat gegeven maakt het noodzakelijk dat crisiscommunicatie onderdeel uitmaakt van dit onderzoek.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Verpleeghuizen
Dit rapport behandelt bovendien de verpleeghuizen als onderzoeksthema. Meer dan de helft van het totale aantal sterfgevallen in Nederland in de periode tot september 2020 vond plaats in verpleeghuizen. Het onderzoeken van de verpleeghuizen helpt om zicht te krijgen op de effecten van de crisisaanpak in de praktijk. De keuze voor de verpleeghuissector komt voort uit het feit dat hier de meest kwetsbare mensen, met de meest complexe zorgvragen, samenwonen en zorg ontvangen. De verpleeghuispopulatie, grotendeels bestaande uit ouderen boven de 70 jaar met onderliggende aandoeningen, vormt de voornaamste risicogroep voor de ziekte die het virus veroorzaakt. De situatie in verpleeghuizen roept vragen op over onder meer de voorbereiding, de getroffen maatregelen, de beschikbaarheid van capaciteit en middelen, de wijze waarop de sector is aangehaakt op de crisisstructuur en de communicatie over de status van richtlijnen en uitgangspunten van het RIVM. Mogelijk zijn de hieruit te leren lessen ook van belang voor andere groepen kwetsbaren, zoals in de thuiszorg, de GGZ of de gehandicaptenzorg.

Aanpak per deelonderwerp
Om per deelonderwerp antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zijn data verzameld in de vorm van onder andere documentstudie, media-analyse, interviews en veldwerk. Dit heeft in eerste instantie geleid tot een reconstructie van de crisis aan de hand van een tijdlijn. Op basis van die reconstructie zijn sleutelgebeurtenissen en thema's geïdentificeerd en vastgesteld. Thema's zijn gebaseerd op terugkerende gebeurtenissen, terugkerende knelpunten, of terugkerende dilemma's. Sleutelgebeurtenissen zijn interventies richting de Nederlandse samenleving of in de gezondheidszorg om de verspreiding van het virus onder controle te krijgen. Onder andere patroonanalyses en systeemdynamiek zijn gebruikt om op inhoudelijk en organisatorisch niveau de thema's en sleutelgebeurtenissen te begrijpen: waarom is het gegaan zoals het is gegaan? Welke terugkerende zaken zien wij per deelonderwerp en wat gebeurt er als die worden versterkt of verzwakt? Vervolgens zijn lessen getrokken voor de toekomst.

Afbakening van het onderzoek
De coronacrisis raakt iedereen op enige wijze. Een scherpe onderzoeksafbakening is noodzakelijk. Door de keuze voor bovenstaande onderwerpen in de onderzochte periode tot september 2020 vallen bepaalde onderwerpen buiten de scope van dit onderzoek. Uitgangspunt is dat de Raad koos voor onderwerpen die de beste meerwaarde kunnen leveren aan het leren van lessen ten aanzien van veiligheid.

In reactie op het verzoek van het kabinet aan de Onderzoeksraad van 1 mei 2020 heeft de Raad laten weten een aantal aspecten niet mee te nemen in zijn onderzoek. In de eerste plaats het medische handelen in de ziekenhuizen. Hier vindt voortdurend onderzoek naar plaats in de medische wetenschap en dit ligt buiten onze velden van expertise. Dit geldt ook voor de effecten van de coronazorg op de reguliere zorg. Wel neemt de Onderzoeksraad de vraag mee in hoeverre deze effecten zijn meegewogen bij de gekozen aanpak van de crisis. Verder heeft de Raad naar aanleiding van een verzoek van de Kamer daartoe aan de minister, aan de minister laten weten geen onderzoek te zullen doen naar besmettingen in de dierhouderij.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Tevens heeft de Raad bij de start van het onderzoek aangegeven geen onderzoek te doen naar de economische effecten van deze pandemie, noch naar de economische maatregelen die het kabinet heeft genomen. Tot slot: hoewel de internationale dynamiek een rol speelde, is geen brede vergelijking gemaakt met de aanpak in andere landen. Dit vergt een diepgravend onderzoek na afloop van de crisis rekening houdend met de moeizame vergelijkbaarheid van nationale zorgstelsels en beschikbare data. Waar maatregelen en richtlijnen in het buitenland van invloed zijn geweest op de Nederlandse aanpak komen ze wel aan de orde.

Leeswijzer

Dit deelrapport over de coronacrisis tot september 2020 valt uiteen in drie secties. In de eerste sectie staan feiten en gebeurtenissen op een rij. In hoofdstuk 1 staat beschreven hoe het stelsel van infectieziektebestrijding en crisisorganisatie in Nederland is opgezet. Ook staan nieuwe betrokken partijen benoemd, die tijdens de aanpak van de crisis zijn ontstaan. Vervolgens staat in hoofdstuk 2 een reconstructie van de gebeurtenissen in de Nederlandse corona-aanpak. Die aanpak is geplaatst in de context van de beleving in de samenleving, met oog voor andere – veranderende – mentaliteit en tijdsgeest van destijds.

In de tweede sectie van dit rapport staan de analyses van de gekozen deelonderwerpen. Hoofdstuk 3 analyseert de voorbereiding van Nederland op een grootschalige infectieziektecrisis. De crisisorganisatie en crisisbesluitvorming hebben ieder een apart hoofdstuk, respectievelijk hoofdstuk 4 en 5. Vervolgens geeft hoofdstuk 6 een analyse van de crisiscommunicatie van de Rijksoverheid. De analyse van de verpleeghuizen staat in hoofdstuk 7. Alle analyses zijn erop gericht om de gebeurtenissen te begrijpen en te verklaren.

De derde sectie van dit rapport brengt de analyses van sectie II samen in een nadere analyse. Deze zogenoemde synthese vindt zijn weerslag in hoofdstuk 8, dat ingaat op de wijze waarop betrokken partijen in de periode tot september 2020 zijn omgegaan met de coronacrisis. Hoofdstuk 8 benoemt daarbij de belangrijkste inzichten, pijnpunten en lessen. Hoofdstuk 9 bevat een opsomming van de conclusies van dit onderzoek. Hoofdstuk 10 bevat de aanbevelingen die uit dit onderzoek volgen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

SECTIE I DE FEITEN EN GEBEURTENISSEN TOT SEPTEMBER 2020

Deze sectie van het rapport zet de feiten en gebeurtenissen op een rij van de aanpak van de coronacrisis gedurende de zogenoemde eerste golf, tot september 2020. In hoofdstuk 1 staat beschreven binnen welk organisatorisch stelsel de aanpak vorm heeft gekregen: de nationale crisisstructuur, de regionale crisisstructuur, het crisisstelsel van de zorg ('de witte kolom'), en meer specifiek het stelsel van infectieziektebestrijding. In hoofdstuk 2 staat een reconstructie van gebeurtenissen tot september 2020. Chronologisch komt aan de orde hoe de Nederlandse aanpak van de coronacrisis zich ontwikkelde en hoe de maatschappij daarop reageerde. Gekleurde kaders markeren sleutelgebeurtenissen in deze periode. Sleutelgebeurtenissen zijn interventies richting de Nederlandse samenleving of in de gezondheidszorg om de verspreiding van het virus onder controle te krijgen. Het complex aan feiten en gebeurtenissen in sectie I vormt de basis voor de analyses in sectie II.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie II Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

1 STELSELBESCHRIJVING IN HET KORT

Om het verhaal van dit rapport te kunnen volgen, is het van belang om op de hoogte te zijn van de wijze waarop Nederland is georganiseerd op de punten infectieziektebestrijding en crisisorganisatie. Omdat het gaat om een groot aantal partijen die op een specifieke wijze samenwerken, staat in dit hoofdstuk een beknopt overzicht. In paragraaf 1.1 staat de organisatie van de infectieziektebestrijding. De uitleg van de crisisorganisatie is gesplitst in twee delen: de nationale organisatie (1.2) en de regionale organisatie (1.3). Tijdens de coronacrisis zijn er ook nieuwe structuren en overleggen ontstaan. Een overzicht daarvan staat in 1.4. Een uitgebreide stelselbeschrijving is te vinden in bijlage C.

1.1 De organisatie van infectieziektebestrijding

De bestrijding van infectieziekten in Nederland is sinds de negentiende eeuw een kerntaak van de overheid.[7] Het juridische kader voor de infectieziektebestrijding staat hoofdzakelijk in de **Wet publieke gezondheid** (Wpg).[8] De Wet publieke gezondheid kent een indeling van infectieziekten in groep A, B1, B2 en C. Die indeling is gerelateerd aan de besmettelijkheid en de ernst van de infectieziekte, en aan de potentiële impact ervan op de volksgezondheid. Groep A is de zwaarste categorie.[9] Tot deze A-groep behoort COVID-19, de ziekte waarover dit rapport gaat.

Het **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)** is het nationale kennis- en onderzoeksinstituut gericht op de bevordering van de volksgezondheid en een gezond en veilig leefmilieu. Binnen het RIVM coördineert het **Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)** de bestrijding van infectieziekten. Het CIb formuleert het gewenste preventie- en bestrijdingsbeleid en geeft advies aan de overheid en professionals in de praktijk. Bij een uitbraak van infectieziekten is binnen het CIb de **Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI)** verantwoordelijk voor (a) de inhoudelijke advisering van overheid en professionals over hoe deze uitbraak het beste kan worden bestreden en (b) voor de implementatie van het landelijke beleid. Het CIb is als National Focal Point in Nederland aanspreekpunt voor het **European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)** en de **World Health Organisation (WHO)**, in het Nederlands de Wereldgezondheidsorganisatie genoemd.

7 De zorgtaak van de overheid voor de volksgezondheid is in de huidige Grondwet neergelegd in artikel 22 lid 1: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.' In de 19e eeuw begon de overheidsaandacht voor de volksgezondheidszorg met de bestrijding van prangende gezondheidsproblemen door kwakzalverij en infectieziekten. Dit ging gepaard met wetgeving: de Wet op de uitoefening der geneeskunst van juni 1865 (Staatsblad 1865, 60) en de Wet ter wering en beteugeling van besmettelijke ziekten van december 1872 (Staatsblad 1872, 134).

8 Voor de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) geldt specifieke wetgeving: vergelijk in dit verband de Wet publieke gezondheid BES en de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

9 A. Timen e.a., *'De (on)zichtbare scheiding tussen een uitbraak en een crisis'* in: E.R. Muller e.a., *Crisis: Studies over crisis en crisisbeheersing*, Deventer: Kluwer (2009), p.156-158.

De Wet publieke gezondheid bepaalt dat de algemene infectieziektebestrijding in Nederland een bestuurlijke verantwoordelijkheid is van het **college van burgemeester en wethouders**. Tot die verantwoordelijkheid behoort het nemen van algemene preventieve maatregelen en bron- en contactopsporing bij meldingen van infectieziekten.[10]

De gemeenten behoren tot een **veiligheidsregio (VR)**. Nederland kent 25 veiligheidsregio's waarin gemeenten, brandweer en de **Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)** samenwerken op het gebied van rampenbestrijding en crisisbeheersing. De voorzitters van de veiligheidsregio's, doorgaans de burgemeesters van centrumgemeenten, komen periodiek bijeen in het Veiligheidsberaad, om beleid en landelijke doelstellingen af te stemmen met elkaar en met de minister van Justitie en Veiligheid.

Colleges van burgemeester en wethouders zorgen vanuit hun verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid gezamenlijk voor de instelling en instandhouding van een gezondheidsdienst in hun regio: de **Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)**. De GGD staat onder leiding van een **Directeur Publieke Gezondheid (DPG)**. De DPG is tevens verantwoordelijk voor de GHOR en maakt in die hoedanigheid deel uit van de directie van de veiligheidsregio. De DPG is als specifieke functionaris op regionaal niveau belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening. Er zijn in totaal 25 GGD'en in Nederland; een landelijk dekkend netwerk.

Infectieziektebestrijding bij een A-ziekte

Bij een epidemie van een infectieziekte uit groep A heeft de **minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)** steeds de leiding over de bestrijding.[11] Bij een infectieziektedreiging kan de directeur van het CIb het **Outbreak Management Team (OMT)** bijeen roepen. Ook kan de minister van VWS hiertoe een verzoek doen bij de directeur van het CIb. Het OMT bestaat uit vaste leden, waaronder de voorzitter (directeur RIVM-CIb), de secretaris (hoofd LCI) en vertegenwoordigers van organisaties of verenigingen die een belangrijke rol spelen bij de infectieziektebestrijding in Nederland. De uitnodiging voor het OMT-lidmaatschap is gebaseerd op de rol van deze organisaties. De vertegenwoordigers van deze organisaties nemen echter deel aan het OMT op persoonlijke titel. Het OMT wordt ad hoc aangevuld met deskundigen. Het OMT adviseert het ministerie over de strategie en de noodzakelijke maatregelen.[12]

Onder leiding van de Directeur-Generaal Volksgezondheid (DGV) van het ministerie van VWS vindt het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) plaats. Het BAO is volledig gericht op de volksgezondheid en toetst de adviezen van het OMT op politiek-bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid.[13] Het BAO adviseert de betrokken minister(s). Op basis van het BAO-advies besluit de minister van VWS tot infectieziektebestrijdingsmaatregelen.[14]

10 Artikel 6 lid 1 Wpg.
11 Artikel 7 lid 1 Wpg. Zie ook Instituut Fysieke Veiligheid, *Bestuurlijke netwerkkaarten Crisisbeheersing. Netwerkkaart 7 Infectieziekte* (Arnhem, oktober 2018).
12 RIVM: Landelijke advisering bij infectieziektedreigingen en –crisis, mei 2020
13 Instellingsbesluit Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding, november 2004, nr. PG/ZP 2.528.045.
14 *'De (on)zichtbare scheiding tussen een uitbraak en een crisis'* in: E.R. Muller e.a., Crisis: *Studies over crisis en crisisbeheersing*, Deventer: Kluwer (2009), p. 157.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Op basis van bevoegdheden uit de Wet publieke gezondheid (Wpg), kan de minister de **voorzitters van de veiligheidsregio's** instrueren om maatregelen af te kondigen en te handhaven.[15] De voorzitters van de veiligheidsregio's dragen vanuit de Wpg zorg voor de bestrijding van (de directe dreiging van) een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A binnen hun veiligheidsregio. Daarnaast hebben ze de taak om opgelegde maatregelen uit te voeren. De veiligheidsregio zorgt ook voor de voorbereiding op de regionale bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A.[16]

Tijdens een epidemie van een A-ziekte heeft de **GGD** vanwege zijn expertise op het gebied van infectieziektebestrijding een belangrijke rol. De uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding is neergelegd bij de GGD, die daartoe beschikt over een afdeling infectieziektebestrijding. Daar werken gespecialiseerde medewerkers, zoals artsen-infectieziekten en sociaal verpleegkundigen, die zorgdragen voor registratie, bron- en contactonderzoek, ondersteuning bij uitbraken en voor advies en voorlichting over preventie en risico's van infectieziekten.[17] De infectieziektebestrijding wordt primair uitgevoerd in de reguliere gezondheidszorg en door de GGD'en.[18] Processen zoals op- en afschaling, verdere maatregelen, monsterafname, bron- en contactonderzoek en communicatie zijn beschreven in een generiek draaiboek en in infectieziekte-specifieke richtlijnen.[19]

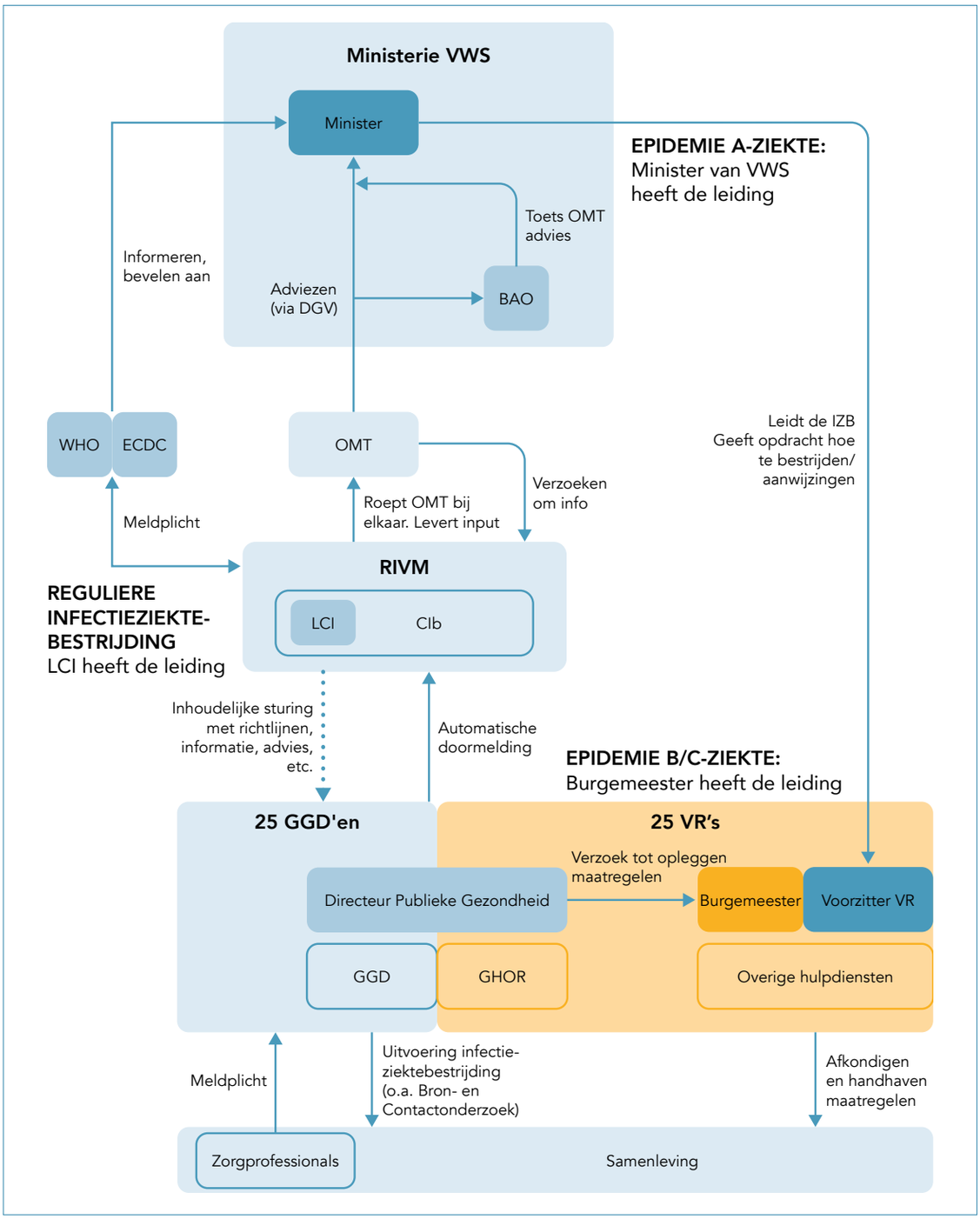
Het ministerie van VWS omvat drie directoraten-generaal: Volksgezondheid, Curatieve Zorg en Langdurige Zorg, met daarbinnen meerdere directies.

- Het **directoraat-generaal Publieke Gezondheid (PG).** Dit bestrijkt het terrein van de zorg voor publieke gezondheid in Nederland. Het richt zich op het bevorderen van de algehele gezondheidstoestand, het voorkomen van ziekten (preventie), medische ethiek en het voorzien in een goede structuur bij rampen en crisis, zoals bij COVID-19. Het directoraat-generaal PG is opdrachtgever van onder meer de **Gezondheidsraad** en het RIVM.
- Het **directoraat-generaal Curatieve Zorg (CZ)** houdt zich bezig met de ziekenhuiszorg, de zorg bij huisarts, wijkverpleegkundige en andere eerstelijns zorgverleners, en de (kortdurende) geestelijke gezondheidszorg. Het is de verantwoordelijkheid van het directoraat-generaal CZ om randvoorwaarden te creëren waarin de curatieve zorg – ongeveer de helft van alle zorg in ons land – optimaal kan functioneren.[20]

15 Artikel 7 lid 1 Wpg. De Minister kan de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder begrepen het opdragen tot het toepassen van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V Wpg.
16 Artikel 6 lid 2 Wpg. Naast het in eind januari in deze categorie ingedeelde coronavirus (2019-nCov) vallen er vijf (groepen van) ziekten in deze categorie: pokken, polio, SARS, MERS en virale hemorragische koorts (zoals Ebola of Marburg).
17 GGD GHOR Nederland, '*Wat doet een GGD*', https://ggdghor.nl/home/wat-doet-een-ggd/ [geraadpleegd op 08-10-2021].
18 RIVM, *RIVM-Centrum Infectieziekte-bestrijding -Strategie 2016-2021* (maart 2017).
19 RIVM, '*Generiek draaiboek*', https://lci.rivm.nl/draaiboeken/generiek-draaiboek [geraadpleegd op 08-10-2021].
20 Ministerie van VWS, *Welkom bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020*, Introductiedossier bewindspersonen VWS (juli 2020).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommunicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

- Het directoraat-generaal **Langdurige Zorg (LZ).** Dit is verantwoordelijk voor het ontwikkelen, laten uitvoeren en evalueren van het beleid op het gebied van langdurige zorg. Daarbij gaat het om zorg aan mensen die 24-uurstoezicht en 24-uurszorg nodig hebben. Dat zijn mensen met psychogeriatrische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of met langdurige psychiatrische problematiek. De zorg voor hen is geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz).



Figuur 1: Betrokken partijen en organisatieonderdelen bij infectieziektebestrijding.

Figuur 1 geeft weer welke partijen en organisatieonderdelen bij infectieziektebestrijding betrokken kunnen zijn.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

1.2 De nationale crisisstructuur

Een epidemie van een infectieziekte kan een zodanige impact op de samenleving hebben dat de nationale crisisstructuur wordt geactiveerd.[21] Binnen die structuur kunnen op nationaal niveau de beoogde infectieziektebestrijdingsmaatregelen besproken worden met het oog op:

- de afweging tussen maatregelen en beoogde effecten;
- de uitvoering;
- neveneffecten;
- de crisiscommunicatie.

Coördinerend minister op het gebied van crisisbeheersing is de **minister van Justitie en Veiligheid (JenV)**. Deze coördinerende verantwoordelijkheid van de minister wordt ingevuld door de **Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV).** Onderdeel van de NCTV is het ***Nationaal Crisiscentrum (NCC).*** Dit interdepartementaal coördinatiecentrum ondersteunt de besluitvorming bij een (dreigende) crisis en de daarbij betrokken partijen en coördineert de informatievoorziening op nationaal niveau. Daarnaast is ieder ministerie zelf verantwoordelijk voor de te nemen crisisbeheersingsmaatregelen op het eigen beleidsterrein.[22] Het ***Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)*** fungeert tijdens een crisis of incident als informatieknooppunt vanuit de Rijksoverheid op het gebied van pers- en publiekscommunicatie. De samenstelling van het NKC hangt af van de aard en omvang van een incident of crisis; deelnemers zijn de communicatiemedewerkers van betrokken departementen. De directeuren Communicatie van het ministerie van Justitie en Veiligheid en van het inhoudelijk meest betrokken ministerie hebben de leiding over het NKC.

Als de nationale crisisstructuur in werking is, vindt interdepartementale advisering en besluitvorming plaats in diverse gremia, te weten het Interdepartementaal Afstemmings Overleg (IAO), de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb), en de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb).

De ICCb adviseert de MCCb en andere besluitvormende instanties binnen de overheid over de coördinatie van en de besluitvorming over het geheel aan maatregelen. Zij stelt de instructies op voor de rijksdienst en bepaalt de beleidskaders voor de publieksvoorlichting en woordvoering. De MCCb beraadslaagt onder meer over de (internationale) politieke consequenties van al genomen of nog te nemen besluiten en de strategische kaders en neemt besluiten (al dan niet op basis van de adviezen van de ICCb). De minister van Justitie en Veiligheid is voorzitter van de MCCb, tenzij de minister-president beslist dat hij voorzitter is.

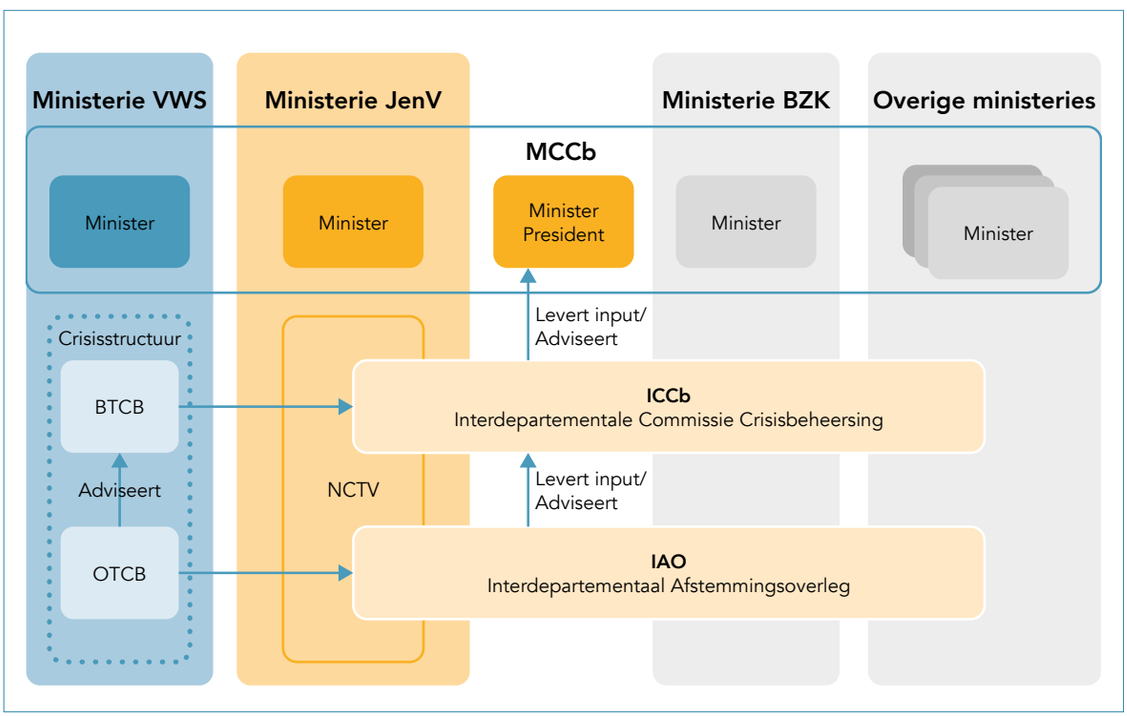
21 De nationale crisisstructuur speelt een rol als de nationale veiligheid in het geding is of kan zijn, of in een andere situatie die een grote uitwerking op de maatschappij heeft of kan hebben. Het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming legt op hoofdlijnen de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en kerntaken vast van de belangrijkste actoren binnen de nationale crisisstructuur.

22 Inspectie Justitie en Veiligheid, *Evaluatie aanpak Covid-19. Deel 1: Samenwerking Rijk – regio*, september 2021, Bijlage 1.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Beide commissies worden ondersteund door een **Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO)**. Het IAO wordt voorgezeten door een directeur van de NCTV en wordt naar behoefte ingezet. Het is flexibel ingericht en samengesteld, ten behoeve van bijvoorbeeld informatievoorziening, beeld- en oordeelsvorming, advies over specifieke aspecten, crisiscommunicatie of parlementaire verantwoording.[23]

In het verlengde van de overkoepelende nationale crisisstructuur beschikt elk departement over een eigen departementale crisisstructuur. Het **Departementaal Crisiscentrum (DCC)** van het **ministerie van VWS**, dat is geplaatst binnen het directoraat-generaal Publieke Gezondheid, is in de voorbereiding en respons op een crisis het centrale coördinatiepunt. Het DCC organiseert ook het **Operationeel Team Crisisbeheersing (OTCb)** en het **Beleidsteam Crisisbeheersing (BTCb)**, waarvoor alle betrokken directies en DG's worden uitgenodigd. Het OTCB, dat wordt voorgezeten door de Directeur Publieke Gezondheid, adviseert het BTCB, dat wordt voorgezeten door de DG Volksgezondheid. In het OTCB nemen de crisisbeleidsadviseur en MT-leden zitting. Het IAO is het voorportaal voor en adviseert daarmee de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb). De crisisstructuur van VWS is op interdepartementaal niveau vertegenwoordigd in IAO en ICCb. Bij een crisis op het terrein van de volksgezondheid zitten de minister(s) van VWS in de MCCb.[24]



Figuur 2: Aansluiting Ministerie van VWS op de nationale crisisstructuur ten tijde van crisis.

23 Brief van de NCTV aan de Tweede Kamer, 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19', 13 maart 2020, kenmerk 2860322.
24 Ministerie van VWS, *Departementaal Handboek Crisisbeheersing* (november 2016).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

1.3 De regionale crisisstructuur

Op decentraal niveau vormt de **veiligheidsregio** de kern van de crisisbeheersingsorganisatie. Binnen een veiligheidsregio werken verschillende besturen en diensten samen ten aanzien van taken op het terrein van brandweerzorg, rampenbestrijding, crisisbeheersing, geneeskundige hulpverlening bij rampen en handhaving van de openbare orde en veiligheid in geval van rampen en crises. In de veiligheidsregio worden de relevante sectoren op bestuurlijk (veiligheidsbestuur), ambtelijk (veiligheidsdirectie) en operationeel niveau vertegenwoordigd. Het algemeen bestuur van de veiligheidsregio bestaat uit alle burgemeesters uit de regio.[25]

De **burgemeester** is in de eigen gemeente verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid. Daartoe heeft hij het gezag over de politie en de brandweer.[26] De burgemeester heeft het opperbevel bij de rampenbestrijding in de gemeente.[27] Indien nodig kan een burgemeester in ernstige situaties ook noodrecht (noodbevelen, noodverordening) toepassen.

Voor infectieziekten geldt een speciaal regime. De burgemeester is binnen zijn gemeente leidend voor ziekten op de B1, B2 en C-lijst. In geval van (dreigende) infectieziekten op de A-lijst is de voorzitter van de veiligheidsregio leidend. De voorzitter van de veiligheidsregio kan in de gehele veiligheidsregio noodrecht toepassen. Ook kan de voorzitter van de veiligheidsregio andere bevoegdheden uit de Wet publieke gezondheid toepassen, zoals het opleggen van quarantainemaatregelen, het sluiten van locaties of het verbieden van het gebruik van bepaalde vervoermiddelen. Daarvoor is geen toestemming nodig van de burgemeesters van de gemeenten in de regio.

Diverse organisatieverbanden zijn binnen de 'witte kolom' actief om regionaal en nationaal de geneeskundige samenwerking te coördineren en af te stemmen. Deze organisaties kregen ook een rol in de coronacrisis. Zo is Nederland verdeeld in elf zogeheten **Regionaal Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en)**. Deze ROAZ'en stroomlijnen de ambulancezorg, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en andere acute zorg, en omvatten tijdens de crisis tevens een toenemende vertegenwoordiging van de langdurige zorg. Op verzoek van de minister van VWS is de rol die de DPG'en hierin tijdens de coronacrisis spelen vergroot om verbinding te leggen met de langdurige zorg en om extra zorgcapaciteit te organiseren. Bij brief van 1 april 2020 heeft de minister daartoe opdracht gegeven.

Op landelijk niveau zijn de regio's met elkaar verbonden via het **Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).** Dit is een netwerkorganisatie van de elf ROAZ'en. Binnen het LNAZ werken ROAZ'en samen met ketenpartners en professionals aan de optimale toegankelijkheid van acute zorg voor patiënten met een acute zorgvraag, zowel onder normale omstandigheden als bij opgeschaalde zorg tijdens rampen en crises. Het LNAZ ondersteunt de acute zorgnetwerken bij de uitvoering van hun taken, coördineert landelijke projecten en behartigt hun gezamenlijke belangen. Voor beleidsmakers en

25 Infopunt Veiligheid, *Lokaal bestuur en de Wet veiligheidsregio's: De 8 meest gestelde vragen* (november 2011).
26 Titel II hoofdstuk IV en titel III hoofdstuk XI Gemeentewet.
27 Artikel 5 Wvr.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

andere betrokkenen bij de acute zorgketens en traumazorg is het LNAZ een aanspreekpunt.

1.4 Corona-specifieke partijen en ontstane overleggremia

Gaandeweg de crisis zijn nieuwe organisaties opgericht, (overleg)gremia ontstaan en functies ingesteld. Hieronder een overzicht van de belangrijkste.

Gericht op omgaan met schaarste

- Het **Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)** is in maart 2020 opgericht door het LNAZ in opdracht van het ministerie van VWS en de IGJ. Het LCPS is belast met de coördinatie van de spreiding van patiënten over de beschikbare ic- en klinische bedden van de Nederlandse ziekenhuizen.
- Het **Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)** is in maart 2020 opgezet om in publiek-private samenwerking de centrale inkoop en distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen te coördineren en uit te voeren.
- De **Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT)** is in maart 2020 ingericht door het Ministerie van VWS om de beschikbare testcapaciteit te vergroten, zodat het geldende testbeleid kan worden uitgevoerd. Het LCT wordt geacht de beschikbare testcapaciteit te volgen, de huidige testcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten, alternatieve testcapaciteit in te zetten en dreigende tekorten vast te stellen.
- Eind maart 2020 heeft de Minister van VWS namens het kabinet een **speciaal gezant corona** gevraagd het kabinet te ondersteunen. Hij heeft de taak om zich te richten op de opties die Nederland heeft ten aanzien van (de beschikbaarheid van) coronatests en vaccins.
- Het **Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten (LCDK)** is begin april 2020 opgezet. Het adviseert over het verdelen van teststromen, laboratoriumcapaciteit en voorraden van testen en coördineert op landelijk niveau de verzending van tests van GGD'en naar laboratoria en de retourzending van uitslagen.

Gericht op het omgaan met een langdurige crisis

- Met het oog op de versoepeling van maatregelen per 1 juli 2020 is besloten om de crisisstructuur rond de aanpak van het coronavirus af te bouwen en lopende zaken over te hevelen naar een nieuw op te richten programmadirectoraat generaal. **Het Programma-DG COVID-19** is begin juli 2020 gestart.[28]
- De **Ministeriële Commissie COVID-19 (MCC-19)** is ingericht om als voorportaal van de Ministerraad onder voorzitterschap van de minister-president integraal over het beleid ten aanzien van de bestrijding en de gevolgen van de COVID-19 pandemie te besluiten.[29] In de MCC-19 worden zowel besluiten genomen over maatregelen voor de acute bestrijding van het virus als besluiten om adequaat in te spelen op de middellange en lange termijngevolgen van de crisis.
- De MCC-19 wordt voorbereid door de **Ambtelijke Commissie COVID-19 (ACC-19)** waar ieder departement in is vertegenwoordigd. Om invulling te geven aan de

28 Op 1 oktober ging het programmadirectoraat-generaal verder als het programmadirectoraat-generaal Samenleving en COVID-19 (DGSC).
29 Instellingsbesluit Ministeriële Commissie COVID-19, 3 juni 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

regionale aanpak is er parallel op regelmatige basis contact met (de vertegenwoordigers van) het Veiligheidsberaad over zaken als inschaling van regio's, passende maatregelen en de naleving daarvan.[30] De ACC-19 wordt voorbereid door het directeurenoverleg COVID-19 (DOC-19) met daarin vertegenwoordiging van alle departementen, de Nationale Politie, de VNG, de KMar en de veiligheidsregio's.

Daarnaast is in maart 2020 nog het **Landelijk Operationeel Team COVID-19 (LOT-C)** opgericht. Het LOT-C is een multidisciplinair team met vertegenwoordigers van onder meer Defensie, politie, provincies, brandweer, veiligheidsregio's en GGD GHOR Nederland, en het Instituut Fysieke Veiligheid (IFV). Het is een vraagbaak voor regio's en onderhoudt op operationeel niveau de verbinding tussen de veiligheidsregio's, de hulpdiensten, de algemene en de functionele keten en de Rijksoverheid. Het LOT-C is toegevoegd aan de nationale crisisstructuur en heeft in augustus 2020 een formele vervolgopdracht gekregen van het Veiligheidsberaad en het DG COVID-19.[31]

30 Kamervragen (aanhangsel) 2020/21, nr. 430.
31 https://www.ifv.nl/nieuws/Paginas/Landelijk-Operationeel-Team-Corona-voor-maximale-ondersteuning-veiligheidsregios.aspx

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

2 RECONSTRUCTIE TOT SEPTEMBER 2020

Wat volgt is een reconstructie van hoe Nederlandse betrokken partijen omgaan met de coronacrisis. De reconstructie loopt van begin 2020 – als Nederlandse beleidsmakers de implicaties gaan verkennen van een nieuw virus in China – tot september 2020, wanneer na een daling het aantal besmettingen weer toeneemt. In deze periode bepaalt de overheid samen met de zorg een aanpak, terwijl de kennis over het virus en de ziekte die het veroorzaakt nog volop in ontwikkeling is. Bijzondere kantelpunten in de crisisaanpak staan in uitgelichte kaders.

2.1 December 2019: onbekende longziekte maakt slachtoffers in China

In de Chinese miljoenenstad Wuhan signaleren vanaf 21 december 2019 enkele ziekenhuisartsen patiënten met een longontsteking 'van onbekende oorsprong'.[32] Op 6 januari staat in het eerste consignatierapport van het Departementaal Crisiscentrum (DCC) van VWS over het coronavirus dat er sprake is van een "longontsteking met onbekende oorzaak in China".[33] Op 9 januari wordt duidelijk dat de Chinese ziekenhuispatiënten besmet zijn met een nieuw SARS-virus.[34] SARS staat voor Severe Acute Respiratory Syndrome en is een soms levensbedreigende vorm van longontsteking. Het nieuwe virus is SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) gaan heten, naar een kroonvormige uitstulping aan het virus. De luchtwegaandoening waartoe het virus kan leiden, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), is voor artsen nog onbekend terrein. Dezelfde dag verzamelt het Nationaal Crisiscentrum (NCC) de crisisplannen en neemt deze door op relevantie.

De ontwikkelingen volgen elkaar snel op. De Wereldgezondheidsorganisatie van de Verenigde Naties (WHO) meldt op 14 januari dat er geen helder bewijs is voor besmettingen van mens-tot-mens en wil verder onderzoek. Het RIVM meldt op 18 januari dat het alert is, maar dat er ook veel onzekerheden zijn.[35] Een dag later laat de WHO weten dat er nu bewijs is van beperkte besmetting van mens-tot-mens. Drie dagen later, op 21 januari, rapporteert de VS een eerste officieel bevestigde besmetting met het nieuwe coronavirus.[36]

32 OMT, Advies 56e OMT COVID-19, 27-01-2020.
33 In het rapport is te lezen dat het RIVM op zondag 5 januari door het WHO is geïnformeerd over 44 pneumonie (longontsteking) patiënten in de stad Wuhan in China (een stad met 11 miljoen inwoners).
34 WHO, 'Listings of WHO's response to COVID-19', 29-01-2021, https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline [geraadpleegd op 08-10-2021].
35 M. Nieuwenhuis en H. van Zon, 'RIVM 'alert op' mysterieus Chinees virus: 'mogelijk 1700 besmettingen'', PZC, 18 januari 2020.
36 WHO, 'Listings of WHO's response to COVID-19', 29-01-2021, https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline [geraadpleegd op 08-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De volgende dag (22 januari) laat het RIVM weten dat de kans klein is dat het coronavirus naar Nederland komt, maar dat het land zich daar wel op voorbereidt.[37] De minister voor Medische Zorg informeert die dag de Tweede Kamer over het nieuwe virus. Hij schrijft onder meer dat het RIVM een Outbreak Management Team (OMT) zal installeren. Dit team van deskundigen gaat het ministerie van VWS adviseren over maatregelen om het virus te beheersen.[38]

De media-aandacht neemt toe; op 23 januari leidt die tot het eerste online spreekuur van het RIVM.[39] Op 24 januari overlegt het OMT voor het eerst over het nieuwe coronavirus en roept de Directeur-Generaal Volksgezondheid van VWS naar aanleiding van het OMT een Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) bijeen. Diezelfde dag twittert het RIVM dat het virus niet heel besmettelijk lijkt.[40] Het OMT stelt op 27 januari in zijn advies dat Nederland goed is voorbereid op een pandemie.[41] In het advies staat ook een 'casusdefinitie' met de criteria om op het virus getest te kunnen worden. Bovendien adviseert het OMT om een infectie met het nieuwe coronavirus meldingsplichtig te maken en een corona-infectie aan te merken als A-ziekte.

Het RIVM geeft van 26 tot en met 28 januari de volgende informatie over het virus. Het virus komt mogelijk naar Nederland, al schat het RIVM de kans daarop 'klein'.[42] Een eventuele uitbraak zal in Nederland snel onder controle zijn. Weliswaar is het virus opgedoken in landen buiten China, maar het verspreidt zich in die landen niet.[43] Ook lijkt de ziekte niet makkelijk van mens op mens overdraagbaar te zijn, aldus het RIVM.[44]

WHO: hoogste alarmniveau

Op 28 januari classificeert de minister voor Medische Zorg het virus als A-ziekte.[45] Op die dag komt ook het eerste Interdepartementale Afstemmingsoverleg (IAO) bijeen, dat op dat moment in het teken staat van de terugkeer van Nederlanders uit China. De volgende dag zegt de directeur-generaal van de WHO: 'de zeer verontrustende aanhoudende toename van besmettingen en het bewijs voor mens-tot-mens-besmetting buiten China heeft de potentie van een veel grotere uitbraak, ook al zijn uitbraken tot nog toe relatief klein'.[46] Het RIVM zegt die dag dat het zich voorbereidt op een ernstig scenario voor het geval de situatie toch ernstiger blijkt dan eerder was verwacht.[47] Weer een dag later, op 30 januari, bestempelt de WHO de wereldwijde corona-uitbraak tot een 'noodsituatie voor de publieke gezondheid van internationaal belang', het hoogste alarmniveau.[48]

37 RIVM, tweet, 22-01-2020, https://twitter.com/rivm/status/1219903407139577857; RIVM, tweet, 22-01-2020 https://twitter.com/rivm/status/1219943939177881606.
38 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 75
39 RIVM, tweet, 23-01-2020, https://twitter.com/rivm/status/1220317080450490368?s=20.
40 RIVM, tweet, 24-01-2020, https://twitter.com/rivm/status/1220717815340158978.
41 OMT, *Advies 56e* OMT COVID-19, 27 januari, 2020.
42 RIVM, tweet, 26-01-2020, https://twitter.com/rivm/status/1221387068535975937.
43 F. Hendrickx en H. Modderkolk, 'Februari: de verloren maand in de strijd tegen het coronavirus', *de Volkskrant*, 11-04-2020.
44 RIVM, tweet, 28-01-2020, https://twitter.com/rivm/status/1222166007956918272.
45 Ex artikel 20 van de Wet publieke gezondheid (Regeling 2019-nCov).
46 WHO, 'Listings of WHO's response to COVID-19', 29-01-2021, https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline [geraadpleegd op 08-10-2021].
47 RIVM, tweet, 29-01-2020, https://twitter.com/rivm/status/1222450866462109696?s=20.
48 WHO, 'Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19), 31-07-2020, https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen [geraadpleegd op 08-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Op 31 januari wordt in Nederland het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) geactiveerd. Aanleiding hiervoor is de repatriëring uit de Chinese provincie Hubei van vijftien Nederlanders en twee Chinese partners op 2 februari. Die repatriëring gaat het NKC begeleiden. Om de crisiscommunicatie vanuit de overheid vorm te geven zal het team tot 26 juni actief blijven. Het RIVM zegt op 3 februari dat Nederland goed op een crisis is voorbereid en dat tal van maatregelen in werking treden om te voorkomen dat het virus zich verder kan verspreiden.[49] Nadat op 28 en 31 januari een IAO-bijeenkomst plaatsvindt over de terugkeer van reizigers uit Wuhan, komt op 3 februari het eerste IAO bijeen dat zich specifiek over de impact van het coronavirus in Nederland buigt.

Wereldwijd wil men zich beschermen tegen het virus. De vraag naar beschermende kleding, mondkapjes, handschoenen en andere beschermingsmiddelen tegen het coronavirus is 100 keer hoger dan normaal, zo meldt op 7 februari de directeur-generaal van de WHO.[50] Volgens hem dreigt wereldwijd een chronisch tekort. Drie dagen later vertrekt een humanitaire vlucht van Schiphol naar Wuhan met onder andere mondkapjes, handschoenen en overalls om daar de grootste nood te lenigen.[51,52] Niet alleen de persoonlijke beschermingsmiddelen worden – ook in Nederland – schaars. Binnen het RIVM maken medewerkers zich in de eerste twee weken van februari ernstig zorgen als zij berekeningen loslaten op de data die vanuit China beschikbaar zijn. Zij waarschuwen dat de ic-capaciteit en het bron- en contactonderzoek in Nederland niet toereikend zullen zijn, zo blijkt uit interne notities.[53]

De Italiaanse autoriteiten melden op zaterdag 22 februari een aantal clusters van besmettingen in Noord-Italië. Twee dagen later sluiten de Italiaanse autoriteiten elf dorpen af van de buitenwereld om verspreiding te voorkomen. In het zuiden van Nederland vieren de mensen vanaf dat weekend tot en met dinsdag 25 februari carnaval.

Op 26 februari komt in Den Haag de eerste Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb) bijeen. Het OMT verkent in zijn vergadering van 27 februari mogelijke scenario's voor de virusverspreiding, en waarschuwt dat hier – net als in Italië – grote aantallen patiënten in de ziekenhuizen terecht zouden kunnen komen. Zorgmedewerkers kunnen daarop zelf besmet raken, waardoor zij niet meer kunnen werken. Het OMT bespreekt dat er wereldwijd en in Nederland problemen zijn met de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen, met name mondmaskers.[54]

De eerste coronapatiënt in Nederland

De overheid merkt dat de zorgen en vragen over het virus toenemen en zoekt naar een manier om mensen te vertellen wat zij zelf kunnen doen om besmetting te vermijden, zonder dat het angst inboezemt. Op 27 februari is er een speciale corona-uitzending op

49 RIVM, tweet, 01-02-2020, https://twitter.com/rivm/status/1223586575050776576.
50 WHO, 'WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on 2019 novel coronavirus - 7 February 2020', 07-02-2020, https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-novel-coronavirus---7-february-2020 [geraadpleegd op 08-10-2021].
51 F. Hendrickx en H. Modderkolk, 'Nederland stuurde in februari ondanks WHO-waarschuwing miljoenen medische hulpmiddelen naar China', *de Volkskrant*, 11-04-2020.
52 Deze vlucht betrof een humanitaire vlucht die hulpgoederen kwam ophalen die door de Chinese ambassade en bedrijven waren ingezameld. Hier zaten geen spullen van de overheid bij. Bron: Kamerstukken II 2019/20, nr 68 item 2 (Handelingen debat 16 april 2020).
53 RIVM, interne notitie, '2019-novel Corona virus in Nederland: Risico's en bedreigingen', 9 februari 2020.
54 OMT, 'Advies na 57e OMT COVID-19', 27-02-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

tv. Tijdens de live-uitzending krijgt de minister voor Medische Zorg van een medewerker een briefje in zijn handen gedrukt. Vervolgens maakt hij bekend dat in een Tilburgs ziekenhuis de eerste Nederlandse patiënt positief is getest op het virus.[55]

De dag erna (28 februari) is op het ministerie van VWS een Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO). Het BAO adviseert de veiligheidsregio's om op te schalen en de structuren van Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ) te gebruiken. Zo kunnen zich partijen aansluiten die nu nog niet betrokken zijn.[56] Verpleeghuizen bijvoorbeeld zijn nog niet aangesloten op de crisisorganisatie. De ROAZ'en, die normaal gesproken de beschikbaarheid van de acute zorgcapaciteit regionaal organiseren, zijn vanaf 2 maart verantwoordelijk voor de regionale distributie van beschermingsmiddelen in de totale zorg (acuut, niet-acuut, kort- of langdurig). Coördinatoren vanuit de GGD, alsmede vanuit de veiligheidsregio en ROAZ, brengen in hun regio in kaart welke behoefte er is. Verpleeghuizen hebben in sommige regio's al aansluiting bij het ROAZ, maar in veel regio's is dit niet het geval of is die aansluiting nog niet heel actief.[57] [58] De versnipperde verpleeghuissector moet zich nu organiseren en zich aansluiten bij de nieuwe regionale structuur. Dit is nodig voor een goede afstemming binnen de zorg over de coronamaatregelen, de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en de doorstroom van patiënten. Het ministerie van VWS roept de verpleeghuizen op om deze aansluiting te zoeken. Brancheorganisaties benadrukken bij hun leden het belang hiervan.[59] [60]

2.2 Vanaf maart 2020: van 'indamfase' naar 'mitigatiefase'

In de provincie Noord-Brabant neemt het aantal besmettingen intussen snel toe. Op 2 maart kondigt het ROAZ in Noord-Brabant 'fase oranje' af: alleen door regionale coördinatie kan de zorg nog worden behouden.[61] Vanaf die dag test een arts-microbioloog, die ook als deskundige aan het OMT is verbonden, in het Bredase Amphia-ziekenhuis alle zorgmedewerkers en patiënten met klachten, ook als zij niet in risicogebieden zoals Noord-Italië zijn geweest. In afstemming met het RIVM wordt in het weekend van 7 en 8 maart ook in andere ziekenhuizen in Noord-Brabant onderzoek gedaan naar eventuele 'ongemerkte' verspreiding. Dit zal – zo is de hoop – een beter beeld geven van de verspreiding van het virus in de provincie.

Een dag later (op 3 maart) komt de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) voor het eerst bijeen. Deze commissie is onderdeel van de nationale crisisstructuur en staat onder leiding van de premier. De MCCb benoemt verschillende beleidsvragen waartoe de epidemie leidt. Zo is de verantwoordelijkheid voor de aanpak van het virus in Nederland op regionaal bestuursniveau belegd. Dit kan leiden tot regionale verschillen in aanpak, en zelfs tot regio's die met elkaar concurreren om experts, hulpverleners en

55 'Het coronavirus, feiten en fabels!', tv-uitzending NPO1, 27-02-2020.
56 BAO, 'Advies Bestuurlijk Afstemmingsoverleg', 28-02-2020.
57 Berenschot, *Evaluatieonderzoek programma ABR: Antibioticaresistentie Eindrapport* (september 2019).
58 Ministerie VWS, 'Verslag gesprek ROAZ'en over gezamenlijke aanpak van COVID-19', 10-03-2020.
59 Zorgthuisnl, 'Update Coronavirus', 28-02-2020.
60 ActiZ, 'Update coronavirus', 09-03-2020.
61 NAZB, 'ingelaste bijeenkomst strategisch ROAZ Brabant', 02-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

middelen. Ook constateert de MCCb dat maatregelen die tot doel hebben de gezondheidszorg te beschermen, onbedoeld kunnen leiden tot sociale en economische onrust. Het is volgens de MCCb zaak om steeds helder te maken wat het doel is van de maatregelen, en 'de communicatie niet louter op gezondheid te richten'.[62] Het NKC krijgt vanaf dat moment de leiding over de publiekscommunicatie vanuit de Rijksoverheid. Het RIVM beperkt zich vanaf dat moment nadrukkelijker tot de medische informatie over het coronavirus.

Enkele dagen later, op 5 maart, debatteert de Tweede Kamer met de minister voor Medische Zorg over het coronavirus. Op dat moment zijn er – naar men weet – in Nederland 82 mensen met het virus besmet.[63] Hij vertelt de Kamer dat Nederland zich bevindt in de 'indamfase'. Het isoleren van zieken, het testen van hun intimi, en het breed informeren over buitenlandse risicogebieden is de strategie die het beste bij deze fase past, aldus de minister. Dit moet voorkomen dat het virus zich in Nederland kan gaan verspreiden. De Kamer wijst op het belang van een proactieve aanpak en zegt te vrezen voor een overbelaste zorg en mogelijke tekorten aan beschermingsmiddelen voor medisch personeel. Ook vraagt zij wie de regie heeft als patiënten over ziekenhuizen verdeeld zouden moeten gaan worden.[64] De minister antwoordt dat daarover afstemming in de regio zal plaatsvinden, met een belangrijke rol voor de GGD. De minister wijst daarbij op het maken van afspraken door GGD'en in ROAZ-verband.

De eerste coronadode in Nederland

Een dag na het debat, op 6 maart, overlijdt de eerste coronapatiënt in Nederland; een 86-jarige man die was opgenomen in het Ikazia-ziekenhuis in Rotterdam.[65] In de OMT-vergadering van die dag rapporteren enkele leden toenemende werkdruk bij GGD'en, ziekenhuizen, laboratoria en andere zorgvoorzieningen. Ook melden ze dreigende tekorten aan testmateriaal. Maar het centrale thema is het vermoeden dat het virus in Noord-Brabant breder verspreid is dan men in kaart heeft kunnen brengen.[66] Dit feit werpt een schaduw over de gekozen 'indam-benadering', want die werkt alleen als de besmettingsbronnen bekend zijn. Het OMT besluit een extra maatregel te adviseren: de algemene oproep om geen handen meer te schudden.[67] Ook wordt de inwoners van Noord-Brabant geadviseerd thuis te blijven bij klachten.[68] Aanvullende maatregelen voor Brabant, zoals het afgelasten van evenementen, acht het OMT op dat moment niet nodig.[69]

Gedurende het weekend van 7 maart merken de Brabantse ziekenhuizen dat het aantal coronapatiënten toeneemt. Dit noopt ziekenhuizen ertoe speciale 'corona-afdelingen' in te richten en operaties uit te stellen die een paar dagen herstel op de intensive care vragen, om zo ic-bedden vrij te houden voor acute gevallen. Op zondag 8 maart worden de eerste resultaten van de steekproef uit het Amphia-ziekenhuis gemeld op een

62 MCCb, 'Scenario en fasen', 03-03-2020.
63 OMT, 'Advies na 58e OMT COVID-19', 08-03-2020.
64 Plenair verslag, 'Debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus', 05-08-2020.
65 Kamerstukken II 2019/20, Kamerstuk 25 295, nr. 119
66 Kamerstukken II 2019/20, Kamerstuk 25 295, nr. 120
67 OMT, 'Advies na 58e OMT COVID-19', 08-03-2020.
68 RIVM, 'COVID-10: Nieuwe aanwijzing voor inwoners Noord-Brabant', 06-03-2020, https://www.rivm.nl/nieuws/covid-19-nieuwe-aanwijzing-voor-inwoners-noord-brabant [geraadpleegd op 08-10-2021].
69 OMT, 'Advies n.a.v. 58e OMT COVID-19', 08-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

ingelaste bijeenkomst van bestuurders en artsen: daar blijkt dat 10 procent van de medewerkers het virus onder de leden heeft.[70] [71] Zo blijkt dat mensen met lichte klachten ook het coronavirus bij zich kunnen dragen. Dit betekent dat meer testmateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zullen zijn dan er voorhanden zijn. Ook begint het te dagen dat ziekenhuizen rekening moeten gaan houden met personeelstekorten. Na publicatie van nieuwe besmettingscijfers van het RIVM zinspelen verschillende media erop dat we aan de vooravond staan van een pandemie.[72]

De nationale crisisoverlegcyclus volledig actief

Op 9 maart vindt een van de eerste persconferenties plaats die volledig is gewijd aan corona. Er gaat een nationale crisisoverlegcyclus aan vooraf. Deze overlegcyclus – die al op onderdelen was geactiveerd – is nu voor de eerste keer tijdens de coronacrisis volledig doorlopen. De crisisbesluitvorming verloopt nu op nationaal niveau via vergaderingen van het OMT, het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO), het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO), de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb) en de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb), de laatste onder voorzitterschap van de premier. Na zo'n cyclus volgt standaard een communicatiemoment: de persconferentie. Deze cyclus zal zich voorlopig wekelijks herhalen.

***De persconferentie van 9 maart 2020:* 'Wij stoppen vanaf vandaag met handen schudden'**

Gezamenlijk geven premier Rutte en de voorzitter van het OMT, Van Dissel, op maandagavond 9 maart een persconferentie. Het is de eerste keer dat maatregelen via een persconferentie aangekondigd worden. Vanaf nu weet Nederland dat aanpak van het virus *Chefsache* is.

De persconferentie duurt een kleine twintig minuten en kent een duidelijke rolverdeling: premier Rutte licht de maatregelen toe, Van Dissel legt de ziekteverschijnselen uit. De premier legt uit dat Nederland zich in de 'indamfase' van de corona-uitbraak bevindt en roept op om de al bestaande adviezen goed op te volgen. Daar komt nu een nieuwe oproep aan alle Nederlanders bij: schud elkaars handen niet meer. Van Dissel vertelt over het belang van thuisblijven bij een 'acute luchtweginfectie'. Wat als het niet lukt om de epidemie tot de 'indamfase' te beperken en gaat groeien?, vraagt een journalist. 'Ik ga geen als-dan-vragen beantwoorden', reageert Rutte.

Dan stapt Rutte op Van Dissel af en schudt hem de hand – tegen de eigen nieuwe adviezen in. Dit leidt tot hilariteit bij Rutte, Van Dissel, en de aanwezigen in de zaal. 'Oh, sorry, sorry, dat mag niet meer!', zegt Rutte. 'Over!' Waarop Rutte en Van Dissel een ellebooggroet demonstreren.

70 J. van Duin en L. Trepels, 'Coronavirus stelde burgemeesters voor grootste uitdagingen ooit: 'Het was twee minuten doodstil'', 04-10-2020, https://www.omroepbrabant.nl/nieuws/3213057/coronavirus-stelde-burgemeesters-voor-grootste-uitdagingen-ooit-het-was-twee-minuten-doodstil [geraadpleegd op 08-10-2021].

71 D. Stokmans en M. Lievisse Adriaanse, 'Hoe Nederland de controle verloor: De corona-uitbraak van dag tot dag', *NRC Handelsblad*, 19-06-2020.

72 Waaronder het Parool, Nu.nl. Zie ook Rijksoverheid, 'Maart 2020: Maatregelen tegen verspreiding coronavirus, intelligente lockdown', https://www.Rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/maart-2020-maatregelen-tegen-verspreiding-coronavirus [geraadpleegd op 12-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De voorzitters van de Brabantse veiligheidsregio's, de burgemeesters van Den Bosch, Tilburg en Eindhoven, houden de volgende dag een gezamenlijke persconferentie: In Brabant gaan de wedstrijden in het betaald voetbal niet door. Ook lassen ze grootschalige evenementen af.[73] De drie Brabantse burgemeesters doen in hun persconferentie ook een dringende oproep aan hun inwoners om sociale contacten te beperken. Het landelijke advies om thuis te blijven bij klachten, leidt in Brabant tot een uitval van leraren. Een aantal scholen stuurt daarom leerlingen naar huis.

Het sentiment in de samenleving lijkt volgens de overheid te keren.[74] Zo blijft het aantal bezoekers van de website van het RIVM stijgen; sinds half januari is de site al meer dan 23 miljoen keer bezocht.[75] Het callcenter van het ministerie van VWS heeft het ook druk; de laatste dagen bellen er gemiddeld 2.800 mensen per dag met vragen over het coronavirus.

WHO: het is een pandemie

De ernst van de situatie neemt verder toe. De WHO stelt op 11 maart formeel vast dat de wereld te maken heeft met een pandemie. De Italiaanse overheid kondigt op dezelfde dag een lockdown af voor het hele land. Er verschijnen beelden uit Italië van ziekenhuisgangen vol patiënten, die op hun buik liggen zodat beademingsapparatuur zijn werk beter kan doen.[76] De toestand in de Italiaanse ziekenhuizen brengt media tot de vraag hoeveel coronapatiënten de Nederlandse ziekenhuizen eigenlijk aan kunnen.[77] De voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, zegt dat er landelijk zo'n 1.200 ic-bedden beschikbaar zijn. Hij schetst de situatie als 'stilte voor de storm' en verwacht geen tekorten aan ic-bedden.[78] Mocht dat wel gebeuren, dan moeten volgens hem keuzes worden gemaakt wie er voor zorg in aanmerking komt. Voor de eerste keer wordt duidelijk dat het coronavirus tot een onhoudbare druk op de Nederlandse ziekenhuizen kan leiden.

De toenemende ernst van de situatie leidt tot diverse ontwikkelingen. Bedrijven die in de problemen komen vanwege de coronamaatregelen krijgen steun, zo melden de ministers van Economische Zaken, Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 12 maart.[79] Diezelfde dag wordt in Brabantse ziekenhuizen code rood afgekondigd, wat betekent dat ziekenhuizen niet-spoedeisende operaties kunnen uitstellen en verloven van personeel kunnen intrekken. Inmiddels zijn alle veiligheidsregio's in Nederland opgeschaald, waardoor de voorzitters van de veiligheidsregio's de crisis binnen de regio's gaan aansturen.

73 Omroep Brabant, 'Terugkijken: nieuwe coronamaatregelen aangekondigd door de Brabantse veiligheidsregio's', 10-03-2020, https://www.omroepbrabant.nl/nieuws/3169429/terugkijken-nieuwe-coronamaatregelen-aangekondigd-door-de-brabantse-veiligheidsregios [geraadpleegd op 08-10-2021].
74 NKC, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 10-03-2020.
75 Nu.nl, 'RIVM-site en telefoonnummer voor vragen over coronavirus breken records', 09-03-2020, https://www.nu.nl/coronavirus/6036093/rivm-site-en-telefoonnummer-voor-vragen-over-coronavirus-breken-records.html [geraadpleegd op 08-10-2021].
76 D. Stokmans en M. Lievisse Adriaanse, 'Hoe Nederland de controle verloor: De corona-uitbraak van dag tot dag', *NRC Handelsblad*, 19-06-2020.
77 'Hoeveel coronapatiënten kan Nederland aan?', *De Volkskrant*, 09-03-2020.
78 J. van Kempen, 'Meer dan 20.000 geïnfecteerden? Dan moeten artsen harde keuzes maken', *Het Parool*, 13-03-2020.
79 Kamerbrief EZK, 'Economische maatregelen met betrekking tot het coronavirus', 12-03-2020, kenmerk CE-AEP / 20072624.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Het virus verspreidt zich steeds verder, ook in verpleeghuizen. Het RIVM en de GGD'en kunnen in de loop van maart niet meer in ieder geval de bron achterhalen. Het OMT besluit daarom het brononderzoek los te laten. Het contactonderzoek richt zich nu op het alert maken van mensen uit risicogroepen.[80] De reguliere leveranciers kunnen in de loop van maart niet meer voorzien in de noodzakelijke persoonlijke beschermingsmiddelen. Vanaf de tweede week van maart ontstaat in de verpleeghuizen een steeds dreigender tekort aan beschermingsmiddelen en aan testmogelijkheden, zo blijkt uit interviews.

Nederland komt in de 'mitigatiefase'
Gaandeweg verschuift in maart de aanpak van de crisis van 'indammen' naar 'mitigeren' (vertragen). De premier zegt daarover in de Tweede Kamer: 'Het blijft een beetje semantisch of je in het een of in het ander zit. Het is duidelijk dat de ambitie is om door te gaan met indammen, maar tegelijkertijd ligt er een heel mitigerend pakket.' [81]

Regionaal lopen de verschillen in de uitvoering van het testbeleid op. In Noord-Brabant besluiten de ziekenhuizen op 12 maart door schaarste het testen van zorgpersoneel te stoppen. Zo niet in het noorden van Nederland. Daar werken de GGD en het UMCG-laboratorium samen om zorgpersoneel met klachten juist laagdrempelig wel te testen.[82] Het Groningse laboratorium heeft bovendien geen last van gebrek aan testmateriaal, aangezien het minder afhankelijk is van de grootste leverancier in Nederland, die met tekorten kampt.[83]

Het OMT komt 12 maart met een nieuw advies voor landelijke maatregelen.[84] De MCCb neemt het over en maakt zich op voor een landelijke persconferentie om de maatregelen kenbaar te maken. De ICCb, de ambtelijke groep die de MCCb voorbereidt, bespreekt de mogelijkheid van maatschappelijke weerstand, maar constateert ook dat daar op dit moment nog niet veel van te merken is.

***De persconferentie van 12 maart 2020:* 'Nederland is nu een patiënt'**
Via een extra uitzending van het NOS-journaal licht de overheid de nieuwe, landelijke maatregelen toe. Naast de premier, de minister voor Medische Zorg en de voorzitter van het OMT staat voor het eerst een gebarentolk.

De minister voor Medische Zorg somt de nieuwe maatregelen op: iedereen met klachten blijft thuis, bijeenkomsten met meer dan honderd personen gaan niet door en iedereen werkt zoveel mogelijk thuis. Kwetsbare mensen krijgen het advies zichzelf te beschermen door drukte uit de weg te gaan. Ook is het advies om bezoek aan kwetsbare personen te beperken.

80 Besluit op 12 maart 2020.
81 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 63, item 13
82 ROAZ Noord-Nederland, 'Testbeleid coronavirus zorgpersoneel Noord-Nederland', 23-03-2020.
83 NOS, 'Testen, testen, testen: in het noorden van Nederland gebeurt het nog wel', 23-03-2020, https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2328113-testen-testen-testen-in-het-noorden-van-nederland-gebeurt-het-nog-wel.html [geraadpleegd op 08-10-2021].
84 OMT, 'Advies na 59e OMT COVID-19', 12-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De premier vertelt dat hij geen reden ziet om scholen te sluiten. Jongeren lopen namelijk niet veel risico, zegt hij. 'Wat ons ook tegenhoudt, is dat de maatschappelijke gevolgen heel groot zouden zijn', voegt hij daaraan toe. Maar het blijft een inschatting: 'Feit is dat je in een crisis als deze met 50 procent van de kennis 100 procent van de besluiten moet nemen. (…) Je weet nooit honderd procent zeker of je precies de goede dingen doet.' Later karakteriseert de premier Nederland als een patiënt. En een patiënt behandel je door elke keer opnieuw te bekijken hoe de patiënt reageert op de medicijnen die je toedient, zegt de premier van de OMT-voorzitter te hebben geleerd.

Beperken, dempen en vertragen ('mitigeren') is de nieuwe strategie. Het doel blijft kwetsbaren te beschermen en de druk op de zorg te verlagen. De persconferentie is het startpunt van een reeks besluiten die het land steeds verder op slot zullen zetten.

Het NOS-journaal van 20.00 uur trekt op de avond van deze persconferentie bijna een miljoen kijkers meer dan gebruikelijk. Doorlopend wordt bericht over afgelaste evenementen. Op Twitter is de hashtag #hamsteren trending; vooral toiletpapier en paracetamol worden massaal ingeslagen. Er ontstaan lege schappen in de winkels bij de houdbare etenswaren als pasta, rijst, bloem en voedsel in blik. Een filmpje van een heftruckchauffeur die toont hoeveel voorraden wc-papier er in de magazijnen ligt, gaat viral.[85] Onmiddellijk schroeven supermarkten hun bevoorrading op om de schappen vol te houden en al snel reguleren winkels de verkoop van zaken als paracetamol, desinfecteermiddelen en handzeep. 'Maximaal twee doosjes paracetamol per klant' is op borden bij de kassa's te lezen.[86]

Bezoekregelingen verpleeghuizen

De verpleeghuisbranche formuleert na de persconferentie bezoekregelingen voor verpleeghuizen: niet meer dan een á twee bezoekers per dag en geen bezoek van mensen met klachten of kinderen jonger dan vijf jaar.[87] Om bewoners en medewerkers te beschermen sluiten op 14 maart verpleeg- en verzorgingshuizen in vooral Midden-Brabant en Limburg op eigen initiatief hun deuren voor bezoekers en alle anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg.[88] [89] [90] Vanwege het gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen en testmogelijkheden kondigt de Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) op 18 maart bij VWS aan dat ze alle verpleeghuizen met klem wil oproepen om het voorbeeld van Brabant en Limburg te volgen.[91] In een spoedoverleg tussen beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en koepels blijkt daar

85 S. Schelfaut, 'Waarom hamsteren we vooral wc-papier?', *Het AD*, 13-03-2020.
86 NOS, 'Supermarkten: 'Alle hens aan dek, maar hamsteren is echt niet nodig'', 13-03-2020, https://nos.nl/artikel/2326980-supermarkten-alle-hens-aan-dek-maar-hamsteren-is-echt-niet-nodig [geraadpleegd op 08-10-2021].
87 In Noord-Brabant (en een aantal andere regio's) geldt dat maximaal één bezoeker per cliënt per dag toegestaan wordt, mits er geen corona besmetting binnen de instelling is. Individuele organisaties dienen deze richtlijn uit te voeren zoals dat in hun situatie het beste past. Verenso, 'COVID-19: (behandel)advies voor SO verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen: update 17 maart 2020', 17-03-2020.
88 Netwerk Acute Zorg Brabant, 'verslag bijeenkomst strategisch ROAZ', 16-03-2020.
89 P. Molle, 'BrabantZorg sluit 35 locaties voor bezoek', *Brabants Dagblad*, 16-03-2020.
90 RONAZ, 'Regionaal Overleg Niet Acture Zorg (RONAZ) over Covid-19: Informatiebulletin 4, maandag 16 maart 2020', 16-03-2020.
91 Verenso e-mail aan VWS, "FW: brief leden Verenso, overleg 1500 uur', 18-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

begrip voor.[92] [93] Ook de meeste bestuurders, zorgmedewerkers, bewoners en naasten voelen voor de sluiting. Desondanks noemen alle betrokkenen in de sector en in de crisisbesluitvorming een bezoekverbod een zwaar besluit, omdat ze zich realiseren dat het in de samenleving een enorme impact zal hebben.[94] [95] Branchevereenigingen Actiz en Zorgthuisnl vragen aan de minister van VWS steun voor het niet toelaten van bezoek, ook vanwege de veiligheid van zorgmedewerkers.[96]

Het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) groeit in deze dagen in omvang en verzorgt de communicatie van de Rijksoverheid via de website, sociale media, campagnes en telefonische informatienummers. Er ontstaat nauwe samenwerking met communicatieteams in de veiligheidsregio's.

Experts roeren zich in de media; niet alleen om de maatregelen te onderbouwen, maar ook om kritische noten te plaatsen. Sommigen betwijfelen of de afgekondigde maatregelen voldoende zullen zijn. Er zijn bijvoorbeeld zorgen over de oproep om kinderen 'gewoon' naar school te laten gaan: kinderen worden weliswaar niet zo ziek, maar kunnen het virus wél verspreiden, is de gedachte.[97] De website van de Rijksoverheid heeft een andere boodschap: het RIVM toont 'overtuigend' aan dat het sluiten van alle scholen niet bijdraagt aan de volksgezondheid, valt daar op 14 maart te lezen.[98]

Extra maatregelen: onder andere scholen dicht

Na een informeel Catshuisoverleg op zondag 15 maart – de eerste in een reeks – kondigen de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en de minister voor Medische Zorg in een gezamenlijke persconferentie extra landelijke maatregelen aan, die minimaal drie weken zullen gelden. Per direct moeten cafés, seksclubs, sportverenigingen, coffeeshops, sauna's en andere plekken waar mensen dicht op elkaar samenkomen hun deuren sluiten. Ook al heeft het OMT dit niet geadviseerd, toch besluiten de ministers om ook de scholen en de kinderopvang de volgende dag te sluiten.[99] Kinderen van ouders in cruciale beroepen of vitale processen mogen nog wel naar school of de kinderopvang. Nederlanders wordt gevraagd om 'gepaste afstand' tot elkaar te houden, namelijk anderhalve meter, en niet te gaan hamsteren. 'Het openbare leven valt nu echt stil', is in de media te lezen.[100]

Tot half maart is er geen directe vertegenwoordiging van de sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en de Thuiszorg, verenigd in de VVT, in het OMT, het BAO of een ander onderdeel van de crisisstructuur.[101] Tot dan worden verpleeghuizen daar genoemd als bufferlocaties voor de opvang van coronapatiënten, om zorgcontinuïteit in de ziekenhuizen te garanderen.[102] [103] [104] Koepelorganisatie GGD GHOR Nederland meldt

92 Verenso, Actiz, V&VN, Zorgthuisnl, Alzheimer Nederland en LOC
93 NCTV, 'Verslag IAO COVID-19', 19-03-2020.
94 Kamerstukken II 2019/20, 31 765, nr. 491
95 Rutte en De Jonge, Landelijke Persconferentie, 19-03-2020.
96 ActiZ en Zorgthuisnl, 'Brief aan de minister voor Medische Zorg,16 maart: Samen voor zorgcontinuïteit', 16-03-2020.
97 A. Voss,' Belangenverklaring', 09-05-2021.
98 Rijksoverheid, 'Aanpak coronavirus vraagt om tijdelijke sluiting scholen en kinderdagverblijven', 15-03-2020.
99 Rijksoverheid, 'Aanpak coronavirus vraagt om tijdelijke sluiting scholen en kinderdagverblijven', 15-03-2020.
100 B. Zuidervaart, 'Het openbare leven valt nu echt stil. 'Nederlanders, let een beetje op elkaar', *Trouw*, 15-03-2020.
101 OMT, Deelnemerslijsten OMT/BAO van januari tot en met halverwege maart 2020.
102 OMT, 'Advies na 57e OMT COVID-19', 28-02-2020.
103 BAO, 'Afstemmingsoverleg 28 februari', 28-02-2020.
104 IAO, Verslag 28 februari 2020, 4 maart 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

VVT-signalen van toenemende druk.[105] In de regio wordt onder coördinatie van de DPG de uitgifte van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen gebaseerd op de bestaande protocollen en richtlijnen en wordt uit gegaan van de gangbare verdeling binnen de zorg. Doordat er steeds meer partijen op het ROAZ-systeem aansluiten, wordt de prioritering in verschillende regio's een steeds groter probleem.[106] VWS ontvangt in die eerste weken signalen via individuele gesprekken met organisaties uit de langdurige zorg. Op 16 maart heeft VWS een breed koepeloverleg met bestuurders, brancheorganisaties en zorgkoepels uit de langdurige zorg. Deze vragen aandacht op landelijk niveau voor de specifieke problematiek van de VVT-sector. Volgens hen heeft binnen de ROAZ'en de bevoorrading van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg geen prioriteit, terwijl de continuïteit van ouderenzorg ook afhankelijk is van de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen. [107] [108] [109] [110]

Het aantal besmettingen is in Nederland half maart opgelopen tot 1.413 bevestigde gevallen. Er zijn 24 mensen overleden aan corona. In de ochtend van 16 maart wordt in overleg met de OMT-voorzitter geschreven aan de speech die de premier die avond live op tv zal houden vanuit zijn werkkamer – het Torentje. De laatste keer dat een premier het land vanuit het Torentje toesprak was bijna een halve eeuw geleden, toen premier Den Uyl in 1973 de bevolking toesprak over de Oliecrisis. De speech bereikt 7,4 miljoen kijkers.[111]

De toespraak uit het Torentje van 16 maart 2020: 'Je vraagt je af: gebeurt dit echt?'

Die avond spreekt premier Rutte het volk live toe vanuit zijn werkkamer. Hij kijkt ernstig de camera in, zijn handen gevouwen over zijn speech. De eerste minuten van zijn toespraak besteedt de premier aan het betonen van medeleven met de mensen die door corona zijn getroffen, en memoreert hij de maatregelen die 'ongekend' zijn voor een land in vredestijd. 'Je vraagt je af: gebeurt dit echt?'

'Ik heb vanavond geen gemakkelijke boodschap voor u', zegt hij dan. 'De realiteit is dat de komende tijd een groot deel van de Nederlandse bevolking met het virus besmet zal raken.' De premier somt drie mogelijke beleidsreacties op, en zegt dat de regering kiest voor het scenario 'maximaal controleren'. In dat scenario gaat het virus rond onder groepen die het minste risico lopen. Zo kunnen we 'in afwachting van een vaccin of medicijn' de verspreiding van het virus afremmen en tegelijkertijd 'gecontroleerd groepsimmuniteit' opbouwen, stelt de premier.

105 GGD GHOR, 'verslag overleg crisisteam', 16/17/24/27-03-2020.
106 GGD GHOR, 'verslag overleg crisisteam', 13-03-2020.
107 NCTV, 'Verslag IAO COVID-19', 16-03-2020.
108 Ministerie VWS, 'Verslag: Breed overleg zorgkoepels inzake COVID-19', 16-03-2020.
109 ActiZ en Zorgthuisnl, 'Brief aan de minister voor Medische Zorg 16 maart: Samen voor zorgcontinuïteit', 16-03-2020.
110 ActiZ, 'Update coronanieuws-9', 16-03-2020.
111 Stichting Kijkonderzoek, *Corona houdt Nederland Thuis – Kijkcijfers Week 11 en 12*, (maart 2020).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Hij richt zich rechtstreeks tot ouderen en mensen met een zwakke gezondheid. 'Ik realiseer me dat u grote zorgen hebt. En daarom wil ik u zeggen dat het onze absolute prioriteit is de risico's voor u zo klein mogelijk te maken.'[112]

'We zitten allemaal met vragen', zegt Rutte, en hij somt er een aantal op, zoals: kan de bruiloft nog wel doorgaan, kan een kinderfeestje nog doorgaan, hoelang gaat dit allemaal duren? Duidelijke antwoorden zijn nog niet te geven. 'Samen komen we deze moeilijke periode te boven', verzekert hij. De premier sluit af met: 'Let een beetje op elkaar. Ik reken op u.'

De boodschap van de toespraak is kort gezegd: Nederland beleeft een nationale crisis. Wetenschappelijke kennis, verstandig beleid en medemenselijkheid zullen ons uit die crisis moeten halen.

De toespraak van de premier wordt goed ontvangen in tv-uitzendingen van die avond en de dag erna in de kranten. Gasten van talkshows vinden dat hij heeft gesproken als 'een staatsman' met een 'heldere en realistische' boodschap, die vertrouwen geeft in de keuzes van de overheid. Uit mediaberichtgeving spreekt het besef dat er een lange weg te gaan zal zijn voordat het virus onder controle is.[113]

Er zijn echter ook kritische geluiden te horen. Ondernemers, waaronder zzp'ers, verlangen naar meer duidelijkheid over de steunmaatregelen die de premier heeft aangekondigd, en willen dat die snel worden ingevoerd.[114] In een gezamenlijke persconferentie presenteren de ministers Koolmees (SZW), Hoekstra (Financiën) en Wiebes (EZK) op 17 maart een steunpakket van vele miljarden. Ze zeggen dit te doen om de economische gevolgen van de virusaanpak te beperken en er primair voor te zorgen dat mensen hun baan en inkomen behouden, en dat de bedrijvigheid overeind blijft. In allerlei sectoren valt namelijk de omzet helemaal stil.[115]

Groepsimmuniteit?

Minder snel te sussen is de maatschappelijke en politieke discussie die ontstaat over 'groepsimmuniteit', waar de premier in zijn toespraak vanuit het Torentje over sprak. Hij reageert in de dagen erna door te onderstrepen dat 'groepsimmuniteit' geen doel op zich is van het kabinet. In zijn toespraak heeft de premier ook gezegd dat het 'maanden of zelfs langer' kan duren om groepsimmuniteit op te bouwen, en dat wij al die tijd kwetsbare mensen zouden moeten 'afschermen', maar die mededeling blijkt te zijn ondergesneeuwd.

112 Landelijke persconferentie, 16-03-2020.
113 NKC, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 17-03-2020.
114 NKC, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 17-03-2020.
115 Landelijke persconferentie, W. Koolmees, W. Hoekstra en E. Wiebes, 17-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

2.3 Vanaf half maart: Nederland zit thuis

De effecten van de maatregelen worden snel zichtbaar in de maatschappij. Bedrijven schakelen met hun organisatie over op thuiswerken en verwachten dat thuiswerken structureler zal worden. Het onderwijs schakelt over op digitaal lesgeven. Door de sluiting van scholen en kinderopvang moeten werkende ouders het thuiswerken combineren met het verzorgen en begeleiden van hun kinderen. Op sociale media verschijnen *memes* en filmpjes over deze thuiswerksituaties met geestige adviezen om de lockdown-periode door te komen. Werkend, schoolgaand en studerend Nederland gaat massaal vanuit huis beeldbellen. Menselijk contact gaat nu veelal via een scherm. NS schroeft het aantal treinen terug. Het wordt stil op de auto- en snelwegen.

Internationaal gaan de grenzen dicht. De EU-landen besluiten op 17 maart om de mogelijkheid tot reizen naar de Schengenzone, waaronder Nederland, drastisch te beperken. Het ministerie van Buitenlandse Zaken adviseert alle Nederlanders vanaf nu om de komende periode niet meer naar het buitenland te reizen, tenzij strikt noodzakelijk.[116] Massaal annuleren mensen hun reizen. Reisorganisaties en vliegmaatschappijen geven hiervoor vouchers terug, om liquiditeitsproblemen en faillissementen te voorkomen. Veel vliegtuigen blijven aan de grond en worden geparkeerd langs de start- en landingsbanen.

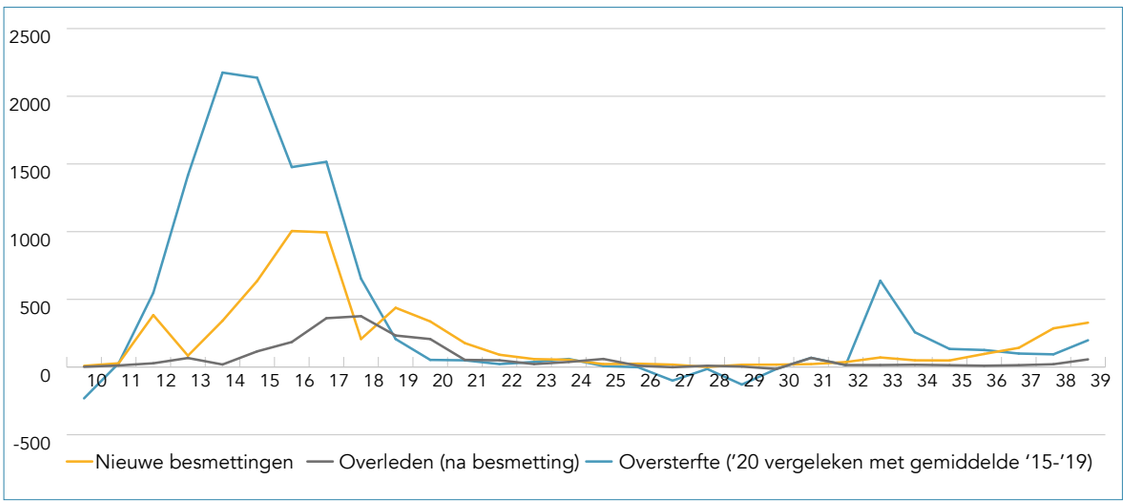
Besmettingen in verpleeghuizen
Verpleeghuizen krijgen al snel te maken met besmettingen. Gegeven de beperkte testcapaciteit stelt het RIVM stelt op 17 maart in samenwerking met Verenso een stroomschema voor testbeleid bij patiënten met een verdenking op COVID-19 in verpleeghuizen op, waarin per verpleeghuisafdeling getest wordt tot maximaal twee bewoners met een positieve testuitslag om een uitbraak vast te stellen.[117] Daarna wordt de hele afdeling als positief beschouwd en behandeld, met als gevolg dat bewoners ongetest op cohortafdelingen terecht komen. Verpleeghuispersoneel moet buiten de cohortafdeling of bij vluchtig contact onbeschermd werken en kan hierbij geen anderhalve meter afstand houden. In het bijzonder de zorg voor bewoners met dementie vraagt juist nauw contact en intensieve aandacht. Deze bewoners zijn ook niet te instrueren, zodat afstand houden onmogelijk is.

Veel besmette of overleden verpleeghuisbewoners komen niet voor in de COVID-19-statistieken van het RIVM (zie figuur 2.1).[118] Dit is mede een gevolg van de smalle casusdefinitie die op dat moment gehanteerd wordt als voorwaarde om in aanmerking te komen voor een PCR-test. Besmette ouderen voldoen niet altijd aan de casusdefinitie; zo hebben ouderen vaak een lagere lichaamstemperatuur en dus minder vaak koorts bij een besmetting.[119] Daardoor, en door de beperkte testcapaciteit voor bewoners en medewerkers, worden besmettingen in verpleeghuizen vaak niet via een test vastgesteld.

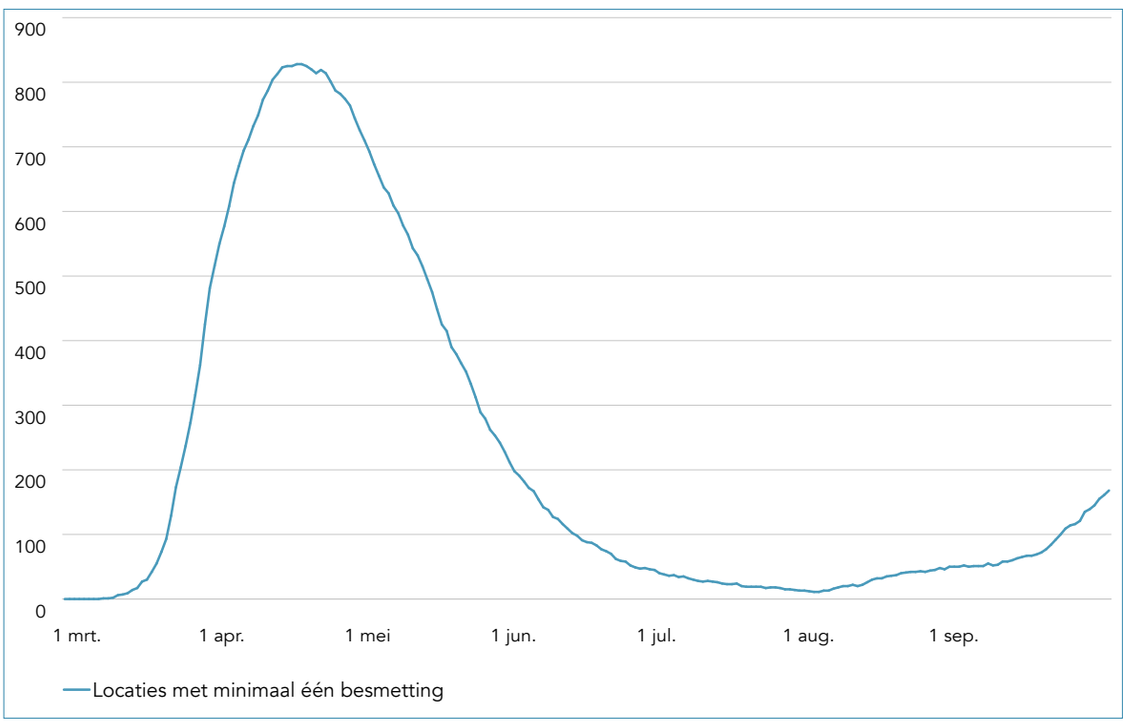
116 Rijksoverheid, 'Reisadvies: reis alleen naar het buitenland indien noodzakelijk', 17-03-2020, https://www.nederlandwereldwijd.nl/actueel/nieuws/2020/03/17/reisadvies-reis-alleen-naar-het-buitenland-indien-noodzakelijk [geraadpleegd op 08-10-2021].
117 Verenso, 'COVID-19: (behandel)advies voor SO verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen: update 17 maart 2020', 17-03-2020.
118 Wat waarschijnlijk een deel verklaart van het verschil tussen de geregistreerde COVID-19-slachtoffers en de oversterfte.
119 Keiharde kritiek op corona-aanpak: 'Alleen doden en ic-bedden zijn geteld', *Tubantia*, 23 mei 2020

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Zo ontbreekt lange tijd een landelijk beeld over het daadwerkelijke aantal besmettingen binnen verpleeghuizen. De opmars van het virus leidt in verpleeghuizen tot veel onzekerheid en angst. Uit interviews blijkt dat uit vrees voor besmetting in sommige verpleeghuizen alle bewoners ongetest op hun kamers in quarantaine zitten.



Figuur 2.1. Overzicht van COVID-19 besmettingen bij bewoners in verpleeghuizen en (over)sterfte per week Nederland van begin maart (week 10) tot en met eind september (week 39) 2020.[120] Beleidsmakers konden in de eerste maanden van de crisis nog niet beschikken over deze volledige cijfers.



Figuur 2.2. Overzicht van het aantal verpleeghuislocaties met op dat moment minimaal één besmetting van begin maart tot en met eind september 2020.[121] Beleidsmakers konden in de eerste maanden van de crisis nog niet beschikken over deze volledige cijfers.

120 Bovenstaande besmettingscijfers zijn gebaseerd op door RIVM gepubliceerde data uit Osiris (geregistreerd in Osiris door GGD-medewerkers o.b.v. testuitslagen). De oversterfte is gebaseerd op CBS-data, waar de sterftecijfers per week van 2020 worden vergeleken met de gemiddelde sterftecijfers per week van 2015 tot en met 2019.

121 Data via RIVM.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Intussen treedt Verenso in contact met het RIVM om aandacht te vragen voor de impact van de coronamaatregelen en -richtlijnen op de langdurige zorg. Hierop wordt de voorzitter van Verenso uitgenodigd voor het OMT-overleg van 17 maart.[122] Ze vraagt in het OMT aandacht voor de beperkte beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen in de verpleeghuizen, terwijl juist daar kwetsbare patiënten verblijven. Daarnaast acht Verenso meer testen van belang: medewerkers in deze sector vormen een risico omdat zij het coronavirus kunnen binnenbrengen. Ook lopen medewerkers zelf risico op besmetting, met gevolgen voor hun inzetbaarheid.

Minister Bruins onwel; minister De Jonge neemt over
Tijdens een debat in de Tweede Kamer op de avond van 18 maart wordt minister Bruins voor Medische Zorg en Sport onwel. Hij is oververmoeid geraakt en zal niet terugkeren, zo blijkt de volgende dag.[123] Zijn coronaportefeuille gaat naar minister De Jonge, die al de langdurige zorg in portefeuille heeft en dus bekend is met bijvoorbeeld de verpleeghuissector.

De verpleeghuizen sluiten hun deuren
Tijdens een persconferentie op 19 maart maakt minister De Jonge van VWS bekend dat de volgende dag alle verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg in het hele land zullen sluiten voor iedereen die niet noodzakelijk is voor de basiszorg.[124] De maatregel is bedoeld voor drie weken, of zoveel korter als mogelijk zal zijn.

Dit betekent dat ook naasten van bewoners niet meer naar binnen mogen. Een uitzondering wordt gemaakt voor bewoners in de stervensfase. Zij kunnen onder voorwaarden maximaal twee naasten per dag ontvangen.[125]

'De volledige sluiting voor bezoek was heftig. Maar we begrepen het allemaal wel en het was ook wel een opluchting. Het gaf ons meer rust.'
- bestuurders en medewerkers

Als opvolger van Bruins komt op 20 maart een nieuwe, tijdelijke minister voor Medische Zorg: Van Rijn, de voorzitter van de raad van bestuur van ziekenhuisgroep Reinier Haga.[126] De coronaportefeuille van Bruins blijft bij minister De Jonge. De benoeming van Van Rijn wordt als opmerkelijk gezien omdat hij lid is van oppositiepartij PvdA. Hij was staatssecretaris van Volksgezondheid in het kabinet Rutte II en het huidige kabinet Rutte III ziet in hem een bestuurder met de juiste ervaring. Rutte zegt over de aanstelling 'Partijkleur is nu even niet interessant.'[127] Van Rijn wil gaan zorgen voor voldoende

122 Podcast Voorzorg, 'Voorzorg 08 Nienke Nieuwenhuizen', 15-09-2020.
123 NOS, 'Oververmoeide minister Bruins (Medische Zorg) treedt af, 19-03-2020, https://nos.nl/artikel/2327654-oververmoeide-minister-bruins-medische-zorg-treedt-af [geraadpleegd op 08-10-2021].
124 Kamerstukken II 2019/20, 31 765, nr. 491.
125 Verenso, 'COVID-19: (behandel)advies voor SO en AVG in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen: update 8 april 2020, 08-04-2020.
126 Rijksoverheid, 'Martin van Rijn tijdelijk nieuwe minister voor Medische Zorg', 20-03-2020.
127 Politieke redactie, 'Oudgediende Martin van Rijn (PvdA) is de komende drie maanden minister voor Medische Zorg', *Het AD*, 20-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

beschermingsmaterialen voor de zorg en voldoende medische apparatuur. Ook wil hij de ic-capaciteit uitbreiden.[128]

In het Caribisch deel van het Koninkrijk is de economie zeer afhankelijk van toerisme en door de reisbeperkingen ligt dat toerisme er nagenoeg stil. Daarom besluit het kabinet dat daar een vergelijkbaar economisch steunpakket gaat gelden als in het Europese deel van Nederland.[129]

Het zorgsysteem onder druk; niet-coronazorg ligt plat
Het zorgsysteem komt onder druk te staan. Reguliere zorg komt in de knel. Niet-acute operaties bijvoorbeeld worden uitgesteld om ic-bedden over te houden voor coronapatiënten. De dagbesteding voor ouderen, gehandicapten of mensen met psychische klachten ligt nagenoeg stil. Bijna de helft van de reguliere zorg gaat niet door, wat leidt tot gezondheidsrisico's. Er wordt gewaarschuwd voor 'een stuwmeer aan zorgvraag'.[130] [131] Artsen maken zich zorgen over zogenoemde 'verborgen doden': door de focus op coronazorg lopen andere patiënten grote risico's, vinden ze.[132]

Er dreigt gebrek aan zorgpersoneel. Zorgmedewerkers raken namelijk zelf besmet, moeten soms wachten op de uitslag van een coronatest of moeten in quarantaine. Ook vallen ze uit door de hoge werkdruk. Ic-verpleegkundigen, bijvoorbeeld, verplegen nu meer patiënten per persoon dan normaal. De druk op de ouderenzorg is groot door zieke bewoners en uitval van medewerkers. Zorgmedewerkers blijven geregeld ongetest met lichte klachten doorwerken. Om de werkdruk het hoofd te bieden, geeft de IGJ de ruimte zodat er studenten geneeskunde, leerling-verpleegkundigen of gepensioneerde zorgmedewerkers worden ingezet.[133] Niemand neemt meer verlof op. Vrijwilligers melden zich aan. In de zorg is het alle hens aan dek.

De voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care houdt in deze periode rekening met een piek van de ic-bezetting in mei. Uiteindelijk zal de piek op 7 april liggen, wanneer er 1.424 coronapatiënten op de ic liggen.

In de loop van maart gaat Verenso, in samenwerking met de Academische werkplaatsen ouderenzorg, de gegevens over besmette en overleden coronapatiënten in de verpleeghuissector zelf registreren via de patiëntendossiers van van besmetting verdachte en besmette patiënten.[134] Het doel is inzicht te krijgen in aantallen patiënten en het verloop van COVID-19 bij ouderen, om vervolgens persoonlijke beschermingsmiddelen en cohortverpleging op zinvolle wijze te kunnen inzetten. Uit die

128 Nu.nl, 'Minister van Rijn: 'Strijd tegen corona komende drie maanden het hardst'', 23-03-2020, https://www.nu.nl/coronavirus/6039699/minister-van-rijn-strijd-tegen-corona-komende-drie-maanden-het-hardst.html [geraadpleegd op 08-10-2021].
129 https://www.Rijksoverheid.nl/onderwerpen/caribische-deel-van-het-koninkrijk/nieuws/2020/03/20/coronavirus-noodpakket-voor-ondernemers-en-werknemers-in-caribisch-nederland
130 https://nos.nl/artikel/2328278-stuwmeer-aan-behandelingen-coronavirus-verhoogt-druk-op-overige-zorg
131 https://fd.nl/economie-politiek/1338865/corona-legt-grote-druk-op-de-rest-van-de-zorg
132 https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2328445-niet-coronazorg-ligt-plat-er-wacht-ons-een-grote-ramp-met-verborgen-doden, 26-03-2020.
133 IGJ, 'Inzet voormalig of ander zorgpersoneel mogelijk', 03-03-2021, https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/03/03/inzet-voormalig-of-ander-zorgpersoneel-mogelijk [geraadpleegd op 08-10-2021].
134 Verenso, 'Registreer vanaf nu verdenking op COVID-19 in EPD Ysis', 18-03-2020, https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2020/registreer-vanaf-nu-verdenking-op-covid-19-in-epd-ysis-1 [geraadpleegd 08-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

registratie zal in april blijken dat het aantal COVID-19-slachtoffers in de verpleeghuizen tweemaal zo hoog is als nu blijkt uit de registraties van het RIVM.[135] [136] De sterftecijfers van het CBS laten bij instellingen voor langdurige zorg tussen 23 maart en 5 april een verdubbeling zien.[137] Deze sterftecijfers zullen later helpen verduidelijken hoe hoog de nood in de ouderenzorg is.

Saamhorigheid

De crisis zorgt in maart ook voor veel saamhorigheid. Kinderen bijvoorbeeld gaan met hun ouders in hun buurt op jacht om teddyberen te spotten die mensen in hun vensterbanken zetten. SIRE start de campagne #DASLIEF, waarin de Stichting lieve initiatieven, waarmee mensen elkaar helpen of een hart onder de riem steken, onder de aandacht brengt. 'Grote én kleine gebaren. Mensen die omkijken naar en zorgen voor elkaar. Deze mensen bedanken wij met #DASLIEF, namens ons allemaal', aldus SIRE.

Ook ontstaan allerlei initiatieven om speciaal de zorgmedewerkers te steunen in 'hun strijd tegen corona'. In navolging van Italië en Spanje klapt Nederland op 17 maart massaal drie minuten voor de zorg. Een andere actie is #mijnhartvoordezorg, waarin iedereen wordt opgeroepen om voor 'de helden in wit' een wit T-shirt met een rood hart op te hangen. Al snel zie je ze hangen voor ramen en op gebouwen.[138] Er ontstaan vele lokale initiatieven om de zorg te steunen. Voetbalsupporters maken nu spandoeken voor de zorg. Gesloten restaurants zetten hun voorraden om naar maaltijden voor de zorgmedewerkers en doneren die aan hen; ondernemers doneren sportshirts om in te werken; markthandelaren doneren fruit; mensen sturen bloemen.[139] Een tv-maker laat mensen in 'de frontlinie' vlogs insturen. 's Avonds is op tv te zien hoe het met hen gaat.[140]

Het is de saamhorigheid die koning Willem-Alexander op 20 maart aanhaalt in zijn toespraak: 'Corona maakt ongelooflijk veel daadkracht, creativiteit en medemenselijkheid los. Het openbare leven is verlamd, maar het menselijk hart van de samenleving blijft kloppen.' De koning spreekt de hoop en verwachting uit dat 'een gevoel van saamhorigheid en trots ons dwars door deze moeilijke tijd zal blijven verbinden.' Op sociale media zijn trending topics 'liefde', 'gevoel van saamhorigheid', 'medemenselijkheid', 'wakend oog' en 'waardering'.

135 Verenso, 'Flinke toename besmettingen COVID-19 in verpleeghuizen', 06-04-2020, https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2020/flinke-toename-besmettingen-covid-19-in-verpleeghuizen [geraadpleegd op 08-10-2021].
136 RIVM, *COVID-19: Technische briefing Tweede Kamer 16 april 2020*, (april 2020).
137 CBS, 'Sterfte onder bewoners van institutionele huishoudens bijna verdubbeld', 16 april 2020, https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/16/sterfte-onder-bewoners-van-institutionele-huishoudens-bijna-verdubbeld [geraadpleegd op 08-10-2021].
138 Napa, '#mijnhartvoordezorg als steun voor zorgprofessionals', 20-03-2020, https://www.napa.nl/2020/03/mijnhartvoordezorg-als-steun-voor-zorgprofessionals/ [geraadpleegd op 08-10-2021].
139 RTL Nieuws, 'Nederland betuigt massaal steun aan zorgpersoneel: 'Jullie zijn onze trots!'', 16-03-2020, https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5057771/covid-19-corona-zorg-gezondheidszorg-steunbetuigingen [geraadpleegd op 08-10-2021]; H. Sikma, 'Eerste Gouden Hart Biljetten voor Haarlemse ziekenhuismedewerkers', *NH Nieuws*, 18 juni 2020.
140 BNNVARA, 'Frontberichten: Berichten in de strijd tegen Corona', https://www.bnnvara.nl/frontberichten [geraadpleegd op 08-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Tegen de adviezen in, testen beperkt tot ziekenhuispatiënten en zorgverleners

De WHO roept op 16 maart alle landen dringend op om elk verdacht geval te testen. De directeur-generaal van de WHO: 'De effectiefste manier om infecties te voorkomen en levens te sparen is het doorbreken van de ketens van transmissie. En om dat te doen moet je testen en isoleren. (...) Nogmaals, onze hoofdboodschap is: testen, testen, testen. Dit is een serieuze ziekte. Hoewel het bewijs dat we hebben, suggereert dat degenen boven de 60 het meeste risico lopen, zijn jonge mensen, ook kinderen, overleden.'[141] Experts beamen dat uitgebreid testen zeer belangrijk is.[142] [143]

Maar Nederland kampt volgens de minister met schaarste aan testmateriaal, waardoor het noodzakelijk is om op dit moment te prioriteren.[144] De te testen groep wordt daarom in de loop van maart op advies van het OMT steeds verder beperkt tot alleen patiënten in het ziekenhuis en bepaalde zorgverleners. Deze beperking leidt automatisch tot minder mogelijkheden voor bron- en contactonderzoek. Het streven om met testen en bron- en contactonderzoek het aantal coronagevallen in te dammen laat het kabinet op deze manier verder los.

Enkele dagen later, op 23 maart, zegt het RIVM over het testbeleid: 'Laat je niet wijsmaken dat we in Nederland niet veel testen: dat doen we wel. Tot en met donderdag hadden we zo'n 23.000 testen gedaan, maandag is dit aantal al gestegen naar 30.000. (…) We moeten ernstig zieke mensen kunnen blijven testen op het virus zodat ze behandeld kunnen worden. We willen voorkomen dat we nee moeten verkopen'.[145]

Om te ondersteunen bij het testbeleid, start op 26 maart voormalig DSM-CEO Sijbesma vrijwillig en onbezoldigd als de door het kabinet gevraagde speciaal gezant corona.[146]

141 WHO, 'WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020', 16-03-2020, https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020 [geraadpleegd op 08-10-2021].
142 J. de Vrieze, 'Noordelijke provincies laten landelijk beleid los en testen massaal zorgmedewerkers', *De Groene Amsterdammer*, 22-03-2020.
143 J. Wester, 'Groeiende kritiek experts op gebrek aan testen in Nederland', *NRC Handelsblad*, 20-03-2020.
144 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr.179.
145 Nu.nl, 'Nederland test alleen kwetsbare mensen op corona om tekort te voorkomen', 23-03-2020, https://www.nu.nl/coronavirus/6039742/nederland-test-alleen-kwetsbare-mensen-op-corona-om-tekort-te voorkomen.html [geraadpleegd op 08-10-2021].
146 De Speciaal Gezant heeft de taak zich te richten op de opties die Nederland heeft ten aanzien van (de beschikbaarheid van) coronatests en vaccins. Bron: Rijksoverheid, 'Toelichting rol Feike Sijbesma als speciaal gezant corona, 13-08-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/08/13/toelichting-rol-feike-sijbesma-als-speciaal-gezant-corona [geraadpleegd op 12-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Koerswijziging in zorgstelsel: van lokale naar landelijke coördinatie patiëntenspreiding

Ondertussen stromen in Noord-Brabant de ic's en de verpleegafdelingen vol. Brabantse ziekenhuizen beginnen patiënten over te plaatsen naar ziekenhuizen buiten hun regio. Landelijk loopt het aantal ic-opnames op en zo komt het hele zorgsysteem onder druk te staan. Ook zijn er grote regionale verschillen in vraag naar COVID-zorg, met name naar ic-bedden.

Daarom start het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) onder leiding van de voorzitter van de raad van bestuur van het Erasmus MC in Rotterdam, ondersteund door Defensie op 21 maart het Landelijk Centrum Patiënten Spreiding (LCPS).[147] De oprichting van het LCPS markeert een nieuwe aanpak. Tot nu toe ging elk ziekenhuis zelf rondbellen als het geen bedden meer had. Vanaf nu coördineert het LCPS het verplaatsen van patiënten. Het werkt daarbij samen met de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS'en).

Centrale coördinatie komt ook op andere terreinen tot stand. Er komt een Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en een Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) om de inkoop en distributie van apparatuur, hulpmiddelen en medicatie te coördineren en te spreiden over de regio's.[148] Ook komt er een Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) om de testcapaciteit in kaart te brengen en te vergroten. VWS, het RIVM, de Taskforce Diagnostiek en de speciaal gezant corona werken hierin samen.[149] Alle zorginstellingen moeten aansluiten op het nieuwe distributiesysteem.[150] [151]

Het LCPS coördineert vervolgens ook het vervoer per Mobiele Intensive Care Unit (MICU). Bovendien verspreidt het samen met het LCH de beademingsapparatuur en andere hulpmiddelen. Hierbij toetst het LCPS of de ziekenhuizen de middelen daadwerkelijk nodig hebben en of de ziekenhuizen de kennis in huis hebben om de middelen te hanteren. De beademingsapparatuur werd tot 3 april verspreid door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NIVC).

Zo verandert ten gevolge van de crisis, al dan niet tijdelijk, binnen twee weken het zorgstelsel: een koerswijziging richting landelijke coördinatie.

147 Op 20 maart heeft VWS de opdracht mondeling gegeven aan de LNAZ (bron: LNAZ: Opschalingsplan, juni 2020, p. 10). De formele opdracht is op 26 maart gegeven (Brief VWS Opdracht aan LNAZ voor oprichting LCPS d.d. 26 maart 2020, kenmerk 1666773-203588-CZ). De opdracht van VWS aan de LNAZ is later geformaliseerd in een dienstverleningsovereenkomst (Dienstverleningsovereenkomst VWS – LNAZ, contractnummer CZ-3068-23462, getekend 24 april, ingaand (met terugwerkende kracht) op 21 maart 2020).
148 Opschalingsplan COVID-19 LNAZ, juni 2020.
149 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 200
150 Rijksoverheid, 'Opstart initiatief Landelijk Consortium Hulpmiddelen', 24-03-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/24/opstart-initiatief-landelijk-consortium-hulpmiddelen, [geraadpleegd op 08-10-2021].
151 Kamervragen (aanhangsel) 2019/20, nr. 2846.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Na aansluiting op het nieuwe distributiesysteem van het LCH ontvangen instellingen voor langdurige zorg, waaronder verpleeghuizen, nog steeds op beperkte schaal persoonlijke beschermingsmiddelen. Verpleeghuisorganisaties gebruiken hun creativiteit om gebruik van beschermingsmiddelen te beperken, onder andere door hergebruik en tussentijds reinigen.[152] Daarnaast nemen ze zelf initiatieven om via alternatieve kanalen beschermingsmiddelen aan te schaffen en hun voorraden te vergroten.[153]

Wel of geen 'lockdown'?
Hoewel er onder de bevolking veel begrip is voor de maatregelen van 15 maart, ontstaat er in het land ook een discussie over de noodzaak van een zwaardere 'lockdown', zoals die is ingevoerd in België en Frankrijk. Voorstanders roeren zich op sociale media en ook vanuit de Tweede Kamer komen vragen waarom het kabinet niet overgaat tot een 'complete lockdown'. Op 19 maart constateert de NCTV dat voorstanders van de lockdown zich diametraal tegenover het overheidsbeleid zetten.[154] Tegenstanders daarentegen vinden een lockdown niet passen bij Nederland. De term 'lockdown' leidt bovendien tot onzekerheid en onduidelijkheid, volgens signalen van het ministerie van EZK. EZK vraagt daarom om een geschiktere term.[155]

Het is in die periode mooi weer. Omdat er verder weinig te doen is, gaan mensen massaal wandelen en fietsen in de natuur. De media tonen beelden van drukte op stranden en in natuurgebieden. Te zien is dat mensen zich niet overal aan de afstandsregels houden. Om de drukte tegen te gaan verstuurt de Rijksoverheid op zondagochtend 22 maart een NL-Alert bericht uit met de tekst: 'Volg instructies Rijksoverheid op: houd 1,5 meter afstand! Bent u ziek of verkouden? Blijf thuis. Bescherm uzelf en de mensen om u heen. Samen tegen corona. Keep your distance to others.'

Ondertussen stromen de ic's vol. In die ontwikkeling vinden voorstanders van een complete lockdown steun voor hun visie. Op twitter gaat de aandacht uit naar een voorstel voor een totale vergrendeling van een week of vier.[156] Volgens de in de ICCb getoonde omgevingsanalyse komt in de maatschappij steeds prominenter de vraag naar voren of er na het weekend verdergaande maatregelen volgen, zoals winkelsluitingen, afgelastingen van schoolexamens en boetes.[157]

Een 'intelligente lockdown'
Op maandag 23 maart, de dag na het NL-Alert, wordt in een persconferentie teruggeblikt op de drukte. Premier Rutte en de ministers De Jonge, Van Rijn en Grapperhaus delen tijdens de persconferentie mee dat maatregelen worden aangescherpt en verlengd. Het gaat in de woorden van de premier om een 'intelligente lockdown'. Hij zegt dat de meeste Nederlanders zich houden aan de afspraken om het aantal sociale contacten te beperken en anderhalve meter afstand te houden: 'Belangrijk dat we dat met zijn allen doen. Maar helaas, het geldt nog niet voor iedereen en mijn verstand staat werkelijk stil

152 Verenso, 'COVID-19: (behandel)advies voor SO verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen', 13-03-2020.
153 ActiZ, 'Update coronavirus – 11', 18-03-2020.
154 NCTV, 'Situatiebeeld en duiding COVID-19', 19-03-2020.
155 NCTV, 'Verslag IAO COVID-19', 19-03-2020.
156 NCTV, 'Situatiebeeld en duiding COVID-19', 23-03-2020.
157 NKC, 'omgevingsanalyse COVID-19', 23-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

als je de beelden ziet van bijvoorbeeld de overvolle stranden, mensen die op parkeerplaatsen half tegen elkaar opbotsen als ze uit de auto komen. Er zijn zelfs schijt-aan-corona-feestjes. Het is gewoon asociaal, dat moet dus stoppen. En daarom hebben we net met elkaar afgesproken om de bestaande afspraken over beperking van die sociale contacten nog verder aan te scherpen en daarmee zo dicht mogelijk te komen bij het maximale effect van al die maatregelen.'[158]

Vervolgens gaat de minister van JenV in op drie verscherpingen van de maatregelen. Ten eerste worden alle samenkomsten verboden tot één juni in plaats van één april. En er geldt geen ondergrens meer van 100 personen. Ten tweede gaat het kabinet ervoor zorgen dat burgemeesters de bestaande maatregelen in hun gemeente beter kunnen handhaven. Ten derde komen er boetes. Minister De Jonge vult aan: Als een lid van het gezin koorts heeft, blijft iedereen thuis, uitgezonderd mensen in vitale beroepen en vitale processen. Contactberoepen gericht op uiterlijke verzorging, zoals kappers en nagelstylistes, moeten hun deuren sluiten. Mensen uit andere contactberoepen mogen alleen op de gangbare manier werken op indicatie van een arts en moeten zoveel mogelijk beeldbellen. Minister Van Rijn vertelt ten slotte dat hij werkt aan extra ic-bedden en beademingsapparatuur.

Het Veiligheidsberaad bijeen

Op de dag van die persconferentie komt het Veiligheidsberaad bijeen onder voorzitterschap van Bruls, burgemeester van Nijmegen en tevens voorzitter van de veiligheidsregio Gelderland-Zuid.[159] Het Veiligheidsberaad bestaat uit de voorzitters van de 25 veiligheidsregio's. Het is voor het eerst dat het Veiligheidsberaad in een acute crisis een actieve rol pakt. In het overleg zegt de voorzitter dat met de aanwijzing en het opschalen naar GRIP-4 veel bevoegdheden van de burgemeesters overgegaan zijn naar de voorzitters van de veiligheidsregio's.[160] Het Veiligheidsberaad zal zich onder meer buigen over handhavingskwesties, het draagvlak onder de bevolking en de noodverordeningen die veiligheidsregio's afkondigen op instructie van de minister van VWS. Het overleg vergadert vanaf dat moment bijna wekelijks op het provinciehuis in Utrecht in aanwezigheid van onder andere de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid, de minister van Justitie en de voorzitter van GGD GHOR Nederland.[161]

De sluiting van scholen werkt door in een besluit van de onderwijsminister dat dit jaar voor het voortgezet onderwijs alle centrale eindexamens vervallen; diploma's worden uitgereikt op basis van de schoolexamens, die al grotendeels zijn afgenomen.[162] Leerlingen vrezen dat hierdoor hun 'coronadiploma' minder waard is dan een 'normaal' diploma, maar volgens de onderwijsminister is het diploma volwaardig.[163] Diplomastress is niet het enige waardoor de jeugd in deze periode wordt getroffen. Geen examenfeesten, geen diploma-uitreikingen en voor groep acht van de basisschool geen eindcito en geen musical; allerlei rituelen vervallen.

158 Persconferentie, 23-03-2020.
159 Veiligheidsberaad, 'Voorzitter Veiligheidsberaad', https://www.veiligheidsberaad.nl/voorzitter-veiligheidsberaad/ [geraadpleegd op 11-10-2021].
160 Veiligheidsberaad, 'Verslag Veiligheidsberaad', 23-03-2020.
161 Veiligheidsberaad, 'Het Veiligheidsberaad', www.veiligheidsberaad.nl [geraadpleegd op 11-10-2021].
162 Kamerbrief OCW, 'Gewijzigde aanpak eindexamen', 24-03-2020.
163 NOS, 'Slob: we moeten het woord 'coronadiploma' niet meer gebruiken', 10-04-2020 https://nos.nl/artikel/2330067-slob-we-moeten-het-woord-coronadiploma-niet-meer-gebruiken [geraadpleegd op 11-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Emoties bij de verpleeghuizen lopen op

Binnen een week na de sluiting van de verpleeghuizen, op 25 maart 2020, is er een overleg tussen VWS en patiënten- en cliëntenorganisaties. Daar meldt Alzheimer Nederland dat mantelzorgers veel pijn en verdriet hebben, omdat ze hun naasten niet meer zien.[164] Alzheimer Nederland vraagt om vaste vrijwilligers wel toe te laten, om zo het personeel te ontlasten. Het Landelijk Overlegorgaan Cliëntenraden (LOC) meldt veel emotionele telefoontjes over de bezoekersstop bij verpleeghuizen.

Zorgmanagers, verpleegkundigen en verzorgenden vertellen in interviews over een bijna 24-uurs inzetbaarheid. Ze vertellen over hun angst om aan het werk te gaan en de weerstand van hun thuisfront, en over de vrees om zelf buiten de deur besmet te raken en 'hun' verpleeghuisbewoners ongemerkt in levensgevaar te brengen. Ze raken verward door de elkaar snel opvolgende aanpassingen met betrekking tot de aanpak bij uitbraken, de schaarste aan en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, en het toepassen van testen. Zorgteams zijn overbelast door de vele zieken en het wegvallen van mantelzorgers. Medewerkers maken zich zorgen over de voorschriften om door te werken met lichte klachten (geen koorts) als dat noodzakelijk is voor de continuïteit van zorg.[165] Betrokkenen vertellen over stervende bewoners en familieleden die uit angst voor eigen gezondheid geen afscheid durven te nemen, en over eenzaamheid en wanhoop bij de bewoners.

Citaten uit interviews

'Geen bezoek mogen ontvangen is mensonterend.' – Zorgmedewerker

'Een hond had het nog beter, die werd tenminste nog vier keer per dag uitgelaten' - Bewoner

'De sluiting was voor mij en mijn moeder erg heftig. Bijna dagelijks ging mijn moeder wandelen en ik ging mee. Opeens kon dat niet meer: ik mocht ook niet meer op bezoek. Dit betekende dat mijn moeder een groot deel van haar zelfstandigheid en haar dagelijkse beweging verloor. Zij heeft vermoedelijk om deze reden een enorme deuk in haar geestelijke gezondheid gekregen. Het heeft diepe indruk gemaakt op ons en de andere bewoners en het heeft effect gehad op de bewoners en hun welzijn.' – Naaste

Betrokkenen schetsen ook een ander beeld in interviews. Zij spreken over de haast serene rust op de afdelingen, waar vooral mensen met dementie door opbloeien, over de blijken van medeleven van familie van bewoners. Over de waarde van 'burgerlijk ongehoorzaam personeel', medewerkers die niet strikt de protocollen volgen, maar zelf afwegen of iets in hun ogen verstandig, menselijk of nuttig is. En vooral over de mate van betrokkenheid, inzet en saamhorigheid onder de zorgmedewerkers, waar ze vrijwel zonder uitzondering trots op zijn.

164 Ministerie van VWS, verslag van overleg met patiënten en cliëntenorganisaties, 25-03-2020.
165 V&VN, *Inzet en testbeleid medewerkers Verpleeghuizen, woonzorgcentra, kleinschalige woonvormen*, 27-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Citaten uit interviews
Bestuurders en leidinggevenden geven aan dat er soms een 'te veel' aan betrokkenheid was: 'Het was eerder zo dat ze niet los konden komen van hun werk en weer terug wilden om te helpen.'

'Er werd al snel van alles geregeld om contact tussen de bewoners en familie te bewerkstelligen. Zwaaien vanaf de parkeerplaats naar bewoners op het balkon was fijn. Beeldbellen was voor een deel van de bewoners een uitkomst, maar niet voor allemaal. Raambezoeken waren niet prettig, omdat je elkaar wel van dichtbij ziet, maar je kan elkaar niet aanraken. Daarnaast werden activiteiten georganiseerd, zoals muziekoptredens op de parkeerplaats. Bij alles was er veel hulp van de medewerkers, zij liepen nog een stapje harder voor de bewoners. Ze deden alles wat in hun mogelijkheden lag, dag en nacht, terwijl wij beseften dat ze gestrest waren en mentaal op.' - Naaste

'De sluiting bracht ook rust op de afdelingen. We kregen meer tijd om ons tijdens de crisis te concentreren op de bewoners. De saamhorigheid groeide enorm'. - Verpleegkundig specialist

'Alleen samen krijgen we corona onder controle'
Om de bevolking te informeren over de maatregelen start op 25 maart de publiekscampagne 'Alleen samen krijgen we corona onder controle'.[166] Vlak daarna blijkt uit een peiling dat de bezorgdheid over het virus is toegenomen en tegelijkertijd ook het vertrouwen in de maatregelen: het draagvlak is toegenomen.[167] Voor ondernemers en zelfstandigen breidt de overheid het economische steunpakket verder uit. Meer sectoren kunnen nu financiële ondersteuning aanvragen.[168]

Een week na de verscherping van de maatregelen, op 29 maart, spreken in het Catshuis ministers met experts over mogelijke versoepelingen. De aanwezigen maken medische, economische, sociale en bestuurlijke afwegingen en kijken naar termijnen in het buitenland. Er vallen geen besluiten.

De R-waarde neemt af
Het gemiddeld aantal mensen dat besmet wordt door één persoon – de zogenaamde 'R-waarde' – neemt af.[169] Het effect van die daling is echter nog niet te merken in de ziekenhuizen: daar blijft de druk groot. Defensie staat ziekenhuizen en verpleeghuizen inmiddels bij met medisch personeel. Hotels, die door de intelligente lockdown nauwelijks tot geen klanten hebben, worden zorghotels. Vanwege de aanhoudende druk op de zorg adviseert het OMT de dan geldende maatregelen te verlengen tot eind april/ begin mei. In dat advies speelt mee dat het RIVM-onderzoek naar de besmettelijkheid

166 NKC, *Alleen samen COVID-19 beleefd vanuit het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie* (juni 2020).
167 4e peiling MarketResponse periode 27-29 maart.
168 Rijksoverheid, 'Ondernemers getroffen sectoren coronavirus kunnen tegemoetkoming aanvragen', 27-03-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/nieuws/2020/03/27/ondernemers-getroffen-sectoren-coronavirus-kunnen-tegemoetkoming-aanvragen [geraadpleegd op 11-10-2021].
169 Rijksoverheid, 'Cijferverantwoording', https://coronadashboard.Rijksoverheid.nl/verantwoording#reproductie-getal [geraadpleegd op 11-10-2021]. en Overheid.nl, 'Covid-19 reproductiegetal', 02-10-2021, https://data.overheid.nl/dataset/12704-covid-19-reproductiegetal [geraadpleegd op 11-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

van kinderen nog niet af is. De resultaten zijn voor de onderwijsminister belangrijk om te besluiten over het al dan niet heropenen van de (basis)scholen.[170] Beleidsmakers zoals de leden van het Veiligheidsberaad, ervaren bij hun afwegingen een dilemma. De maatregelen voor een korte periode verlengen kan op meer draagvlak onder de bevolking rekenen. Anderzijds biedt een langdurige verlenging duidelijkheid over de evenementen rond bijvoorbeeld Koningsdag en de meivakanties.

De media gaan ervanuit dat de maatregelen blijven en zien een verlenging tot 1 juni als zwartste scenario.[171] Prominent vragen ze naar brede effecten van de lockdown: Wat is het effect van de maatregelen op geestelijk welzijn, op de leerontwikkeling van kinderen, op werkende ouders, op ondernemers en de economie? Volgens het Centraal Planbureau (CPB) is een 'recessie onvermijdelijk': in drie van de vier scenario's voor 2020 en 2021 is de achteruitgang groter dan tijdens de crisis in de jaren 2008/2009.[172] Onbehagen ontstaat: 'Zijn de maatregelen niet schadelijker dan de kwaal?'[173]

2.4 Vanaf mei: wensen om de aanpak te veranderen komen op

De Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV) zegt in het Veiligheidsberaad van 30 maart dat nu volgens hem voorzichtig de fase aanbreekt waarin naast de medische invalshoek ook de sociaal-economische invalshoek en de maatschappelijke invalshoek een rol gaan spelen in de besluitvorming over de geldende maatregelen.[174]

Het OMT vindt op 30 maart de eerdergenoemde versoepeldatum van 6 april te vroeg om de deuren van verpleeghuizen weer te openen.[175] Van verschillende kanten komen al signalen over de impact van het bezoekverbod, maar Verenso geeft aan dat nog niet is voldaan aan de criteria voor versoepeling, namelijk beschikbaarheid persoonlijke beschermingsmiddelen, voldoende testcapaciteit en afnemende besmettingsgraad. Er is nog geen zicht op het opheffen van het bezoekverbod.[176]

Het Landelijk Orgaan Cliëntenraden (LOC) vraagt het kabinet op 31 maart dringend om het algemeen bezoekverbod te versoepelen en meer maatwerk mogelijk te maken. Hierbij moet centraal staan de afweging van veiligheid en menswaardigheid. 'Mensen leven gemiddeld maar kort in een verpleeghuis. Steeds luider klinkt de vraag wat erger is: een paar maanden langer leven in eenzaamheid of mogelijk korter door een risico op corona?'[177] Dit dilemma dringt ook door in de landelijke crisisstructuur en de politiek, maar besmettingen en sterftecijfers in de verpleeghuizen lopen nog steeds op.[178] [179] Om de kwetsbare groep in de verpleeghuizen te beschermen is afscherming volgens de gangbare wetenschappelijke inzichten de enige manier.[180]

170 NCTV, 'Intern Beeld LOCC: Coronacirus COVID-19', 31-03-2020.
171 Ministerie van VWS, 'VWS omgevingsanalyse COVID-19', 31-03-2020.
172 CPB, *Scenario's economische gevolgen coronacrisis* (maart 2020).
173 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 31-03-2020.
174 Veiligheidsberaad, 'Verslag Veiligheidsberaad', 30 maart 2020.
175 OMT, *Advies na 62e OMT COVID-19*, 31-03-2020.
176 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 200
177 MCCb, 'dringende oproep maatwerk bezoek verpleeghuizen', 31-03-2020.
178 BAO, 'Afstemmingsoverleg 14 april', 14-04-2020.
179 NVIC, 'Technische briefing: 8 april 2020', 08-04-2020.
180 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 247

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommmunicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De maatregelen worden op basis van het OMT-advies inderdaad verlengd tot 28 april, zo maakt de premier op 31 maart in de persconferentie aansluitend op het MCCb-overleg bekend.[181] Ook de bezoekersstop in verpleeghuizen blijft tot 28 april.[182] De scholen blijven dicht tot en met de meivakantie en evenementen blijven verboden tot 1 juni. De premier kondigt aan dat Nederland daarna niet zomaar zal terugkeren naar de oude situatie. 7,6 miljoen mensen zien deze persconferentie.

In de week erna denken verschillende partijen na over versoepelingen. Het OMT adviseert om aan het versoepelen van de intelligente lockdown verschillende voorwaarden te stellen: de ic's en het zorgsysteem als geheel moeten de zorg aankunnen; het R-getal moet onder de één zijn; en er moet voldoende capaciteit zijn voor testen en bron- en contactonderzoek. Nieuwe meetinstrumenten kunnen nieuwe uitbraken snel detecteren. Bepaalde rioolwatermetingen kunnen bijvoorbeeld virusdeeltjes opsporen. De interactie tussen epidemie en economie is onderwerp van gesprek in het Cathuisoverleg van 5 april. In het overleg schuiven aan minister Hoekstra (Financiën), minister Wiebes (Economische Zaken en Klimaat) en het Centraal Planbureau. Twee dagen later waarschuwt de premier dat we moeten waken voor een schijntegenstelling tussen gezondheid en economie.[183]

Op 5 april brengt Defensie medische apparatuur en medicijnen naar het Caribisch deel van het Koninkrijk. Vijf dagen later vertrekt een vlucht met medische hulpmiddelen om meer ic-plekken te kunnen creëren naar Aruba, Bonaire en Curaçao.[184]

Verpleeghuizen ontberen testmateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen
De criteria om in aanmerking te komen voor een test wordt op 6 april gelijkgetrokken voor alle zorgverleners, ongeacht uit welke sector.[185] Het OMT en VWS erkennen dat de bestaande verdeling van beschermingsmiddelen voorbijgaat aan de situatie van isolatie of cohortverpleging in verpleeghuizen en andere sectoren in de VVT.[186] [187] Volgens het OMT zou er – los van sectoren – meer rekening gehouden moeten worden met situaties en handelingen en met aantallen patiënten en medewerkers. Vervolgens gaan diverse partijen werken aan een alternatief plan voor prioritering.[188]

De Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) trekt op 7 april aan de bel over aanhoudende tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen, die de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en verpleeghuizen opzadelen met een dilemma: 'Stoppen we met zorg verlenen of accepteren we het risico dat we onze eigen patiënten besmetten?'; 'Door niets te doen legt de politiek die vraag op de schouders van honderdduizenden zorgprofessionals'.[189] Zorgmedewerkers en bestuurders bevestigen in interviews dit zo te hebben ervaren.

181 Landelijke persconferentie, Rutte en De Jonge, 31-03-2020.
182 Ministerie VWS, 'COVID-19 – Update stand van zaken', 31-03-2020.
183 Landelijke persconferentie, 07-04-2020.
184 https://www.Rijksoverheid.nl/onderwerpen/caribische-deel-van-het-koninkrijk/nieuws/2020/04/10/30-beademingsapparaten-medicijnen-en-beschermingsmateriaal-voor-zorg-corona-patienten-naar-aruba-bonaire-en-curacao
185 Tweede Kamer, 2019-2020, 25295 nr. 219, 7 april 2020
186 OMT, 'Advies na 63e OMT COVID-19', 06-04-2020.
187 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 219
188 Overleg crisisteam, GGD GHOR 7 april 2020
189 E. Timmer, 'Noodkreet: 'We laten zorgpersoneel aan lot over'', *De Telegraaf*, 06-04-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De signalen vanuit verpleeghuizen over tekorten aan testen en persoonlijke beschermingsmiddelen én over de impact van de sluiting, bereiken ook de politiek en de media. Op 8 april debatteert de Tweede Kamer met de minister van VWS.[190] Een Kamerlid: 'Buiten het zicht van de intensive care voltrekt zich inmiddels een stille ramp.' 'In de verpleeghuizen is een continu gebrek aan beschermingsmiddelen. Het aantal besmettingen groeit enorm. De eenzaamheid is groot.'[191] Ook de media spreken over een 'stille ramp' in verpleeghuizen: 'ouderen gaan één-voor-één dood.'[192] [193] Een betrokkene van V&VN vindt het geen stille ramp, maar een 'te lang genegeerde ramp' en vraagt ook aandacht voor de veiligheid van de zorgmedewerkers. 'Het applaus, de attenties en de heldenstatus; het is allemaal gebakken lucht zonder datgene wat we het hardst nodig hebben: de persoonlijke beschermingsmiddelen. Wij willen die middelen, en ze zijn er gewoon niet. Wij kennen ook die beelden uit Italië van al die verzorgers die te veel blootgesteld zijn aan het virus. Als we niets doen gaan we dood, en onze bewoners zullen als eersten gaan.'[194]

Volgens het RIVM is bij 900 van de 2.500 verpleeghuizen minimaal één besmetting met het virus ontdekt.[195] De ICCb noemt dit aantal op 9 april zorgwekkend en benoemt de angst bij personeel van verpleeghuizen voor besmetting, de politieke en maatschappelijke onrust om besmettingen in verpleeghuizen en gebrek aan beschermingsmiddelen voor zorgverleners.[196] Op 10 april laat de overheid het beleid los om tot maximaal twee bewoners met een positieve testuitslag per verpleeghuisafdeling te testen.[197]

190 Plenair verslag, 'Tweede Kamer, 67e vergadering Woensdag 8 april 2020', 08-04-2020, https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/detail/2019-2020/67.
191 F. Weeda en J. Wester, 'Coronavirus verspreidt zich snel in verpleeghuizen', *NRC Handelsblad*, 08-04-2020.
192 F. Weeda en J. Wester, 'Coronavirus verspreidt zich snel in verpleeghuizen', *NRC Handelsblad*, 08-04-2020
193 NOS, 'Stille ramp in verpleeghuis: 'De ouderen gaan hier één-voor-één dood', 10-04-2020, https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2330102-stille-ramp-in-verpleeghuis-de-ouderen-gaan-hier-een-voor-een-dood [geraadpleegd op 11-10-2021].
194 S. Kamerman en J. Wester, 'Groeiend verzet bij verpleeghuispersoneel', *NRC Handelsblad*, 10-04-2020.
195 NVIC, 'Technische briefing: 8 april 2020', 08-04-2020.
196 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 09-04-2020.
197 Verenso, 'COVID-19: (behandel)advies voor SO verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen', 10-04-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Nieuwe verdeelsleutel voor schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen: meer mondmaskers naar de niet-acute zorg

Niet alleen de testcapaciteit is beperkt, ook zijn er te weinig persoonlijke beschermingsmiddelen zoals mondkapjes. Landen strijden erom. Zolang de persoonlijke beschermingsmiddelen schaars zijn, moeten noodgedwongen keuzes worden gemaakt. Het OMT adviseert bijvoorbeeld op 6 maart 2020 dat de betere FFP2-maskers alleen gebruikt mogen worden op de ic bij risicovolle handelingen bij COVID-patiënten. De nadruk ligt tot 11 april op het bevoorraden van de ic's met de FFP2-maskers.

In het OMT van 17 maart komt voor het eerst aan de orde dat extra aandacht nodig is voor beleid rond persoonlijke beschermingsmiddelen in de sector voor ouderenzorg. In een eerste verdeelmodel vanaf 21 maart kregen de ROAZ'en van VWS de opdracht om 10% van de beschermingsmiddelen te reserveren voor de langdurige zorg. Uitgaande van de uitgangspunten van het RIVM zijn in verpleeghuizen geen 'formele' tekorten aan beschermingsmiddelen. Maar in de praktijk worden ze wel ervaren: "Mondkapjes mochten niet standaard gedragen worden en continu veranderden de richtlijnen omtrent de hulpmiddelen. Eerst moesten we FFP2-mondkapjes dragen bij een van besmetting verdachte bewoner, vervolgens was een chirurgisch mondmasker ook voldoende en alleen als je langer dan een kwartier binnen anderhalve meter van een besmette bewoner kwam. Soms moesten we een volledig pak dragen, om op andere dagen met blote armen een coronapatiënt te moeten verzorgen. Als er al schorten waren, dan moesten we ze hergebruiken (…) Het liefste hadden we gehad dat ons eerlijk werd verteld dat er niet genoeg beschermingsmiddelen beschikbaar waren." – zorgmedewerker verpleeghuis

Op 11 april publiceert de overheid, in afstemming met zorgpartijen, een nieuw verdeelmodel voor persoonlijke beschermingsmiddelen dat op 13 april in werking treedt.[198] [199] Het oude verdeelmodel ging uit van sectoren, waardoor ziekenhuizen (acute zorg) meer kregen dan bijvoorbeeld verpleeghuizen (niet-acute zorg). Het nieuwe model is een verdeling op basis van besmettingsrisico's bij bepaalde behandelsituaties.[200] Het effect is dat nu meer middelen dan voorheen naar de ouderenzorg gaan, waaronder chirurgische mondmaskers.[201]

Deze nieuwe verdeelsleutel maakt duidelijk dat het kabinet de prioriteiten in het beleid verbreedt van acute zorg naar óók niet-acute zorg. Contactberoepen buiten de zorg, zoals de politie, zijn in deze verdeelsleutel niet betrokken. Met de nieuwe verdeelsleutel is uiteraard de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen zelf nog niet opgelost. Het blijft knellen.

198 Rijksoverheid, 'Factsheet verdeling PBM', 11-04-2020.
199 Rijksoverheid, 'Nieuw verdeelmodel beschermingsmiddelen', 11-04-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/11/zorgpartijen-akkoord-met-nieuw-verdeelmodel-beschermingsmiddelen [geraadpleegd op 11-10-2021].
200 Rijksoverheid, 'Nieuw verdeelmodel beschermingsmiddelen', 11-04-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/11/zorgpartijen-akkoord-met-nieuw-verdeelmodel-beschermingsmiddelen [geraadpleegd op 11-10-2021].
201 Van Dissel 'COVID-19: Technische briefing Tweede Kamer 16 april 2020', 16-04-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

In het Catshuisoverleg van 11 april komt voor het eerst het aanpassen van de nationale crisisstructuur aan de orde. In de NCTV-presentatie 'Van sprint naar marathon' is de huidige fase de 'sprint', waarin de crisis wordt bestreden op basis van adviezen van het RIVM. Het voorstel is om over te stappen op een projectorganisatie: de 'marathon'.[202]

Diezelfde dag schrijft de minister van VWS een marktconsultatie uit voor een corona-app.[203] Hij wil slimme apps, die helpen bij bron- en contactopsporing als iemand besmet blijkt te zijn. De privacy van deelnemers moet daarbij geborgd zijn. Op 14 april hebben 750 partijen gereageerd. Snel komt er vanuit burgerrechtenorganisaties, wetenschap en de Tweede Kamer kritiek op de ontwikkeling van deze apps. De maatschappelijke, technologische en juridische dimensies van dergelijke apps zouden niet zijn doordacht. Er zijn klachten over te veel haast en gebrek aan waarborgen. Wetenschappers vrezen voor schijnveiligheid. Vanwege de vele vragen die er leven, organiseert de Tweede Kamer half april een hoorzitting over de apps.[204] Op 18 en 19 april worden zeven apps getest tijdens een zogenaamde 'appathon'.[205] Op 20 april adviseert de Gezondheidsraad het kabinet ongevraagd over 'Apps als onderdeel van de exitstrategie'.[206]

Bij kwetsbare ouderen verspreidt het coronavirus zich asymptomatisch en verlopen besmettingen atypisch, aldus vertegenwoordigers van de ouderenzorg in het OMT van 14 april. Dit nemen ze waar in de praktijk en het wordt bevestigd door onderzoek.[207] [208] De vertegenwoordigers van de ouderenzorg benadrukken tijdens de OMT- bijeenkomst de noodzaak van een breder testbeleid en preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Het OMT benadrukt in het uiteindelijke advies het belang van goede infectiepreventiemaatregelen in de verpleeghuizen en aandacht voor algemene hygiënemaatregelen, zoals handen wassen, ontsmetten en niet dragen van sieraden. Volgens het OMT is preventief gebruik van beschermingsmiddelen bij bewoners die geen (verdenking op) COVID-19 hebben 'niet nodig en gelet op de aanhoudende schaarste ook niet wenselijk'.[209]

202 NCTV, 'Catshuis 11 april 2020, doorkijk naar besluitvorming 21 april', 11-04-2020.
203 Rijksoverheid, 'Oproep om mee te denken over apps', 11-04-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/nieuws/2020/04/11/oproep-om-mee-te-denken-over-apps [geraadpleegd op 11-10-2021].
TenderNed, 'Uitnodiging slimme digitale oplossingen Corona', 11-04-2020, https://www.tenderned.nl/tenderned-tap/aankondigingen/192421 [geraadpleegd op 11-10-2021].
204 NOS, 'Kamer wil hoorzitting over corona-app: 'Dit is niet zomaar een hamerstuk', 15-04-2020, https://nos.nl/artikel/2330561-kamer-wil-hoorzitting-over-corona-app-dit-is-niet-zomaar-een-hamerstuk [geraadpleegd op 11-10-2021].
R. Zenger, 'Burgerrechtenorganisaties slaan alarm over werkwijze Ministerie Volksgezondheid', 17-04-2020, https://www.bitsoffreedom.nl/2020/04/17/burgerrechtenorganisaties-slaan-alarm-over-werkwijze-ministerie-volksgezondheid/ [geraadpleegd op 11-10-2021].
NPO Radio 1, 'Wetenschappers waarschuwen voor risico's corona-apps', 14-04-2020, https://www.nporadio1.nl/nieuws/binnenland/c569064c-ca53-4292-a500-aed46b0f26af/wetenschappers-waarschuwen-voor-risico-s-corona-apps [geraadpleegd op 11-10-2021].
205 Rijksoverheid, 'Zeven apps doen mee aan publieke test komend weekend', 17-04-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/17/zeven-apps-doen-mee-aan-publieke-test-komend-weekend, [geraadpleegd op 11-10-2021].
206 Gezondheidsraad, 'COVID-19: Apps als onderdeel van een exitstrategie', 20-04-2020, https://www.gezondheidsraad.nl/over-ons/nieuws/2020/04/20/covid-19-apps-als-onderdeel-van-een-exitstrategie [geraadpleegd op 11-10-2021].
207 M.G.M. Olde Rikkert, et al., 'Atypisch beeld van COVID-19 bij oudere patiënten', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 08-04-2020.
208 A. Kimball, et al., 'Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility — King County, Washington, March 2020', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 03-04-2020.
209 OMT, 'Advies na 64e OMT COVID-19', 15-04-2020 OMT advies 14 april 2020

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De ic-bezetting daalt

Een overheidsanalyse van 15 april laat zien dat de ic-bezetting daalt en dat omliggende landen de eerste maatregelen versoepelen.[210] In economische zin dreigt volgens planbureaus de zwaarste recessie in jaren. Het beeld in de samenleving is dat de druk op het kabinet toeneemt om per 28 april versoepelingen aan te kondigen zoals het heropenen van het basis- en voortgezet onderwijs, het toelaten van sportactiviteiten voor de jeugd en het weer aan het werk laten van personen met contactberoepen. De onderwijsminister stelt dat de RIVM-resultaten over verspreiding onder jongeren bekend moeten zijn voordat het onderwijs weer open kan. Het RIVM-onderzoek naar besmettingsgevaar voor kinderen loopt op dat moment nog. Leraren maken zich volgens de Algemene Onderwijsbond grote zorgen over de veiligheid en gezondheid als de scholen weer opengaan.[211] Ministeries wijzen op mogelijke fricties tussen sectoren, zeker wanneer de ene sector open mag en de andere sector nog gesloten blijft.

Op 16 april zegt het RIVM dat de bezoekregeling effect lijkt te hebben op het aantal verpleeghuizen waar sprake is van besmettingen. Binnen locaties waar sprake is van besmettingen, neemt het aantal nieuwe besmettingen nog wel toe. Doordat er nu voldoende testcapaciteit is om patiënten en medewerkers in verpleeghuizen te testen, kan er meer inzicht komen in het verloop van het virus in de verpleeghuizen, aldus het RIVM.[212] Tijdens het Kamerdebat op 16 april belooft de minister van VWS na te denken over de bezoekregeling. Hij hoopt dat daarbij veiligheid is te combineren met een goede kwaliteit van leven.[213]

Op 17 april wordt het OMT verzocht VWS te adviseren over het onder strikte voorwaarden toestaan van bezoek in verpleeghuizen. Het OMT adviseert op 20 april de bezoekregeling nog niet aan te passen. Het schat namelijk in dat bezoek de kans vergroot op introductie en verspreiding van het virus en op besmetting van kwetsbare personen. Het adviseert kleinschalige pilots met versoepelingen. De uitkomsten kunnen als basis dienen voor landelijk beleid.[214]

In hetzelfde advies van 20 april gaat het OMT in op de transitiestrategie. Het noemt een aantal doelen van die strategie: beperking van de verspreiding van het virus, geen overbelaste zorg, beperking van de mogelijk schadelijke gevolgen van maatregelen voor de maatschappij en behouden van breed draagvlak voor de maatregelen. Hier wordt voor het eerst zichtbaar dat het OMT de maatschappelijke impact meeneemt in zijn advies.

Premier Rutte: 'Duivelse dilemma's'

Het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO)[215] en de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) denken op 21 april verder over de maatregelen.[216] Ze wegen ook andere disciplines dan COVID-zorg mee. Het IAO spreekt van een 'integrale afweging', de MCCb van een 'proportionaliteitsafweging'. 's Avonds geeft de premier

210 NKC, 'VWS omgevingsanalyse COVID-19', 15-04-2020.
211 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 20-04-2020.
212 Technische Briefing Tweede Kamer door RIVM, presentatie Covid-19, 16 april 2020.
213 Plenair verslag Tweede kamer, 68e vergadering, 16 april 2020
214 OMT, 'Advies na 65e OMT COVID-19', 20-04-2020.
215 NCTV, 'Verslag IAO COVID-19', 21-04-2020.
216 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 21-04-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

een persconferentie samen met de OMT-voorzitter. 7,8 miljoen mensen kijken ernaar.[217] De premier schetst de belangen van de gezondheidszorg en de andere maatschappelijke belangen: 'En ik zeg het maar ronduit: we staan daarbij voor duivelse dilemma's. En daar heb ik ook zelf de afgelopen dagen enorm mee geworsteld.' Het komt erop neer dat de situatie nog heel fragiel is maar dat er voorzichtig ruimte komt. Zo kunnen per 11 mei de basisscholen gedeeltelijk open en het speciaal onderwijs, de kinderopvang en de buitenschoolse opvang helemaal. Ook kunnen kinderen dan weer buiten sporten. De andere maatregelen blijven echter tot 19 mei bestaan. Evenementen zoals popfestivals en wedstrijden in het betaald voetbal waren al verboden tot 1 juni; dit wordt 1 september, aldus de premier.

De volgende dag zijn er reacties in de media. De evenementenbranche is niet verrast maar wel teleurgesteld over de verlenging van het verbod.[218] Wel biedt het, zo zegt de branche, voor de zomerperiode duidelijkheid. De voorzitter van het LCPS en de voorzitter van het NVIC vinden dat de maatregelen eerder versoepeld kunnen worden dan 20 mei.[219]

Motie Tweede Kamer op 22 april: oproep tot bredere advisering naast het OMT

Op 22 april is er een debat in de Tweede Kamer over de maatregelen. Partijen uit zowel de coalitie als de oppositie dringen er opnieuw op aan dat het kabinet zich ook laat adviseren door experts uit andere wetenschappelijke disciplines. Het OMT bestaat uit experts uit de medische wetenschap, maar dat is volgens Tweede Kamerleden – gezien de impact van de maatregelen – te beperkt.[220]

In reactie op de bijdragen van verschillende Kamerleden over de noodzaak voor een bredere advisering, zegt premier Rutte dat hij naast het OMT niet een soort economische club wil: 'Je moet steeds vanuit de verspreiding van het virus kijken naar wat er mogelijk is aan ruimte. Tegen die achtergrond moet je vervolgens bekijken hoe je dat het beste kunt organiseren. Wat hebben we tot nu toe daarvoor gedaan? We gebruiken wel heel veel deskundigheid van het SCP, het CPB en alle bekende afkortingen en goede mensen die daarachter zitten, en ook de werkterreinen van de ministeries. Inmiddels is er ook een denktank gevormd door Mariëtte Hamer, de SER-voorzitter. Die heeft alle kennisinstituten bij elkaar gebracht: het CPB, DNB, het SCP, het CBS, de WRR, allerlei andere raden zoals Clingendael en de Onderwijsraad, Kroonleden, sociale partners, om na te denken over de economische en sociale gevolgen, ook daarbij de departementen betrekkend.'

Uiteindelijk neemt de Tweede Kamer unaniem een motie aan van coalitiepartij ChristenUnie.[221] Daarin verzoekt de Kamer de regering te overwegen om, naast het

217 http://www.kijkonderzoek.nl
218 Leeuwarder Courant, 'Festivals reageren op maatregelen: 'We hebben nu wel zekerheid'', 22-04-2020, https://lc.nl/cultuur/Festivals-reageren-op-maatregelen-We-hebben-nu-wel-zekerheid-25590613.html [geraadpleegd op 11-10-2021].
219 NOS, ''Chef beddenplanning': versoepeling coronamaatregelen eerder mogelijk', 22-04-2020, https://nos.nl/artikel/2331379-chef-beddenplanning-versoepeling-coronamaatregelen-eerder-mogelijk.html; N. Klaassen, 'IC-chef Gommers: 'Mensen kunnen heel goed tegen slecht nieuws'', 24-04-2020 [geraadpleegd op 11-10-2021].
220 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 289.
221 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 289.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

OMT, ook andere experts te laten adviseren via bijvoorbeeld een Impact Management Team. Een dergelijk team kan het kabinet vanuit een breder perspectief adviseren over de transitiestrategie en de sociale en economische effecten van de crisismaatregelen. Het bevat bijvoorbeeld een gedragswetenschapper, een bedrijfseconoom, een ethicus, een adviseur voor internationale samenwerking, een pedagoog en een psycholoog.

Deze unaniem aangenomen motie markeert dat de teneur in het land aan het veranderen is. Waar eerst de steun voor de maatregelen de boventoon voerde, is de bevolking nu veel kritischer aan het worden over de maatregelen, gezien de grote impact op de samenleving. Het R-getal daalt immers, zo is de gedachte.

Ook nertsen krijgen corona

In Noord-Brabant wordt in deze periode bij een routinecontrole van overleden dieren op een nertsenfokkerij ontdekt dat daar nertsen zijn met COVID-19.[222] Hierover laat de minister van LNV aan de Tweede Kamer weten dat het volgens het RIVM geen risico oplevert voor de volksgezondheid.[223] Vanaf dat moment zal COVID-19 steeds vaker opduiken bij nertsen op fokkerijen.

In de week na het Kamerdebat zwelt de kritiek op het overheidsbeleid aan. Verschillende personen noemen in de media het beleid te eenzijdig en te weinig transparant. Een voormalig hoofd van het RIVM zegt: *'Het idee achter het OMT is dat ze op basis van de medische gegevens advies geven. Maar er moeten bij zo'n crisis niet alleen medische afwegingen gemaakt worden, maar ook maatschappelijke en bestuurlijke afwegingen.'* De voorzitter van VNO-NCW snapt dat het de afgelopen weken vooral over de gezondheid ging en minder over de gevolgen voor de economie, maar vindt nu dat er ook breder gekeken moet worden.[224] Oud-politicus Jan Terlouw (D66) schrijft in een ingezonden brief: *'De kritiek op de adviezen groeit, vooral omdat er zo weinig bekend wordt gemaakt over de grondslagen, de feitelijkheden, de onderzoeken waarop de adviezen berusten.'*[225]

De maatregelen drukken op de samenleving. Hoewel een klein deel van de burgers door alle maatregelen juist minder stress ervaart en gelukkiger is, spelen angst, stress en somberheid in april-mei een rol onder grofweg een derde van bevolking.[226] Omdat er zorgen zijn over de mentale gezondheid, start in de week van 26 april een campagne via sociale media en radiospots over kindermishandeling, partnergeweld en ouderenmishandeling.

222 Universiteit Wageningen, 'Vragen en antwoorden over de COVID-19 besmetting bij nertsen', 11-11-2020, https://www.wur.nl/nl/Onderzoek-Resultaten/Onderzoeksinstituten/Bioveterinary-Research/show-bvr/Vragen-en-antwoorden-over-de-COVID-19-besmetting-bij-nertsen.htm [geraadpleegd op 11-10-2021].
Animal rights, 'Nertsen & corona – tijdlijn 2020', 01-07-2020, https://www.animalrights.nl/nertsen-corona-tijdlijn-2020 [geraadpleegd op 11-10-2021].
K. Saris en E. de Vos, 'Extreem gevoelig; Corona: Besmettingen op nertsenfokkerijen', 07-04-2020, https://www.groene.nl/artikel/extreem-gevoelig [geraadpleegd op 11-10-2021].
223 Ministerie van LNV, 'Infectie van nertsen met SARS-CoV-2', 26-04-2020.
224 NKC, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 27-04-2020.
225 *NRC Handelsblad*, 28-04-2020. Zie ook NKC, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 28-04-2020.
226 SCP, *Maatschappelijke gevolgen van corona. Verwachte gevolgen voor de psychische gezondheid* (juli 2020), p. 7.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

In het Veiligheidsberaad van 28 april bespreekt de secretaris-generaal van het ministerie van Justitie en Veiligheid de transitiestrategie om van een beslisstructuur speciaal voor crises over te stappen op een reguliere beslisstructuur. Hij verwacht dat het kabinet de nationale crisisstructuur kan afschalen eind mei. Met de nieuwe reguliere beslisstructuur wil het kabinet de aanpak van het virus, dat centraal blijft staan, beter combineren met perspectieven van sociaaleconomische en sociaal-maatschappelijke aard. In hetzelfde overleg vertelt de minister van Justitie en Veiligheid dat er een 'spoedwet' komt. Die biedt een goede wettelijke basis voor maatregelen die lange tijd zullen gelden en waarborgt hun democratische legitimiteit, aldus de minister.[227]

VWS vraagt het OMT advies over een voorstel voor gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling in verpleeghuizen. Dit voorstel is opgesteld na overleg met ouderenorganisaties en cliëntenorganisaties. Ze willen 11 mei starten met één locatie per GGD-regio waar – onder voorwaarden – één vaste bezoeker per bewoner mag komen.[228] Op 4 mei adviseert het OMT dienovereenkomstig. Vervolgens komt er voor de sector een routekaart.[229] ActiZ, Zorgthuisnl, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso, V&VN en NIP formuleren een handreiking voor praktische invulling van de bezoekregeling.[230] De Academische Werkplaatsen gaan de bezoekregeling monitoren.[231]

Het draagvlak voor de maatregelen neemt af

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) komt op 3 mei met een adviesrapport voor regering en parlement, getiteld '(Samen)leven is meer dan overleven. Breder kijken en kiezen in tijden van corona'. Ondertussen neemt onder de bevolking het draagvlak voor de maatregelen af.[232] De helft van de Nederlanders vindt het volgens een onderzoekbureau steeds moeilijker zich aan de maatregelen te houden en jongeren, die volgens het RIVM weinig risico lopen bij besmetting met het virus, hebben daarmee de meeste moeite. De angst voor het virus neemt af en de zorgen over de economie groeien, aldus een ander onderzoeksbureau.[233]

Volgens diverse onderzoeken hebben veel Nederlanders angst voor de toekomst.[234] Zzp'ers en flexwerkers – ook wel 'de nieuwe groep kwetsbaren' genoemd – en jongeren ervaren stress uit angst voor financieel-economische gevolgen. Ook huisartsen zien meer stress-gerelateerde klachten. De 'rek' begint eruit te raken, mensen willen meer ruimte en ondernemers willen weten wat het perspectief is, zo is de teneur in het land. Op 28 april demonstreren circa 150 mensen in Den Haag, niet alleen tegen de coronamaatregelen maar ook tegen 5G en tegen vaccinaties. Op Bevrijdingsdag demonstreren honderden mensen tegen de lockdown in Amsterdam, Utrecht en Den Haag. In Den Haag houdt de

227 Veiligheidsberaad, 'Verslag Veiligheidsberaad' 28-04-2020.
228 Voorstel voor een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling in verpleeghuizen, VWS. 2 mei 2020
229 11 mei 2020: proef met 26 verpleeghuizen verdeeld over regio's volgens voorwaarden 'pilot' - 25 mei: aantal verpleeghuizen onder dezelfde voorwaarden uitbreiden (naar schatting de helft van de verpleeghuizen met al hun locaties) - 15 juni: alle verpleeghuizen in Nederland maximaal 1 bezoeker per bewoner (mits geen besmettingen) - 15 juli: alle verpleeghuizen meer dan 1 bezoeker per bewoner (mits geen besmettingen)
230 ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, et al., *Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd* (mei 2020).
231 H. Verbeek, D.L. Gerritsen, R. Backhaus, et al., 'Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being', *National Library of Medicine*, 21-07-2020.
232 NKC, 'omgevingsanalyse COVID-19', 28-04-2020.
233 Peiling onderzoeksbureau Citizens, mei 2020.
234 Onderzoek van de EUR, VU Amsterdam, Kieskompas en de Gemeente Rotterdam.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

politie tachtig betogers aan. Volgens de media zijn er binnen het kabinet inmiddels twee kampen: sommigen willen sneller heropenen, anderen zijn behoudender.[235]

De oproep van de Tweede Kamer tot bredere advisering beantwoordt de minister van VWS op 6 mei in een Kamerbrief. Het kabinet kiest ervoor niet zelf een adviescollege in te stellen maar zal gebruikmaken van een 'drietal relevante recente initiatieven':

- De 'Denktank Coronacrisis', met sociale partners, het Centraal Planbureau, het Sociaal en Cultureel Planbureau, het Centraal Bureau voor de Statistiek, De Nederlandsche Bank, de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Clingendael en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, een initiatief van SER-voorzitter Hamer.
- Het 'COVID-19 overleg Planbureaus en RIVM', met het Sociaal en Cultureel Planbureau, het Centraal Planbureau en het Planbureau voor de Leefomgeving.
- De 'Advisering lokaal domein; tijdelijke adviesgroep sociaal-maatschappelijke gevolgen COVID-19', met vertegenwoordigers uit het lokaal bestuur, sociale wetenschappers, de minister van Justitie en Veiligheid en de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, een initiatief van burgemeester Halsema van Amsterdam.

Deze groepen geven hun adviezen gevraagd en ongevraagd, aldus de minister. 'Het kabinet heeft alle drie de groepen gevraagd zo mogelijk in de loop van mei een eerste briefadvies af te geven over die punten die zij zelf relevant achten om nu met spoed onder de aandacht van het kabinet te brengen', zo staat in de Kamerbrief.[236]

Mondkapjes wel of niet?

Mondkapjes in de publieke ruimte vormen een heet hangijzer: Aan de ene kant geeft het OMT geen eenduidig advies hierover, maar aan de andere kant neemt de druk toe ze breed in te zetten in de exitstrategie.[237] [238] [239] OV-bedrijven eisen de inzet van mondkapjes én duidelijkheid van het kabinet over wie wel en wie niet met het openbaar vervoer mag. Volgens de sector is bij een OV-bezetting van 50 procent de anderhalve meter afstand niet haalbaar. Die zou moeten worden teruggeschroefd naar één meter. Beelden uit het buitenland over de (verplichte) inzet van mondkapjes voeren de druk op.

235 C. Dollen en L. de Jonge, 'Tachtig anti-lockdownactivisten aangehouden bij demonstratie in Den Haag', 05-05-2020.
236 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 200
237 Zie diverse omgevingsanalyses van het NKC vanaf derde week april.
238 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 06-05-2020.
239 OMT, 'Advies na 66e OMT COVID-19', 04-05-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De persconferentie van 6 mei 2020. Een keerpunt in de crisis: versoepelingen
Premier Rutte en minister De Jonge geven op 6 mei weer een persconferentie. Ze kondigen aan dat er vanaf 11 mei stapsgewijs meer ruimte komt, leggen uit wat de versoepelingen zijn en presenteren een zogeheten 'routekaart'.[240]

De samenleving staat volgens de premier voor een precaire afweging: 'Omdat voorzichtigheid nu beter is dan spijt achteraf. Want dat is wel echt de winstwaarschuwing die geldt voor alles wat we vandaag zeggen: we kunnen Nederland alleen van het slot halen als iedereen zich verstandig blijft gedragen en zich aan de gedragsregels blijft houden. Ik kan dat niet genoeg benadrukken.'

Het coronavirus zal, aldus De Jonge, pas niet meer allesbepalend voor onze samenleving zijn als er een vaccin is. Dit betekent dat we langere tijd zullen moeten leven met het virus. Na die uitbraakfase, zo zegt hij, zijn we nu in de overgangsfase gekomen, waarna we toe moeten naar een controlefase. De Jonge: 'Nu testen we de volgende groepen als ze klachten hebben: ouderen en mensen met onderliggende ziektes, zorgmedewerkers, jeugdtrainers. Vanaf vandaag komen daar de leraren en de medewerkers uit de kinderopvang bij, per 11 mei de contactberoepen, en vanaf 18 mei ook de mantelzorgers en het personeel in het openbaar vervoer, de politie, de marechaussee en andere handhavers. In juni - en we streven naar 1 juni - kan iedereen in ons land met klachten kan worden getest.' Het kabinet intensiveert het bron- en contactonderzoek. Mensen die besmet zijn gaan in thuisquarantaine.

De versoepelingen die Rutte presenteert, zijn onder andere: per 11 mei kunnen de contactberoepen weer aan de slag, zoals kappers, schoonheidsspecialisten, pedicures en opticiens. Ook mogen vanaf 11 mei de bibliotheken open. In het ov is vanaf 1 juni een mondkapje verplicht. Per 1 juni gaan het voortgezet onderwijs en de terrassen open. Op 1 juli volgen bioscopen, restaurants, cafés en culturele instellingen. Per 1 september zijn de sportscholen, sauna's, sportkantines, coffeeshops, casino's en sekswerkers aan de beurt.

De bezoekregeling in de verpleeghuizen wordt stapsgewijs versoepeld, aldus De Jonge. Op 11 mei starten 26 verpleeghuizen met een proef om één vaste bezoeker per bewoner toe te laten.

Deze persconferentie, die 7 miljoen kijkers[241] trekt, vormt een keerpunt in de crisis. Het markeert het moment waarop het kabinet de weg naar het versoepelen van de maatregelen inzet.

240 Landelijke Persconferentie, 06-05-2020.
241 NKC, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 07-05-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Direct na de persconferentie is er een piek van ruim 6 miljoen bezoekers op de website van de Rijksoverheid. De poster 'Stap voor stap – Wat kan wanneer?' wordt ruim 45 duizend keer gedownload. Bij de kappers ontstaat een run op de boekingen: massaal willen mensen van hun coronakapsel af. Dit keer krijgt de premier na de persconferentie niet de lovende woorden die hij anders kreeg. Op sociale media heersen vragen en onduidelijkheid. Hoe zit het met pretparken? Hoe zit het met bezoek aan verpleeghuizen? Wanneer mag ik dierbaren weer knuffelen? Mag ik nu meer mensen thuis ontvangen? Mogen evenementen nu vanaf 1 september of pas vanaf 1 januari 2021? En: Hoe zit het met de mondkapjes?

Tijdens de technische briefing van de Tweede Kamer op 7 mei noemt de OMT-voorzitter de inzet van mondkapjes in het openbaar vervoer een politieke keuze. Diezelfde dag is er een debat in de Tweede Kamer.[242] Premier Rutte gaat dan in op zorgen over het breed gebruik van mondkapjes: Blijven er wel genoeg over voor de zorg? Hij zegt: 'Hoe voorkom je dat toch de mondkapjes voor de zorg worden gebruikt? Nou, daarover gaan we allemaal *voorlichten*. We gaan zeggen: doe het niet en blijf eraf. En als het toch gebeurt, dan gaan we zoeken naar een manier om dat te handhaven. Gratis mondkapjes uitdelen: dat gaan we niet doen. De mondkapjes die nodig zijn voor het openbaar vervoer kunnen mensen zelf maken dan wel kopen. We zullen alle informatie daarover beschikbaar stellen. De verwachting is niet dat die kosten nou echt prohibitief zijn.'

Kamerleden snijden in het debat andere onderwerp aan. Zo zegt een Kamerlid dat veel mensen worstelen met eenzaamheid en met angst voor dreigend ontslag of faillissement als gevolg van de coronacrisis. Hij vraagt aandacht voor deze problemen en voor suïcidepreventie. Deze hulpverlening is van grote waarde, erkent De Jonge. Daarom wordt er departementaal nauw contact onderhouden met 113 Zelfmoordpreventie, zo zegt hij.

'Vermijd drukte'

Nu de versoepelingen aanstaande zijn, verandert de communicatieboodschap van de Rijksoverheid van 'Blijf thuis' naar 'Vermijd drukte'. Een week na de persconferentie start een jongerencampagne met influencers. Uit peilingen tussen 30 maart en 17 mei blijkt dat burgers over het algemeen de coronamaatregelen accepteren. Het draagvlak voor hygiënemaatregelen, zoals het wassen van de handen, is het grootst. Over het verbod op bezoek in verpleeghuizen is meer verdeeldheid.[243]

Reagerend op een adviesaanvraag van VWS adviseert het OMT om de heropening van bepaalde sectoren, zoals sauna's en wellnesscentra, niet te vervroegen.[244] Het BAO en het IAO nemen dit advies over. Ze adviseren de MCCb deze sectoren niet eerder te openen dan gepland en de routekaart aan te houden. De MCCb beslist op 27 mei echter anders: sauna's, wellnesscentra en sportscholen mogen eerder openen en wel op 1 juli.[245]

242 Verslag en stukken via: https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details?date=07-05-2020.
243 Nivel, 'Draagvlak coronamaatregelen verschilt per bevolkingsgroep, maar blijft onder alle groepen groot', 09-06-2020, https://www.nivel.nl/nl/nieuws/draagvlak-coronamaatregelen-verschilt-bevolkingsgroep-maar-blijft-onder-alle-groepen-groot [geraadpleegd op 11-10-2021].
244 OMT, 'Advies na 68e OMT COVID-19', 25-05-2020.
245 Zie verslagen van IAO, 26-05-2020, ICCb, 27-05-2020, BAO 26-05-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Onrust, kritiek en tegenslag
In de samenleving wordt het onrustiger. Vanaf eind mei komt de actiegroep Viruswaanzin – vanaf augustus Viruswaarheid geheten – met demonstraties tegen verschillende coronamaatregelen. Opiniemakers roeren zich. Op de Dam in Amsterdam is op 1 juni een anti-racismedemonstratie. Deze leidt tot grote ophef omdat de demonstranten geen anderhalve meter afstand houden.

Ook is er kritiek op de legitimiteit van alle afgekondigde maatregelen met boetes en verboden. Voorzitters van veiligheidsregio's hebben taken van burgemeesters overgenomen en kondigen noodverordeningen af. Ze worden daarbij niet gecontroleerd door een democratisch gekozen orgaan, zoals een gemeenteraad. Gemeenteraden worden door de voorzitters van tijd tot tijd wel (schriftelijk) geïnformeerd, maar er wordt niet over de verordeningen gedebatteerd en gestemd. Dit zorgt voor 'juridische spanning'. Juristen wijzen op conflicterende grondrechten en conflicten met de Grondwet.[246] Om de werkwijze met noodverordeningen te vervangen, werkt de minister van JenV aan een Coronaspoedwet. Ook over die wet leven veel zorgen. Onder andere de Nederlandse Vereniging voor Raadsleden, de Nederlandse Orde van Advocaten, burgemeesters, wethouders en de Nationale Ombudsman roeren zich in het debat.[247]

De zorgen over nertsen nemen ondertussen toe. Eind mei meldt de minister van LNV dat nertsen het virus toch kunnen overdragen op de mens.[248] Het aantal besmette bedrijven – alle gevestigd in Noord-Brabant – is ondertussen opgelopen tot zeven. Op 6 juni begint de ruiming van het eerste nertsenbedrijf door de NVWA.[249]

Meer versoepelingen in zicht
Er komen meer versoepelingen in zicht. Begin juni krijgt het RIVM de resultaten van het onderzoek naar kinderen. De conclusie is dat de basisscholen, zoals gepland, vanaf 8 juni volledig open kunnen. Vanwege druk uit de samenleving kondigt de minister van VWS op 3 juni een versoepeling aan voor de verpleeghuizen.[250] [251] Vanaf 15 juni – een maand eerder dan gepland – kunnen alle verpleeghuizen weer open voor meer dan één vaste bezoeker per bewoner, mits die minimaal 14 dagen vrij zijn van besmettingen. Dit kan, aldus de minister van VWS, omdat het aantal nieuwe besmettingen in de verpleeghuizen afvlakt en omdat de sector zelf verantwoorde handvatten heeft opgesteld.[252]

In de verpleeghuizen heerst een dubbel gevoel over de nieuwe bezoekregeling. Volgens zorgorganisaties kost een versoepeling tijd. Zorgmedewerkers, mantelzorgers en bestuurders zijn blij dat er weer bezoek mag komen en zien de positieve impact op

246 Centrum voor Postacademisch Juridisch Onderwijs, 'We zullen steeds vaker horen dat de overheid coronamaatregelen misbruikt', 19-05-2020, https://www.ru.nl/cpo/verderdenken/columns/overheid-coronamaatregelen-misbruikt/ [geraadpleegd op 11-10-2021].
Advocatenblad, 'Bestrijding corona gaat ten koste van democratische rechtsstaat', 04-06-2020, https://www.advocatenblad.nl/2020/06/04/bestrijding-corona-gaat-ten-koste-van-democratische-rechtsstaat/ [geraadpleegd op 11-10-2021].
247 R. Sandee, 'Spoedwet loopt mogelijk vertraging op na scherpe kritiek', *Gemeente.nu*, 09-06-2020.
248 Kamerbrief LNV, 'Stand van zaken onderzoek COVID-19 naar nertsenbedrijven', 19-05-2020.
249 Kamerstukken II 2019/20, 28 286, nr. 1103.
250 'Beeld voor BTCb 27 mei', 27-05-2020.
251 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 27-05-2020.
252 Kamerbrief VWS, 'COVID Update stand van zaken', 03-06-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

bewoners. Maar er is ook angst vanwege het grotere risico op besmetting.[253] Daarbij is er sociale druk om bezoek toe te laten. Zorgmedewerkers moeten soms als politieagent optreden omdat bezoekers zich niet houden aan de voorwaarden, zoals anderhalve meter afstand en mondkapjes.[254]

2.5 Vanaf juni: Nederland ontspant en het virus rukt weer op

Van crisisbesluitvorming naar reguliere besluitvorming: de nationale crisisstructuur eindigt

Over het proces om de nationale crisisstructuur af te schalen wordt al sinds april nagedacht. Op 30 mei spreken kabinetsleden in het Catshuis met de NCTV over het vervangen van de crisisbesluitvorming door reguliere besluitvorming. Samengevat zegt hij: Crisisbesluitvorming past bij snel beslissen en communiceren in een instabiele situatie. Het risico daarbij is dat beslissers niet alle relevante aspecten meenemen en dat besluiten onvoldoende worden gedragen. De nadelen van crisisbesluitvorming gaan meer en meer wegen, nu het steeds meer gaat over vraagstukken voor de lange termijn. In een nieuwe fase moet het wel mogelijk zijn om weer tijdelijk naar crisisbesluitvorming op te schalen als de situatie daarom vraagt.[255]

Een week later op 5 juni 2020, besluit de ministerraad de nationale crisisstructuur te vervangen door een reguliere beslisstructuur.[256] In de lopende crisisstructuur beslissen ICCb en MCCb, waarna er een persconferentie volgt. In de nieuwe, reguliere structuur beslist de nieuwe Ministeriële Commissie COVID-19 (MCC-19), ondersteund door de nieuwe Programma-DG Covid-19. Het doel van deze verandering is, aldus de premier, om integraler te beslissen over de pandemiebestrijding, waarbij zowel medische als economische als sociale en maatschappelijke belangen aan bod komen.[257] Op 9 juni start de nieuwe, reguliere structuur met een overleg van de nieuwe MCC-19.

Op 24 juni is er nog een laatste overleg in de oude crisisstructuur: de MCCb beslist dan over het maatregelenpakket van 1 juli.[258] In de bijbehorende persconferentie van die dag kondigt premier Rutte verdere versoepelingen aan. Deze persconferentie is de laatste gebeurtenis van de nationale crisisstructuur.

Vanaf eind juni wordt de nieuwe structuur van de DG COVID-19 ingericht en toegepast. Op 26 juni gaan de corona-gerelateerde werkzaamheden van het NKC over naar deze DG COVID-19.

253 H. Verbeek, D.L. Gerritsen, R. Backhaus, et al., 'Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being', *National Library of Medicine*, 21-07-2020.
254 NCTV, 'Verslag IAO COVID-19', 08-06-2020.
255 NCTV, 'Overgang van crisisbesluitvorming naar reguliere besluitvorming', 30-05-2020.
256 Staatscourant 2020, 63 326
257 Landelijke persconferentie, 05-06-2020.
258 Landelijke persconferentie, 05-06-2020.

Evalueren en voorbereiden op een tweede golf
Ondertussen evalueert het LNAZ de werkwijze van ziekenhuizen en ic's gedurende de eerste golf en maakt het een Opschalingsplan COVID-19, gericht op een mogelijke tweede golf. In het plan, dat eind juni af is, ligt de coördinatie in beginsel lokaal, bij de ziekenhuizen. Als de crisis zich verhevigt, verschuift de coördinatie van lokaal naar regionaal (ROAZ'en en RCPS'en) en indien nodig naar landelijk (LCPS).[259]

Ook de VVT-sector evalueert samen met de overheid en de regio's (GGD GHOR) de eerste golf en bereidt zich voor op een eventuele tweede golf.[260] [261] [262] Het LCH en de koepels van de langdurige zorg (Actiz, Zorgthuisnl, VGN, Verenso, NVAVG en V&VN) zien de laatste weken geen signalen meer van tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Het LCH legt een voorraad aan om een nieuwe piek in de vraag ernaar te kunnen opvangen.[263]

De zomerperiode met meer ruimte
De versoepelingen leiden tot een zomer met meer ruimte. Mensen gaan weer op vakantie naar het buitenland. Er zijn discussies over zogenoemde 'gele bestemmingen' (je kunt ernaartoe maar er zijn wel risico's) en 'oranje bestemmingen' (alleen noodzakelijke reizen zijn toegestaan). Mensen die terugkomen uit 'rode', hoog-risicogebieden wordt gevraagd in quarantaine te gaan.[264] Terrassen, restaurants, cafés en culturele instellingen zijn weer open. Vakantieaccommodaties en toeristische attracties zijn beperkt open: mensen vragen zich af 'wat kan wel en wat kan niet?'

De aandacht in de crisisbeheersing gaat in de zomer vooral uit naar handhavingskwesties. Nadat de versoepelingen zijn aangekondigd, houden mensen zich minder aan de gedragsregels. Veiligheidsregio's en burgemeesters zijn druk bezig om de geldende maatregelen, zoals anderhalve meter afstand houden, te handhaven. Zo raken bijvoorbeeld regelmatig parken overvol, waarna gemeentes zich genoodzaakt zien om ze af te sluiten.

259 Opschalingsplan COVID-19 LNAZ, juni 2020.
260 Verslag videoconference met DPG'en, GGD GHOR, 29-05-2020 en 05-06-2020.
261 Verenso, 'Position paper ActiZ, V&VN, Verenso en Zorgthuisnl'. 30-06-2020.
262 Kamerbrief VWS, 'Lessen verpleeghuizen met het oog op een eventuele tweede golf', 16-07-2020.
263 Kamervragen (aanhangsel) 2019/20, nr. 3498
264 De term 'quarantaine' is uit de Franse en Italiaanse taal afgeleid van respectievelijk de telwoorden *quarante en quaranta* (veertig). In de tweede helft van de veertiende eeuw, toen de Pest huishield in Europa, besloten havensteden als Marseille en Venetië dat zeelui op schepen uit pestgebieden veertig dagen in isolatie moesten alvorens ze de stad in mochten. Daar dankt de maatregel zijn naam aan.

Het R-getal loopt op
Het RIVM meldt op 21 juli dat het aantal Nederlandse coronabesmettingen in een week tijd bijna is verdubbeld. Het reproductiegetal (het R-getal) ligt op 1,29 en de bandbreedte van dat getal ligt in zijn geheel boven de 1,0. Voor het R-getal houdt het RIVM een bandbreedte aan, omdat de berekening van het getal onzekerheden kent. Het getal kent op dat moment een bandbreedte van 1,12 tot 1,46. Dat de bandbreedte in zijn geheel boven de 1 ligt is sinds 15 maart niet voorgekomen. Het duidt erop dat de verspreiding van het coronavirus in Nederland weer toeneemt.[265]

Mensen vragen zich af: Is dit het begin van een tweede golf?[266]

Die avond (21 juli) is op tv het oplopende R-getal onderwerp van gesprek. Gedragswetenschappers zeggen dat door de versoepelingen ook de urgentie van de blijvende maatregelen is verdwenen. Ze pleiten voor een duidelijke campagne over de gedragsadviezen. Een OMT-lid, viroloog en adviseur van de WHO, zegt dat landelijk ingrijpen nodig is als de aantallen zich blijven verdubbelen.[267]

Het Red Team meldt zich
De volgende dag schrijft een groep deskundigen een brandbrief aan de premier en de minister van VWS. Ze vinden dat het kabinet 'terstond moet reageren met toepasselijke maatregelen.' Ze adviseren laagdrempelig testen, meer bron- en contactonderzoek, quarantainemaatregelen en gebruik van mondkapjes. Het is de start van het zogeheten Red Team, dat uitgroeit tot een grotere groep wetenschappers die ongevraagd advies geeft aan het kabinet en deze adviezen ook via (sociale) media deelt.[268]

Ook de minister van VWS maakt zich zorgen, zo staat in zijn brief aan de Tweede Kamer van die dag. Hem valt de opleving in de vier grote steden op. Hij roept op om de algemene hygiënemaatregelen goed toe te passen en de reisadviezen van het ministerie van Buitenlandse Zaken nauwlettend te volgen. Ook schrijft hij dat de opleving van het virus vraagt om heldere communicatie: 'De communicatie rond de '5 basisregels voor iedereen' zoals handen wassen en afstand houden, krijgt per direct een nieuwe impuls, onder meer door het inzetten van sociale media. (...) Met gedragsexperts wordt er continu onderzocht hoe moeilijk bereikbare groepen bereikt kunnen worden.' Hij wil, zo schrijft hij, een tweede golf voorkomen en laat daarvoor een dashboard ontwikkelen. Het dashboard wordt gevuld met allerlei indicatoren en data, waardoor het RIVM tijdig uitbraken kan signaleren. Op 5 juni wordt een proefversie van het dashboard actief.[269] Vervolgens kunnen de GGD'en of de veiligheidsregio's adviseren over maatregelen. Signalen zullen, aldus de minister van VWS, altijd opgevolgd worden, lokaal indien mogelijk maar landelijk indien nodig.

265 Cijfers van RIVM.
266 S. Frijters, 'RIVM bezorgd: aantal nieuwe besmettingen de afgelopen week fors toegenomen', *De Volkskrant*, 21-07-2020.
267 'Verspreiding coronavirus in Nederland neemt toe', tv-uitzending Nieuwsuur, 21-07-2020.
268 Red Team, brief aan minister-president en minister van VWS, 22-07-2020, via: https://www.c19redteam.nl/adviezen.
269 Rijksoverheid, 'Proefversie coronadashboard gereed', 05-06-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/06/05/proefversie-coronadashboard-gereed [geraadpleegd op 11-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

'Nee mensen, het kan niet'

Op dezelfde dag (22 juli) spreekt de minister van JenV via een persconferentie Nederland toe. Hij zegt onder meer: 'Ik vind dat dit echt als een hele ernstige waarschuwing moet zijn (sic) aan iedereen die denkt: ach het kan wel. Nee mensen, het kan niet.' En: 'Het is op dit moment geen reden tot strengere maatregelen, maar dit is wel een overduidelijk teken dat we ons allemaal beter aan de basisregels moeten houden.' De minister van JenV krijgt de vraag of de strategie niet te veel uitgaat van 'hoop dat mensen hun gedrag aanpassen'. Hij is het daar niet mee eens: 'Ik denk dat op elke straat in Nederland kan iedereen, en trouwens ook in heel veel binnenruimtes kan iedereen anderhalve meter uittellen. (...) Geen concessie mensen op die anderhalve meter. Want alles laat zien dat dat een van de belangrijkste, mag ik het zo zeggen, wapens is tegen COVID-19.'[270]

Eind juli komen vele Nederlanders terug van vakantie uit het buitenland. Daar hebben ze andere maatregelen meegemaakt, met bijvoorbeeld mondkapjesplicht, en dat roept vragen op. Het ministerie van VWS vraagt daarom aan het OMT, dat op 28 juli weer bijeenkomt, advies over de mondneusmaskers. Het OMT zegt in zijn advies dat op grond van de huidige stand van wetenschap mondkapjes weinig zin hebben; daarentegen is anderhalve meter afstand houden wel effectief. Niet-medische mondmaskers vindt het OMT te overwegen als het niet mogelijk is om anderhalve meter aan te houden en je niet kunt weten of mensen negatief getest zijn op het virus. Een verplichting tot het dragen van mondneusmaskers acht het OMT een politieke keuze. Daarnaast adviseert het OMT dringend om de effectief gebleken maatregelen onder de aandacht van de bevolking te brengen en het aantal gasten thuis te beperken, zodat anderhalve meter afstand ook echt mogelijk is. Mensen nemen namelijk de maatregelen steeds minder in acht. Na samenkomsten in de privésfeer ontstaan er clusters van besmettingen, met name onder jongeren, aldus het OMT.

Het R-getal stijgt door

Op dezelfde dag informeert de minister van VWS de Tweede Kamer met een Kamerbrief. Het aantal positief geteste mensen loopt op, met grote verschillen per regio. Het R-getal is gestegen naar 1,4. Opvallend is het aantal positief getesten in de leeftijd van 20 tot 40 jaar. Wel is het aantal ziekenhuis- en ic-opnames laag. Aanvullende maatregelen acht hij vooralsnog niet nodig, omdat het bron- en contactonderzoek deze maand al opgeschaald is en de GGD'en sinds 1 juni veel meer testfaciliteiten hebben.[271]

Ondertussen houdt slechts 20 procent van de reizigers zich bij terugkomst uit een risicogebied aan de quarantaineregels.[272] België, Frankrijk en Duitsland gaan uit voorzorg reizigers bij aankomst op vliegvelden testen. Op Schiphol opent op 12 augustus een teststraat, waar mensen zich op vrijwillige basis kunnen laten testen.

Het kabinetsbeleid leidt tot kritiek. Burgemeesters vinden het appèl van de minister van JenV op handhaving zinloos: 'Een groot deel van de bevolking volgt de coronaregels niet meer op en bestuurlijk is de overheid niet goed voorbereid op de ontwikkelingen die zich nu aandienen.'[273] Op 2 augustus stuurt het Red Team een open brief aan de

270 Persconferentie minister van JenV, 22-07-2020.
271 Kamerbrief VWS, 'Ontwikkelingen COVID-19', 28-07-2020, kenmerk 1727616-208575-PG.
272 BAO, 'Afstemmingsoverleg 30 juli', 30-07-2020.
273 Veiligheidsberaad, 'Verslag Veiligheidsberaad', 29-07-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

premier en de minister van VWS met 'georganiseerde kritische tegenspraak' en adviezen die zich richten op 'snelle en maximale inspanning om het virus de kop in te drukken'.[274] De maatschappelijke roep om mondkapjes blijft luider worden. Vanaf 5 augustus is het dragen van een mondkapje op basis van lokale regelgeving verplicht in drukke delen van Amsterdam en Rotterdam. In tegenstelling tot diverse andere Europese landen kiest Nederland ervoor om geen nationale mondkapjesplicht in te voeren.

Aanvullende maatregelen
Premier Rutte spreekt op 6 augustus met minister De Jonge, de voorzitter van het Veiligheidsberaad en de burgemeesters van Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Tilburg over lokale en nationale maatregelen. Daarna kondigt hij in een persconferentie aan dat het kabinet de introductieweken van studenten beperkt en dat klanten zich bij de horeca verplicht moeten gaan registreren. Zo'n twee weken later, op 18 augustus, gaat het kabinet een stap verder. Minister De Jonge schrijft dan aan de Tweede Kamer 'Ook deze week blijft er sprake van een zorgelijke ontwikkeling rond het aantal besmettingen. Dit vraagt om regionale maatregelen waar dat kan, ondersteund met landelijke maatregelen om de trend van een toenemend aantal besmettingen te keren'. Diezelfde avond houden Rutte en De Jonge een persconferentie. Ze roepen de bevolking op om zich aan de maatregelen en adviezen te houden en geven het 'dringende advies' om thuis het aantal gasten tot maximaal 6 te beperken. De aanwezige journalisten stellen vragen over de maatregelen: 'Moeten er niet veel meer stappen worden gezet?' Rutte antwoordt met 'Ik denk dat dit een verstandige lijn is'.[275]

Eind augustus verschijnen in de media foto's van de huwelijksceremonie van de minister van JenV, waaruit blijkt dat hij de maatregelen niet goed heeft nageleefd.[276] Het nieuws komt op het moment dat de premier net heeft opgeroepen om het vooral met familiefeestjes en sociale contacten rustig aan te doen, omdat het daar met de besmettingen harder gaat dan verwacht. Media verwijzen naar de opmerking van de minister in maart, toen hij jongeren asociaal noemde omdat zij zich niet aan de regels hielden.

Eind augustus spreekt het OMT van stabilisatie: het R-getal was op 7 augustus 1,01. Wel stijgt het aantal ziekenhuis- en ic-opnames licht. Op dat moment is nog niet bekend dat het R-getal eind augustus alweer 1,44 is.[277] De ministers Schouten en De Jonge melden op 28 augustus aan de Kamer dat ze de corona-uitbraak bij nertsen niet onder controle krijgen. 42 bedrijven in Noord-Brabant, Gelderland en Limburg zijn nu besmet. Daarom besluit het kabinet dat de nertsenhouderijen verplicht vervroegd moeten stoppen. De nertsen zouden namelijk een coronareservoir kunnen gaan vormen met risico's voor de volksgezondheid.[278]

274 ACC-19 verslag, 6 augustus 2020.
275 Landelijke persconferentie, 18-08-2020.
276 Parlementaire redactie, 'Grapperhaus: spijt van momenten zonder gepaste afstand', *De Telegraaf*, 27-08-2020.
277 Verslag ACC-19, 27 en 31 augustus 2020.
278 Kamerbrief VWS, 'Stand van zaken SARS-CoV-2 bij nertsen, OMT-Z advies en voorgenomen beleid nertsenhouderij', 28-08-2020, kenmerk 1738602-209596-PG.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Risico's bij verpleeghuizen

Met de toename van verspreiding in juli en augustus lopen ook de risico's voor de verpleeghuizen op. De WHO-richtlijn van 5 juni om in gebieden met brede transmissie van het virus alle zorgmedewerkers mondmaskers te laten gebruiken, is in Nederland nog niet overgenomen.[279] Het onderzoek naar verspreiding van COVID-19 in de Nederlandse verpleeghuizen – in april gestart door AmsterdamUMC, Verenso, Nivel en Actiz – bevestigt in de loop van de zomer dat daar veel a- en presymptomatische verspreiding plaatsvindt. Op grond van de onderzoeksresultaten en een daarop gebaseerd voorstel vanuit de sector adviseert het OMT op 27 augustus: Laat medewerkers preventief persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken als besmettingen in de omgeving van de instelling toenemen en ga dan breder testen. Dit verlaagt de kans dat het virus binnenkomt. [280]

Op 1 september: lessen delen van de eerste golf

Gedurende de eerste golf heeft het virus volgens het CBS geleid tot circa 10.000 coronadoden.[281] In augustus zijn sessies met deskundigen georganiseerd om lessen en ervaringen uit de eerste golf naar boven te halen. Begin september deelt de minister van VWS deze 'lessons learned' met de Kamer. Er zijn drie belangrijke lessen. Ten eerste is voor maximale controle 'goed inzicht' nodig door vroeg te signaleren, te testen en te traceren. Ten tweede is het belangrijk maatregelen gericht te nemen. Daarvoor zijn nu de taken tussen landelijk, regionaal en lokaal niveau beter verdeeld. Ten derde is het belangrijk om gezamenlijk vol te houden. Specifieke doelgroepen hebben steun en goede praktische informatie nodig. De minister van VWS schrijft dat de situatie kwetsbaar is: 'We moeten ons voorbereiden op een tweede golf maar vooral: alles in het werk stellen om deze te voorkomen'.[282]

279 WHO, 'Advice on the use of masks in the context of COVID-19: interim guidance, 6 April 2020', (06-04-2020).
280 OMT-advies, 27 augustus 2020.
281 CBS, '10 duizend coronadoden tijdens eerste golf van de pandemie', 01-10-2020, https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/40/10-duizend-coronadoden-tijdens-eerste-golf-van-de-pandemie [geraadpleegd op 11-10-2021].
282 Kamerbrief VWS, 'Lessons Learned Covid-19', 01-09-2020, kenmerk 1736332-209353-PG.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Inhoud

Samenvatting

Beschouwing

Aanbevelingen

Lijst van afkortingen en begrippen

Inleiding

Sectie I
De feiten en gebeurtenissen tot september 2020

1
Stelselbeschrijving in het kort

2
Reconstructie tot september 2020

Sectie II
Analyse van de crisisaanpak

3
De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis

4
De crisisorganisatie

5
De besluitvorming

6
De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid

7
De verpleeghuizen

Sectie III
Synthese en conclusies

8
Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact

9
Conclusies

10
Aanbevelingen

Bijlagen

SECTIE II ANALYSE VAN DE CRISISAANPAK

Deze analysesectie bestaat uit vijf hoofdstukken, die ieder ingaan op een specifiek aspect van de aanpak van de coronacrisis in de periode tot september 2020.

Hoofdstuk 3 analyseert hoe Nederland was voorbereid op een grote infectieziektecrisis. De focus ligt op de voorbereidingen vanuit het ministerie van VWS; het RIVM; de GGD'en en de veiligheidsregio's. Ook aan de orde komt in hoeverre de impact op de samenleving in de voorbereidingen was meegenomen. Uit de voorbereidingen zijn twee verklaringen voor de aanpak naar voren gekomen: de voorbereiding was gebaseerd op het verleden en de prioriteit voor infectieziektebestrijding fluctueerde.

Hoofdstuk 4 bespreekt de crisisorganisatie. Aan de orde komt allereerst in hoeverre landelijke sturing mogelijk was binnen een 'genetwerkt' veld als de gezondheidszorg. Het tweede onderwerp is de nationale crisisstructuur, die gaandeweg de eerste golf is omgezet naar een programmastructuur specifiek voor corona. Het hoofdstuk analyseert hoe die nationale crisisstructuur paste bij de coronacrisis, hoe de structuur is aangepast en wat daarin wel of niet heeft gewerkt, bijvoorbeeld bij het op- en afschalen. Ten derde is geanalyseerd hoe beleid al dan niet samenkwam met de uitvoering ervan.

Hoofdstuk 5 gaat in op drie factoren die bijdroegen aan de genomen crisisbesluiten: het perspectief van infectieziektebestrijding; het omgaan met onzekerheid; en de vraag in hoeverre bijsturing mogelijk was door interne controlemechanismen en kwaliteitswaarborgen. Ook de interactie tussen deze drie factoren komt aan bod.

Hoofdstuk 6 analyseert de landelijke crisiscommunicatie. Aan de orde komen werkwijze, uitvoering en specifieke uitdagingen gedurende de periode tot september 2020. Het hoofdstuk beschrijft en verklaart kwetsbaarheden in de communicatie-aanpak.

Het laatste hoofdstuk 7 in deze analysesectie gaat in op de verpleeghuizen. Het hoofdstuk bespreekt de maatschappelijke implicaties van de sluiting van verpleeghuizen. Geanalyseerd is vervolgens hoe de positie van verpleeghuizen in de besluitvorming veranderde en hoe in de verpleeghuizen de hygiëne en infectiepreventie zich ontwikkelde.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie II Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

3 DE VOORBEREIDING OP EEN GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTECRISIS

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis in Nederland. Het beschrijft hoe Nederland er qua voorbereiding voor stond eind 2019 (3.1), welke ontwikkelingen rondom pandemieën en infectieziektebestrijding hieraan ten grondslag liggen (3.2) en wat het verklaarbaar maakt dat de voorbereiding is gegaan zoals deze is gegaan (3.3). Hierbij is – in het licht van de coronacrisis – ook gekeken naar in hoeverre de voorbereiding rekening hield met de impact ervan op de samenleving.

Verantwoordelijk voor en betrokken bij de voorbereiding op een infectieziekte-uitbraak zijn een aantal sleutelpartijen: het ministerie van VWS, het RIVM, de GGD'en en de veiligheidsregio's.[283] Daarom is de analyse in dit hoofdstuk gefocust op de voorbereiding vanuit deze partijen. Vanuit dit perspectief zijn afstemmingslijnen meegenomen met anderen, zoals internationale partijen, partijen in de zogenoemde 'algemene kolom' (nationale crisisstructuur), en lokale partijen (zoals ziekenhuizen en huisartsen)[284].

3.1 Stand van zaken in Nederland eind 2019

Onder voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis wordt in dit onderzoek verstaan: de activiteiten die voorafgaand aan een crisis (de zogenoemde 'koude fase') zijn ondernomen om tijdens een grootschalige infectieziektecrisis (de 'warme fase') de verspreiding en de effecten van de infectieziekte te bestrijden. In de voorbereiding op een crisis is het van belang om een stelsel en een (crisis)structuur op orde te hebben, crisisprocessen te hebben ingericht, te oefenen en het netwerk te versterken.[285] Daarom zijn hierna de volgende onderdelen van de voorbereiding in beeld gebracht:

1. de inrichting van het stelsel voor infectieziektebestrijding;
2. de draaiboeken en plannen voor de aanpak van een pandemie;
3. oefeningen tussen 2016 en 2019 en het leren van oefenen; [286]
4. het netwerk van betrokken partijen rondom infectieziektebestrijding.

De onderstaande beschrijving van deze vier onderdelen geeft geen complete weergave van wat er in totaliteit internationaal, nationaal en regionaal is uitgewerkt of uitgevoerd rondom de voorbereiding op pandemieën. Er is ingezoomd op de aspecten in de

283 Zie hoofdstuk 1 met de stelselbeschrijving voor verdere toelichting.
284 Zorginstellingen hebben wettelijke verantwoordelijkheden met betrekking tot voorbereiding op inzet in opgeschaalde situaties.
285 Met netwerk wordt bedoeld: de contacten die partijen hebben met ketenpartners in en buiten de regio en de bekendheid met elkaars taken en verantwoordelijkheden.
286 Voor het onderzoek zijn de oefeningen van de periode 2016-2019 bij partijen opgevraagd, omdat deze oefeningen overwegend gebaseerd zijn op de meest recente draaiboeken en daarom het meeste zeggen over de stand van zaken eind 2019.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

voorbereiding die van specifiek belang waren in de coronacrisis, zoals omvang en duur van een crisis en schaarste.

De inrichting van het stelsel voor infectieziektebestrijding

Hoofdstuk 1 beschrijft de rollen en taken van alle betrokken partijen in het stelsel van infectieziektebestrijding. Deze paragraaf gaat in op drie aspecten van het stelsel die van belang zijn voor de voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis, te weten: de relatie tussen rijk en regio bij een A-ziekte, de verschillen tussen afzonderlijke regio's onderling, en de inrichting van het zorgstelsel met een decentraal, regionaal-georiënteerd karakter.

Relatie rijk-regio

Het bestuur van een veiligheidsregio zorgt volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) voor de voorbereiding op de regionale bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A.[287] Een crisisplan legt de organisatie en de taken en bevoegdheden in het kader van een dergelijke epidemie vast. De veiligheidsregio stelt het plan vast in overeenstemming met het algemeen bestuur van de GGD.[288] In geval van een uitbraak van een infectieziekte uit groep A geeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) volgens de wet leiding aan de bestrijding en kan hij de voorzitter van een veiligheidsregio opdragen hoe die de bestrijding ter hand moet nemen. De daadwerkelijke uitvoering van de bestrijdingsmaatregelen gebeurt primair door GGD'en en de reguliere gezondheidszorg.[289] Hoe de leidinggevende rol van de minister van VWS bij de bestrijding in de praktijk vorm krijgt, is niet expliciet uitgewerkt in de hand- en draaiboeken. Voordat de coronapandemie uitbrak, had een minister van VWS nooit eerder gebruik gemaakt van de leidinggevende bevoegdheid richting veiligheidsregio's.

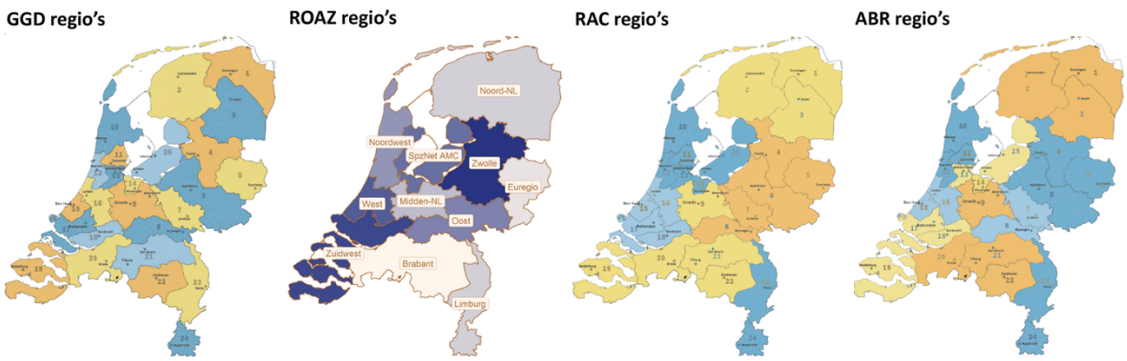
De verantwoordelijkheden voor de bestrijding van een A-infectieziekte zijn in het stadium van de voorbereiding dus regionaal belegd, terwijl tijdens een uitbraak de minister van VWS de leiding heeft. Er bestaat in deze structuur geen landelijke partij die op operationeel/logistiek niveau de schakel vormt tussen het ministerie van VWS en de veiligheidsregio's en/of GGD'en. Hoewel het RIVM door VWS is aangewezen als coördinerend orgaan richting GGD'en, gaat dit in de praktijk met name over inhoudelijke richtlijnen en maatregelen, zoals het opstellen en naleven van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding-richtlijnen. GGD GHOR Nederland, waarin de directeuren publieke gezondheid (DPG'en) van GGD'en vertegenwoordigd zijn, heeft als vereniging geen formele doorzettingsmacht om een gezamenlijke, gestroomlijnde aanpak op te leggen aan de leden.

Verschillen tussen regio's

In Nederland bestaan 25 GGD-regio's. Iedere GGD heeft een eigen bestuur bestaande uit wethouders van de deelnemende gemeenten, die ieder hun eigen bevoegdheden hebben. In de praktijk betekent dit dat GGD'en qua structuur verschillend ingericht zijn, er in iedere regio andere prioriteiten of aandachtspunten zijn en de besturen gewend

287 Artikel 6 lid 2 Wpg. Naast het in eind januari 2020 in deze categorie ingedeelde coronavirus (2019-nCov) vallen er vijf (groepen van) ziekten in deze categorie: pokken, polio, SARS, MERS en virale hemorragische koorts (zoals Ebola of Marburg).
288 Artikel 8 lid 1-3 Wpg.
289 RIVM, *RIVM-Centrum Infectieziekte-bestrijding -Strategie 2016-2021* (maart 2017).

zijn om politiek gelegitimeerd op lokaal niveau eigen keuzes te maken. Doordat iedere veiligheidsregio, in samenspraak met GGD, verantwoordelijk is voor de eigen voorbereiding op infectieziektebestrijding, verschilt de aanpak per regio. Dit kan botsen met de landelijke verantwoordelijkheid van de minister van VWS bij de bestrijding van een A-ziekte. Als er sprake is van een A-ziekte is eenduidig beleid nodig en kunnen GGD'en niet meer afzonderlijk het eigen beleid bepalen. Bovendien is Nederland op vier verschillende manieren ingedeeld in regio's. Er bestaan 25 GGD-regio's (gelijk aan de 25 veiligheidsregio's); de ROAZ-netwerken zijn verdeeld over 11 regio's in Nederland; de Regionaal Arts Consulenten (RAC), die vanuit het RIVM de verbinding naar de regio's vormen, zijn verdeeld over 7 regio's; en daarnaast zijn in Nederland tien regionale zorgnetwerken ingesteld voor antibioticaresistentie (ABR). Het werken met 25 GGD-regio's en daarnaast andere indelingen in regio's maakt het creëren van een gezamenlijke aanpak van de voorbereiding op een regio-overstijgende pandemie voor beleidsmakers op voorhand complex.



Figuur 3.1: Verschillende regio-indelingen in Nederland.[290]

Gedecentraliseerde organisatie van het zorgstelsel

Binnen het zorgstelsel zijn de ziekenhuizen (zorgaanbieders) verantwoordelijk voor het leveren van adequate zorg, ook tijdens een uitbraak van een A-ziekte. Dit betekent dat ziekenhuizen en andere zorginstellingen op dit punt verantwoordelijk zijn voor de voorbereiding op een infectieziekte-uitbraak. Zij dienen hier een crisisplan voor te hebben. Zorgaanbieders in een regio kunnen onderling afspraken maken over de organisatie van de zorg in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) in voorbereiding op het moment dat de zorgvraag hoog kan worden. Ook kan de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) coördinerend optreden ten tijde van een crisis en kunnen zorgaanbieders betrokken worden bij de voorbereiding.

Nederland kent een zorgstelstel met gereguleerde marktwerking. In de Zorgverzekeringswet is geregeld op welke wijze ziekenhuizen betaald worden voor hun diensten. Het ministerie van VWS is stelselverantwoordelijke en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht. In dit stelsel hebben de zorgpartijen door het decentrale karakter, de geschiedenis en de marktwerking veel autonomie. Die autonomie geldt ook bij de voorbereiding op crises.

290 Bronnen van de afbeeldingen: Open Geodata, PUC Open Data, rivm.nl (geraadpleegd op 4 maart 2021).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De draaiboeken en plannen voor de aanpak van een pandemie

In de loop der jaren hebben betrokken partijen draaiboeken en plannen op het gebied van infectieziektebestrijding opgesteld, met als doel om in de beginfase van een uitbraak of crisis goed te weten wat hen te doen staat. In onderstaande tabel zijn de verschillende draaiboeken en plannen van overheidspartijen opgenomen die relevant zijn ten tijde van een infectieziektecrisis.[291]

Nationaal niveau		
Draaiboek	**Partij**	**Inhoud/doel**
Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming[292]	Ministerie van Justitie en Veiligheid	Beschrijving van het algemene crisisbeheersingsstelsel op nationaal niveau
Departementaal Handboek Crisisbeheersing[293]	Ministerie VWS	Beschrijving van de inrichting en werkwijze van de VWS crisisorganisatie
Nationaal Crisisplan Infectieziekten[294]	Ministerie VWS	Beschrijving van verantwoordelijkheden van andere departementen bij de uitbraak van een infectieziekte A en hoe de samenwerking tussen departementen goed kan plaatsvinden
Draaiboek Infectieziekte[295]	Ministerie VWS	Ondersteuning van beleidsmedewerkers en inzichtelijk maken van het bestuurlijk proces dat plaatsvindt bij een infectieziektecrisis

291 Er zijn daarnaast ook vele regionale draaiboeken die omwille van hun aantal niet zijn opgenomen in deze tabel. Verder bestaan er nog vele draaiboeken en plannen op het gebied van crisisbeheersing die niet specifiek over infectieziekten gaan. Hier zijn op nationaal niveau alleen de draai- en handboeken van de nationale crisisorganisatie en die van het ministerie van VWS benoemd.
292 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016).
293 Ministerie van VWS, *Departementaal Handboek Crisisbeheersing* (november 2016).
294 Ministerie van VWS, *Nationaal Crisisplan Infectieziekten* (2014).
295 Ministerie van VWS, *Draaiboek Infectieziekte* (augustus 2018).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Regionaal niveau		
Draaiboek	**Partij**	**Inhoud/doel**
Generiek operationeel draaiboek infectieziektebestrijding[296]	Opgesteld door LCI/RIVM, aan GGD'en om te specificeren	Beschrijving van processen zoals opschaling, verdere maatregelen, monsterafname, contactonderzoek, communicatie en afschaling. Het draaiboek is generiek opgesteld, zodat het op zoveel mogelijk situaties toepasbaar kan zijn
Operationeel draaiboek / Opschalingsplan Infectieziektebestrijding	Opgesteld door alle GGD'en	Regionale uitwerkingen van het LCI Generiek draaiboek Infectieziektebestrijding
GGD-rampenopvangplan (GROP)[297]	Opgesteld door alle GGD'en, vaak samen met de GHOR	Beschrijving van verantwoordelijkheden voor het organiseren van publieke gezondheid ten tijde van rampen en crises
Regionaal crisisplan	Opgesteld door alle 25 veiligheidsregio's	Beschrijving van de organisatie en de taken en bevoegdheden tijdens een crisis

Alle plannen en draaiboeken geven omschrijvingen van de verschillende rollen en verantwoordelijkheden binnen de betreffende organisatie ten tijde van een crisis. Ook beschrijven de meeste plannen hoe de kritische processen van crisisbeheersing tijdens een crisis worden ingevuld.[298] De plannen en draaiboeken die specifiek over infectieziekten gaan, geven allen een vergelijkbare definitie van een infectieziektecrisis: die maakt duidelijk dat een uitbraak – potentieel – gepaard gaat met een ernstige bedreiging of beschadiging van de gezondheid en discontinuïteit van zorg en van de vitale infrastructuur. Het crisisplan van het ministerie van VWS geeft daarnaast aan dat een infectieziektecrisis ook tot gevolg kan hebben dat mensen hun reisgedrag moeten aanpassen.

Waar de draaiboeken en plannen op nationaal niveau vooral beleidsmakers voorbereiden op de werking van besluitvorming en samenwerking, gaan de regionale draaiboeken vooral in op de verantwoordelijkheid voor het organiseren van de publieke gezondheid. Het gaat daarbij om het identificeren, diagnosticeren en behandelen van patiënten en de maatregelen ter voorkoming van verdere virusverspreiding (isolatie, quarantaine, bron-en contactonderzoek).

Alle draaiboeken en plannen voorzien in de mogelijkheid dat er tijdens een infectieziektecrisis sprake zou kunnen zijn van schaarste aan zorgpersoneel of middelen

296 RIVM, 'Generiek draaiboek', https://lci.rivm.nl/draaiboeken/generiek-draaiboek [geraadpleegd op 08-10-2021].
297 GGD GHOR Nederland, 'Wat doet GGD GHOR Nederland', https://ggdghor.nl/home/over-ons/ [geraadpleegd op 08-10-2021].
298 De kritische crisisbeheersingsprocessen zijn melding en alarmering, opschaling, leiding en coördinatie, informatiemanagement, en crisiscommunicatie.

voor de zorg. Het is dan zaak dat de GHOR wordt ingeschakeld zodra er tekorten dreigen in de regio waar krapte optreedt. Waar de GHOR meer capaciteit vandaan moet halen, staat zelden ergens aangegeven. In sommige draaiboeken en plannen staat dat daar afspraken over gemaakt kunnen worden met aangrenzende regio's. Ze beschrijven niet wat er dient te gebeuren als een infectieziektecrisis zorgt voor tekorten in het hele land (of zelfs internationaal). Wel heeft het ministerie van VWS in het *draaiboek infectieziekte* opgenomen wat de afspraken zijn voor het geval er verzoeken om hulpverlening, kennis, professionals of materialen komen vanuit het buitenland.[299]

In de draaiboeken en plannen met betrekking tot infectieziektebestrijding zijn geen concrete scenario's opgenomen waarin wordt omschreven hoe groot een crisis kan worden (in aantallen zieken), of hoe lang een crisis zou kunnen duren, en hoe daar dan mee om te gaan.

Oefeningen tussen 2016 en 2019 en het leren van oefenen

Het landelijk oefenen in voorbereiding op rampen en crises is belegd bij de Nationale Academie voor Crisisbeheersing (NAC), onderdeel van de NCTV.[300] Het programma van de NAC is algemeen van aard. Elk ministerie kiest zelf welke oefeningen het organiseert en kiest ook de eigen aandachtspunten. Naast dit algemene programma heeft het ministerie van VWS in 2018 departementaal geoefend met een scenario van een grote infectieziekte-uitbraak. Doel was om te oefenen met de crisisprocessen en het toetsen van de eigen crisisparaatheid.[301] Er waren geen partijen buiten VWS als deelnemer betrokken. Het ministerie oefende tot op het ambtelijk niveau van de directeur-generaal Volksgezondheid.

In de periode 2016-2019[302] oefenen betrokken partijen ook op regionaal niveau op de aanpak van een grote infectieziekte-uitbraak. Het ministerie van VWS stelt jaarlijks budget beschikbaar aan ROAZ-regio's om met zorgpartijen in hun regio te oefenen. Organisatoren van oefeningen kunnen het RIVM vragen actief mee te denken bij het ontwikkelen van een realistisch scenario. Afgelopen jaren hebben in alle ROAZ-regio's verschillende ketenoefeningen plaatsgevonden met een scenario over een infectieziekte-uitbraak. Uit het merendeel hiervan blijkt dat het oefenen van ketenafstemming een veelvoorkomend doel was. Bij ongeveer een derde van de oefeningen was een partij uit de verpleeg-en verzorgingshuissector (VVT) betrokken. Daarnaast hebben er in de periode 2016-2019 in totaal zes oefeningen plaatsgevonden waarbij het scenario zodanig groot was dat er een uitbraak was die meer dan één ROAZ-regio betrof. Het grootste scenario ging uit van in totaal drie getroffen regio's. Bij andere ketenoefeningen bestonden de verwachte scenario's overwegend uit (relatief) kleine uitbraken die binnen één regio aangepakt zouden kunnen worden. Deze scenario's waren veelal gebaseerd op waargebeurde situaties en ervaringen uit het recente verleden.

299 Ministerie van VWS, *Draaiboek Infectieziekte* (augustus 2018).
300 NCTV, 'Nationale Academie voor Crisisbeheersing', https://www.nctv.nl/onderwerpen/nationale-academie-voor-crisisbeheersing [geraadpleegd op 08-10-2021].
301 Berenschot, *Crisisoefening 'Summer Sickness'* (oktober 2018).
302 In het kader van dit onderzoek zijn de oefeningen geïnventariseerd voor de periode 2015-2019 voorafgaand aan de coronacrisis.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Ketenoefening 'Hollandse Griep' – regio Rotterdam-Rijnmond / Zuid-Holland Zuid[303]

Op 8 en 9 oktober 2019 werd de oefening Hollandse Griep georganiseerd voor zorginstellingen van de veiligheidsregio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid, in opdracht van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) Zuidwest-Nederland. Tijdens de oefening keken deelnemende partijen naar zowel de voorbereiding van de zorginstellingen zelf op een grootschalige epidemie, als de (inter)regionale samenwerking binnen de witte kolom. Er was daarnaast een rol weggelegd voor de GGD'en, de beheersorganisatie van het ROAZ, de veiligheidsregio's Rotterdam-Rijnmond Zuid-Holland Zuid en hun GHOR-bureaus en een aantal gemeenten uit de regio. De oefening had een interregionale focus (tussen twee regio's) en ging niet in op landelijke gevolgen of de afstemming tussen rijk-regio. Het scenario betrof een pandemisch griepscenario dat overal ter wereld en ook in Nederland leidde tot een maatschappij-ontwrichtende crisis, waarbij iedere zorginstelling zijn hoofd boven water probeerde te houden, maar dat niet zelfstandig kon. Er was dus sprake van een lastige en complexe situatie waarmee niemand ervaring had, waardoor betrokkenen op zoek moesten naar de juiste wijze van samenwerken, coördineren en afstemmen.

Het scenario veroorzaakte bij alle aan de oefening deelnemende zorginstellingen problemen op het gebied van zorgcontinuïteit door het grote aanbod van patiënten. Tegelijkertijd ontstonden er problemen met de bedrijfscontinuïteit als gevolg van het hoge verzuim door ziekte en zorgverlof. Het hoge verzuim zorgde ook voor continuïteitsproblemen bij o.a. hulpverleningsdiensten, andere overheidsdiensten en organisaties in vitale sectoren. Dit geheel aan problemen veroorzaakte maatschappelijke ontwrichting. Vanuit vele hoeken gaven deelnemers voor, tijdens en na de oefening aan dat zij binnen en buiten de zorgverleningsketen zelden of nooit zo'n oefening hadden meegemaakt. Dit geeft aan hoe uitzonderlijk het is dat een dergelijke oefening plaatsvond.

De oefening leverde verschillende conclusies en zeven concrete aanbevelingen op. Die hadden onder meer betrekking op de regie van het totale zorgaanbod (cure en care), ketensamenwerking, de taakverdeling tussen het ROAZ en de GHOR, informatievoorziening en crisiscommunicatie. GGD Zuid-Holland Zuid is direct na de oefening aan de slag gegaan met de opvolging van de aanbevelingen, maar werd al snel ingehaald door de coronacrisis. Gedurende de coronacrisis zijn verdere aanbevelingen ook nog opgevolgd, maar wel toegespitst op de werkelijkheid van dat moment.

303 Trimension, '*Evaluatie ketenoefening 8 en 9 oktober 2019: Hollandse Griep (definitief)*'.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Het RIVM heeft in 2007 een Oefenbank Infectieziekten geïntroduceerd, waarin modeloefeningen beschikbaar werden gesteld om GGD'en kennis over oefeningen te laten uitwisselen middels uitgevoerde scenario's.[304] Uit een evaluatie van deze oefenbank in 2013 blijkt dat een aantal GGD'en er gebruik van maakt, maar dat er behoefte was aan het aanbieden van realistische, relevante en actuele scenario's op de oefenbank door de LCI. Daarnaast blijkt uit de evaluatie dat het CIb/LCI GGD'en het beste kon ondersteunen bij oefeningen door verantwoordelijkheid en initiatief te nemen bij grote multidisciplinaire oefeningen, en meer betrokken te zijn bij de opzet en uitvoer van lokale oefeningen door GGD'en zelf. In 2015 besluit het RIVM de oefenbank stop te zetten en zich te focussen op zijn betrokkenheid en inbreng bij multidisciplinaire oefeningen. Als reden hiervoor geeft het RIVM aan dat het liever op een dynamische manier de samenwerking opzoekt dan op een statische manier via een oefenbank. Bovendien werden sinds 2015 multidisciplinaire oefeningen steeds vaker door externe bureaus opgezet en gefaciliteerd, omdat zij ervaring en expertise hebben met het organiseren van grote oefeningen. Hierdoor werden de kant-en-klare scenario's van het RIVM overbodig. Sinds 2015 heeft het RIVM bij meer dan veertig oefeningen op verschillende manieren een bijdrage geleverd.[305]

Alle oefeningen sinds 2015 worden steeds geëvalueerd door de individuele regio's. De oefeningen in de periode 2016-2019 leverden meer dan honderd lessen en aanbevelingen op voor het verbeteren van de infectieziektebestrijding en ketensamenwerking. Uit de bij de Onderzoeksraad bekende informatie blijkt niet dat de lessen breed gedeeld worden met andere mogelijk belanghebbende partijen, maar dat zij vooral binnen de eigen organisatie worden opgepakt.

Uit de evaluaties en op basis van interviews met betrokkenen van de oefeningen van de jaren voor de coronacrisis blijkt dat de oefeningen hebben bijgedragen aan de netwerkvorming op regionaal niveau. Betrokken partijen wisten dankzij de oefeningen van de afgelopen jaren wat ze aan elkaar hadden en ze wisten elkaar makkelijk te vinden binnen de regio.

304 RIVM, 'Infectieziekten Bulletin', jaargang 25, nummer 5, mei 2014.
305 Op verzoek van de OVV heeft het RIVM een overzicht van hun betrokkenheid bij oefeningen aangeleverd.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Het netwerk van partijen rondom infectieziektebestrijding

In de zogenoemde koude fase zijn verschillende partijen op regionaal, interregionaal en landelijk niveau met elkaar in contact om kennis en inzichten over (onder andere) infectieziektebestrijding uit te wisselen en te bevorderen. In onderstaande tabel is een overzicht weergegeven van de overleggremia die zijn ontstaan om het netwerk te onderhouden.

Gremium	Doel	Deelnemende partijen
ROAZ-netwerk (11 netwerken in NL)	Afstemming tussen acute zorginstellingen over het leveren van acute zorg, op initiatief van de elf ziekenhuizen met een traumacentrum functie	Per ROAZ-regio verschillend, maar in ieder geval: ziekenhuizen, ambulancezorg, huisartsen(posten), verloskundigen, GGZ, GHOR, GGD. In enkele regio's ook zorgverzekeraars en/of niet-acute zorginstellingen
Raad van Directeuren Publieke Gezondheid (algemene ledenvergadering GGD GHOR NL)	Afstemmen over publieke gezondheidszorg, zowel op thematisch als organisatorisch niveau	DPG'en van alle 25 GGD'en, voorzitter GGD GHOR NL
Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI)	• Wetenschappelijk verantwoord afspraken maken over de medische inhoud ten behoeve van landelijk uniforme bestrijding van infectieziekten; • Signaleren van problemen binnen de landelijke infectieziektebestrijding en hiertoe actie ondernemen; • Bevorderen en bewaken van de kwaliteit van infectieziektebestrijding.	Vertegenwoordiging van artsen infectieziektebestrijding van GGD'en; adviseurs CIb; GGD GHOR NL; IGJ; vertegenwoordigers LOVI, LCR, LCHV, RAC, DVP, NCVB, NVMM en Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid[306]. Secretariaat wordt ingevuld door de LCI.
Provinciaal Overleg Infectieziekten (POI) (zeven regio's in NL)	Afstemming en uitwisseling van informatie tussen afdelingen infectieziektebestrijding van GGD'en in een regio	Artsen infectieziektebestrijding, GGD'en, Regionaal Arts Consulent (RAC), Regionaal veterinair consulent (RVC), Alimentair consulent (AC)
Platform Preparatie A-ziekten	Het verbeteren van afspraken over de centralisatie van zorg bij A-ziekten tussen alle betrokken partijen, zoals behandelcentra, ambulancezorg, huisartsen en GGD'en	LCI (RIVM), academische ziekenhuizen, perifere ziekenhuizen, vertegenwoordigers van ambulancezorg en huisartsen, GGD'en

306 Het gaat om vertegenwoordigers van het Landelijk Overleg Verpleegkundigen Infectieziektebestrijding (LOVI), het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR), het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV), RAC, medisch adviseurs van de Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's, het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Gremium	Doel	Deelnemende partijen
Programmacommissie infectieziektebestrijding GGD GHOR NL	Afstemming en informatie-uitwisseling op managementniveau over de versterking van thema's binnen de infectieziektebestrijding in de zeven POI-regio's	Portefeuillehouder infectieziektebestrijding GGD GHOR NL; Hoofden Algemene Gezondheidszorg GGD'en; voorzitter LOI, vertegenwoordiger RIVM
Collaborating Centres – RIVM in samenwerking met WHO	Het RIVM[307] werkt intensief samen met de WHO in de vorm van Collaborating Centres (CC). De WHO heeft voor 9 van de 17 CC's het RIVM aangewezen als instituut om de centra te organiseren. Met betrekking tot infectieziektebestrijding ondersteunt het RIVM de volgende CC's: • Antimicrobial Resistance Epidemiology and Surveillance • Infectious Disease Preparedness and IHR monitoring and evaluation • Smallpox Vaccine	N.v.t.

Dit overzicht geeft een beeld van het aantal overleggen en afstemmingen dat plaatsvond op het gebied van infectieziektebestrijding. Uit het onderzoek blijkt dat betrokkenen profijt hebben gehad van deze netwerkvorming en goed met elkaar in contact stonden.

Duiding van de stand van zaken in 2019

Op basis van het voorgaande wordt het volgende geconcludeerd. Vlak voor de coronacrisis waren de betrokken partijen (het ministerie van VWS, het RIVM, de GGD'en) in Nederland voorbereid op kleinschalige en begrensde infectieziekte-uitbraken met gevolgen voor de gezondheidszorg, maar niet op een infectieziekte-uitbraak op de schaal zoals zich tijdens de coronapandemie voltrok.

Nederland beschikt over een stelsel van partijen voor de infectieziektebestrijding die voorbereid worden voor het scenario dat een infectieziekte optreedt. Iedere betrokken partij heeft draaiboeken voorbereid over hoe te handelen tijdens een uitbraak en er bestaat een overlegstructuur om af te stemmen over (de continue versterking van de) infectieziektebestrijding. Betrokken partijen houden via verschillende gremia frequent contact en bovendien oefenen zij in verschillende teams en samenstellingen op het bestrijden en beheersen van infectieziekte-uitbraken. In de draaiboeken en oefeningen wordt overwegend uitgegaan van andere typen infectieziekte-uitbraken dan het type dat zich heeft voorgedaan tijdens de coronapandemie.

Het type scenario waarop betrokkenen zijn voorbereid gaat uit van een andere tijdsduur en ook van een andere geografische en maatschappelijke impact van een infectieziekte-uitbraak dan zich tijdens de coronacrisis voordeed. Zo is in de voorbereiding gefocust op relatief kortdurende uitbraken, zoals bijvoorbeeld een seizoensgriep of een uitbraak die gemakkelijk in te dammen is in Nederland. Ook blijkt uit de geanalyseerde informatie

307 Het RIVM is door het ministerie van VWS aangewezen als national *focal point* (NFP). Zoals vastgelegd in de IHR dient ieder bij de WHO aangesloten land een NFP te hebben.

dat betrokken partijen waren voorbereid op regionale uitbraken, met hooguit een risico op uitbreiding naar een enkele andere regio.

Een landelijk, centraal gestuurde voorbereiding op een grote infectieziekte-uitbraak heeft voor zover bekend niet plaatsgevonden. Er bestaat geen draaiboek dat de samenhang tussen de landelijke en regionale aanpak beschrijft. Deze samenhang is extra complex doordat de 25 GGD-regio's allen op een eigen manier georganiseerd zijn en doordat er geen coördinerende partij bestaat met mandaat om de aanpak tussen rijk en regio te stroomlijnen. Door de huidige inrichting van het zorgstelsel bestaat bovendien geen vanzelfsprekende gezamenlijkheid tussen zorginstellingen.

Kijkend naar de specifieke kenmerken van de huidige coronacrisis, ontbreken er in alle draaiboeken veel zaken die met de kennis van nu opvallen. Denk daarbij aan de mate van opschaling die nodig was voor de GGD'en en de grote hoeveelheid middelen die nodig bleek. Daarnaast focussen betrokken partijen in de voorbereiding op een pandemie enkel op de gevolgen die een pandemie heeft voor de gezondheidszorg, zoals de druk op de ic's en op ziekenhuispersoneel, of het uitvoeren van maatregelen rondom quarantaine en isolatie. Andere gevolgen voor de samenleving die een grootschalige infectieziektecrisis met zich meebrengt, krijgen weinig tot geen aandacht. Slechts enkele draaiboeken of oefeningen benoemen maatschappelijke ontwrichting, zoals het mogelijk sluiten van scholen of schaarste aan middelen.

3.2 De totstandkoming van de voorbereiding op infectieziektebestrijding

Uit de voorgaande paragraaf volgt dat de direct bij infectieziektebestrijding betrokken partijen (het ministerie van VWS, het RIVM, de GGD'en, de veiligheidsregio's) door middel van protocollen, draaiboeken en oefeningen voorbereid waren op regionale infectieziekte-uitbraken met impact op de gezondheidszorg en niet op een grootschalige infectieziekte-uitbraak zoals de coronacrisis, met grote impact op de hele samenleving. Deze paragraaf beschrijft hoe de voorbereiding op infectieziektebestrijding tot stand is gekomen, aan de hand van:

a. de gevolgen van eerdere pandemieën en infectieziekte-uitbraken voor Nederland;
b. ontwikkelingen rond infectieziektebestrijding in de afgelopen decennia;
c. signalen voor een grootschalige infectieziektecrisis.

a. De gevolgen van eerdere pandemieën en infectieziekte-uitbraken voor Nederland
De afgelopen honderd jaar zijn er vele pandemieën en infectieziekte-uitbraken geweest in de wereld. Een aantal daarvan heeft ook in Nederland geleid tot sterfgevallen. Dat leidde tot ontwikkelingen op het gebied van infectieziektebestrijding. Tabel 1 in bijlage D laat een overzicht zien van de uitbraken en de gevolgen ervan voor Nederland. Sinds de Spaanse Griep in de periode 1918-1920 is er geen uitbraak meer geweest die heeft geleid tot maatschappelijke ontwrichting in Nederland. In alle gevallen sindsdien bleek het voldoende om óf regionaal de uitbraak te bestrijden, óf om maatregelen te treffen die nodig waren om de ziekte te bestrijden zonder dat dat leidde tot een impact op de gehele maatschappij. Het ministerie van VWS heeft voor de uitbraken van de afgelopen jaren een aantal malen opgeschaald naar de crisisstructuur, maar nooit een rol gehad die

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

vergelijkbaar was met zijn rol tijdens de coronacrisis. Bij de meest recente pandemie, de Mexicaanse Griep in 2009, was VWS leidend in de besluitvorming.[308] De omvang, de duur en de impact op de samenleving van deze crisis waren veel kleiner dan die van de coronacrisis. Er was voorafgaand aan de coronacrisis in Nederland zeer beperkte ervaring met landelijke of maatschappij-ontwrichtende uitbraken van infectieziekten.

b. Ontwikkelingen rond infectieziektebestrijding in de afgelopen decennia

De afgelopen jaren hebben vele ontwikkelingen plaatsgevonden die relevant zijn voor hoe betrokken partijen bij de infectieziektebestrijding in Nederland voorbereid waren op een pandemie. Tabel 2 in bijlage D toont een overzicht van dergelijke ontwikkelingen die van invloed waren voordat de coronacrisis uitbrak. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat in 1989 de verantwoordelijkheid voor de basisgezondheidsdiensten wordt overgeheveld van het rijk naar de gemeenten (via het gemeentefonds). Vanaf dat jaar is de publieke gezondheid regionaal georganiseerd. Vanaf 2000 vinden er verschillende ontwikkelingen plaats op het gebied van infectieziektebestrijding. Zo wordt, naar aanleiding van onder andere de SARS-epidemie en de opkomende dreiging van bio-terrorisme, in 2004 het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) opgericht, een agentschap van de Europese Unie.[309] De WHO stelt de International Health Regulations (IHR) vast[310] en het Centrum voor Infectieziektebestrijding wordt opgericht.[311] Deze gebeurtenissen in het begin van de 21e eeuw leiden direct tot (internationale) versterking van de organisatie van infectieziektebestrijding. Infectieziektebestrijding krijgt in die periode op zowel internationaal en nationaal niveau veel aandacht en er wordt veel urgentie aan gegeven.

In 2009 krijgt Nederland te maken met de Mexicaanse Griep-epidemie. Er was sprake van een wereldwijde grieppandemie, maar de ziekte bleek een mild verloop te hebben. Uit evaluaties van de Mexicaanse Griep komt onder andere naar voren dat het moeilijk is gebleken om vroeg en snel de impact van een pandemie te kunnen beoordelen en dat het onvermijdelijk is om beslissingen te nemen die vooruitlopen op gegevens van wetenschappelijk onderzoek.[312] Andere getrokken lessen zijn: beleidsmakers moeten helder communiceren over onzekerheden binnen de bestrijdingsstrategie, zij moeten draaiboeken algemener maken, goede netwerken onderhouden en veelvuldig multidisciplinair oefenen.[313] De Mexicaanse Griep leidt in 2011 tot aanpassingen in de Wet publieke gezondheid en in 2014 tot het opstellen van een generiek draaiboek Infectieziekten door de LCI.

Achteraf blijkt de Mexicaanse Griep in 2009 een kantelpunt in de tijd te zijn. In de periode ná de opvolging van de aanbevelingen van de Mexicaanse griep blijken er signalen te komen dat er verbetering nodig is in de voorbereiding op een pandemie. In de periode

308 Berenschot, *Evaluatie Aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1) (de Mexicaanse griep)* (maart 2011).
309 Oprichting ECDC: https://www.europa-nu.nl/id/vh8rh4vq2izt/oprichting_van_een_europees_centrum_voor [geraadpleegd op 26 oktober 2021].
310 De IHR-2005 betrof een revisie van al eerder opgestelde normen in 1969 door de voorloper van WHO. De IHR van 2005 werden in juni 2007 van kracht. De IHR zijn bindend, wat bijzonder is voor dergelijke veelomvattende internationale wetgeving (meestal is het op dat niveau immers vrijblijvender).
311 *Kamerstukken II* 2004/05, 25295, nr. 13.
312 Gezondheidsraad, *Advies: De rol van vaccinatie bij de voorbereiding op een grieppandemie*, 15 december 2011.
313 Berenschot, *Evaluatie Aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1) (de Mexicaanse griep)* (maart 2011); IGZ in samenwerking met IOOV, *GHOR-bureaus tijdens Mexicaanse Griep onvoldoende zichtbaar voor de zorgpartners* (februari 2011).

vóór de Mexicaanse Griep pakken betrokkenen deze signalen veelal op, maar na de Mexicaanse Griep worden deze signalen niet altijd meer in actie omgezet. In 2015 wijst een rapport van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) erop dat de infectieziektebestrijding op dat moment kwetsbaar is.[314] Aanleiding voor dit onderzoek was het feit dat enkele GGD'en bij de IGZ aangaven dat ze niet aan alle deelgebieden van infectieziektebestrijding toekwamen. In 2008 vond een economische crisis plaats, waarvan de effecten nog jaren later gevoeld werden. Deze crisis leidde tot bezuinigingen op gemeentelijke fondsen. Deze bezuinigingen raakten alle domeinen binnen de gemeenten, dus ook de infectieziektebestrijding die onder de GGD'en valt.[315]

Het IGZ-rapport uit 2015 geeft aan dat de bezuinigingen bij enkele GGD'en hebben geleid tot '*concrete tekortkomingen in het netwerk*' van met name de algemene infectieziektebestrijding. Dit zorgde voor risico's op de langere termijn, waardoor in crisissituaties opschalen moeilijker zou zijn. Volgens het rapport moet een GGD, om voorbereid te zijn op grootschalige uitbraken, goed contact hebben met instellingen waar kwetsbare groepen verblijven en met ketenpartners.[316] Bij een uitbraak mag geen tijd verloren gaan door de noodzaak eerst contacten aan te halen en vast te stellen hoe de taken en verantwoordelijkheden zijn verdeeld. Dat zou leiden tot risicovolle vertraging en een minder efficiënte bestrijding. De IGZ constateert in haar rapport dat GGD'en veelal door bezuinigingen, minder (kunnen) investeren in contacten in en buiten de eigen regio. Ook uit interviews die de Onderzoeksraad heeft gevoerd, blijkt dat betrokkenen in de periode voorafgaand aan de coronacrisis gemerkt hebben dat er minder geld beschikbaar was om de infectieziektebestrijding te versterken en te onderhouden.

In het vervolgonderzoek uit 2016[317] stelt de IGZ dat de GGD'en veel tijd hebben gestopt in het weer op orde krijgen van hun netwerk. De GGD'en hebben intensievere, en geformaliseerde contacten met andere GGD'en waardoor ze in staat zijn snel te schakelen bij onverwachte ontwikkelingen en ze kunnen terugvallen op hun buren bij plotselinge schaarste aan personeel. De Inspectie concludeert in haar vervolgonderzoek dat de GGD'en minder kwetsbaar zijn dan een jaar eerder vastgesteld, maar benoemt alleen de aspecten die verbeterd zijn. Het rapport gaat niet in op de tekortkomingen die in het rapport van een jaar eerder gesteld werden. Zo blijkt uit het IGZ-rapport uit 2015 en uit het rapport van GGD GHOR Nederland[318] van hetzelfde jaar over de versterking van de infectieziektebestrijding, dat niet door alle GGD'en aan de VISI normen wordt voldaan. In 2004 is in het kader van het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI) een normering uitgewerkt voor de werkzaamheden op het terrein van de algemene infectieziektebestrijding: de Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding. Deze norm geeft aan hoeveel infectieziekte-artsen,

314 IGZ, *Infectieziekte-en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar* (mei 2015).
315 Hoe groot de bezuinigingen zijn geweest, is niet onderzocht door de Onderzoeksraad. De wijze waarop infectieziektebestrijding werd ingevuld (en gefinancierd) verschilt per regio en er is geen eenduidig beeld beschikbaar van de wijze waarop de gemeentefondsen zijn toegewezen aan infectieziektebestrijding. Ook navraag bij de Algemene Rekenkamer heeft niet geleid tot een feitelijk inzicht in bezuinigingen bij GGD'en in die periode. Van de opgevraagde GGD Benchmarkresultaten uit de periode vanaf 2000 zijn alleen rapporten uit 2017 en 2019 beschikbaar.
316 Ketenpartners zijn: huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, regionaal arts-consulent, NVWA, laboratoria, GHOR en de veiligheidsregio.
317 IGZ, *Vervolgonderzoek bij GGD'en: Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk* (november 2016).
318 GGD GHOR Nederland, *Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding* (2016).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

verpleegkundigen en ander personeel nodig zijn om de werkzaamheden voor infectieziektebestrijding te kunnen volbrengen.

Hoewel het opvolgende IGZ rapport van 2016 positief concludeert dat de netwerken bijdragen aan het opvangen van schaarste, is er eind 2019 nog geen duidelijkheid over of de GGD'en voldoen aan de VISI-normering (zie onderstaand kader). GGD'en hebben in de tussenperiode wel het nodige werk verzet, vooral op het gebied van antibioticaresistentie, maar er was weinig ruimte voor proactief werk zoals onderzoek, ontwikkeling en innovatie van de organisatie. Geïnterviewde betrokkenen geven aan dat dit te wijten is aan een beperkte capaciteit die niet kon worden aangevuld, omdat hier in de laatste jaren geen middelen voor beschikbaar waren. Sommige signalen voor verbetering hebben daadwerkelijk tot verbetering geleid, andere signalen hebben niet geleid tot concrete actie.

Ook het initiatief van het ministerie van VWS voor de ontwikkeling van veldnormen is een voorbeeld waaruit blijkt dat de doorontwikkeling en implementatie van verbeteringen niet altijd plaatsvindt. Zie het volgende kader.

Veldnormen

In 2013 bracht adviesbureau AEF in opdracht van het ministerie van VWS een rapport uit over de borging van de publieke gezondheid en de positie van GGD'en. Uit het rapport bleek dat het Rijk beperkt zicht had op de GGD'en. Om daar wat aan te veranderen presenteerde VWS in 2014 te ontwikkelen veldnormen en stelde het ministerie dat de GGD'en daaraan moeten voldoen. Met deze veldnormen, waarbij VWS voor de ontwikkeling gezamenlijk optrok met de VNG, RIVM en GGD GHOR Nederland, moest duidelijkheid komen over de inhoud van de taken en de benodigde deskundigheden bij GGD'en. Om dit en nog een aantal andere zaken te bereiken werd een Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid gestart, met een budget van in totaal 1,25 miljoen.[319]

In 2016 blijkt dat de veldnormen nog niet zijn ontwikkeld. In een brief aan de Tweede Kamer schrijft de minister van VWS: 'Een onafhankelijke organisatie zal in overleg met alle relevante stakeholders (zowel de professionals als bestuurders en cliënten) veldnormen ontwikkelen, waar deze nu nog ontbreken. De verwachting is dat dit traject veel tijd zal vragen, en dat eind 2017 resultaten beschikbaar zijn.'[320] In het najaar van 2017 informeert de minister van VWS opnieuw de Tweede Kamer, waarin wordt aangekondigd dat het Stimuleringsprogramma is afgerond. De behaalde resultaten worden benoemd. De minister meldt echter niets over de veldnormen.[321] Uit navraag bij het ministerie van VWS blijkt dat de veldnormen niet ontwikkeld zijn. De verbinding tussen het Rijk en de GGD'en is daarmee (na het AEF-adviesrapport) niet geconcretiseerd.

319 Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 132.
320 Kamerstukken II 2015/16, 32 793 / 32 620, nr. 231.
321 Kamerstukken II 2016/17, 32 793 nr. 277.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

In de laatste tien jaar voorafgaand aan de coronacrisis krijgt de voorbereiding op infectieziektebestrijding onverminderd aandacht. Adviezen voor verbetering van de infectieziektebestrijding leiden echter niet altijd tot actie.

c. Signalen voor een grootschalige infectieziektecrisis

Signalen voor een grootschalige infectieziektecrisis met maatschappij-ontwrichtende impact zijn er in de jaren voorafgaand aan de coronacrisis meerdere malen geweest. Zo waarschuwt het jaarlijkse rapport van de Global Preparedness Monitoring Board uit 2019[322] dat als er een pandemie uitbreekt, de schade aan de economie en stabiliteit van de wereld enorm zal zijn. Het rapport stelt dat arme landen hier de meeste gevolgen van zullen ondervinden, maar dat elk land kwetsbaar is en onvoldoende voorbereid, terwijl de kans op epidemieën en pandemieën toeneemt.[323]

Ook de nationale en regionale veiligheidsstrategieën beschrijven sinds 2007 dat het risico op een ernstige grieppandemie tot de risico's behoort met de grootste impact op de nationale veiligheid. De strategieën karakteriseren dat met een hoge mate van waarschijnlijkheid. Het Analistennetwerk Nationale Veiligheid (ANV)[324] heeft sinds 2011 een pandemiescenario liggen dat qua omvang overeenkomt met de grootte van de coronapandemie. Op basis van onderzoeken en modellen is dit scenario in de Nationale Risicobeoordeling van destijds tot stand gekomen. Het ernstige grieppandemie-scenario betreft een *worst case* scenario waarbij miljoenen mensen besmet raken, er meer dan 10.000 doden vallen, en het aantal (40-50.000) ziekenhuisopnames zeer hoog is.[325] Dat leidt volgens het scenario tot druk op de medische sector en tot verstoring van het dagelijks leven. Een dergelijk scenario, dat overeenkomsten vertoont met de huidige coronapandemie, lag dus in de lijn der verwachting van de ANV-analyses. De analyse van het ANV uit 2019 vormde de basis voor het opstellen van de Nationale Veiligheidsstrategie door de NCTV. Onderstaande kader beschrijft de totstandkoming en het resultaat van de Nationale Veiligheidsstrategie.

322 De Global Preparedness Monitoring Board is een panel van deskundigen en internationale politici, bijeengeroepen door de Wereldbank en de WHO.

323 Global Preparedness Monitoring Board, *A world at risk: Annual report on global preparedness for health emergencies* (2019).

324 Het ANV bestaat uit een groep experts van onder andere het RIVM, TNO, Clingendael, het WODC en de AIVD en werkt jaarlijks een serie scenario's uit met de actuele dreigingen voor Nederland. De dreigingen die in kaart worden gebracht gaan over alle onderwerpen waardoor maatschappelijke ontwrichting in Nederland plaats zou kunnen vinden.

325 Ter vergelijking: op 1 september 2020 waren door COVID-19 in Nederland 6.309 doden gevallen en 12.976 ziekenhuisopnames gemeld.

Nationale Veiligheidsstrategie 2019, NCTV

In de afgelopen jaren heeft de NCTV het terrein van de Nationale Veiligheid op verschillende manieren in kaart gebracht.[326] In 2019 werd in de Nationale Veiligheidsstrategie (NVS) vastgelegd welke nationale veiligheidsbelangen beschermd dienden te worden, hoe deze belangen werden bedreigd en op welke wijze de Nederlandse overheid deze dreigingen het hoofd probeerde te bieden.

In 2019 ging de NCTV aan de slag met het schrijven van de NVS. De NCTV stelde zowel een stuurgroep als een projectgroep in, waarvoor partijen uit ieder departement uitgenodigd werden mee te denken. Om in kaart te brengen welke dreigingen de nationale veiligheidsbelangen raakten, schakelde de NCTV het Analistennetwerk Nationale Veiligheid (ANV) in. In 2019 werd onder andere het pandemiescenario opgenomen in de geïntegreerde risicoanalyse ten behoeve van de NVS.

De NCTV onderzocht vervolgens hoe weerbaar de Nederlandse overheid was tegen grote dreigingen zoals een pandemie en haalde daarvoor input op bij het departement dat verantwoordelijk was voor het thema, in dit geval het ministerie van VWS. VWS gaf aan dat het goed voorbereid was op een pandemie, omdat het beschikte over draaiboeken voor infectieziekten en crisis, en dat er bovendien geoefend werd met crisissituaties. Vanuit (inter)departementaal vertrouwen ging de NCTV ervan uit dat de weerbaarheid tegen een pandemie op orde was. Bovendien was de dreiging van een pandemie geen nieuw risico, dus vertrouwde de NCTV in die zin ook op de jarenlange voorbereiding die er lag. Daar is geen feitelijke check meer op gedaan.[327]

Voor de nationale veiligheidsstrategie betekent dit dat de NCTV het risico op infectieziekten als dominant risico voor de nationale veiligheid bestempeld waarvoor: 'onverminderde inzet op weerbaarheid' nodig is. Over het risico op infectieziekten stelt de NCTV: 'In Nederland is de last van infectieziekten relatief beperkt. De opkomst van antibioticaresistentie is echter zorgwekkend en kent daarom een integrale en gecoördineerde aanpak. In de afgelopen jaren zijn er voor besmettelijke dierziekten en zoönosen geen significante veranderingen waargenomen die de nationale veiligheid zouden kunnen raken.'[328] Risico's waarvoor volgens de Nationale Veiligheidsstrategie 2019 een 'versterkte aanpak' nodig is, betreffen (onder andere): polarisatie, terrorisme en extremisme, ondermijnende criminaliteit en cybersecurity en digitale dreigingen.

326 Eerst gebeurde dit in een Strategie Nationale Veiligheid (2007), vervolgens in een Nationale Risicobeoordeling (2011), later werd dit uitgewerkt in een Nationaal Veiligheidsprofiel (2016).
327 Wel geeft de NCTV aan daarvan geleerd te hebben en met de kennis van nu dit in de toekomst anders vorm te geven.
328 Met "geen significante veranderingen" wordt in deze context bedoeld dat deze risico's onveranderd waren. Bovendien was er sinds de vorige strategie geen grote uitbraak meer geweest in Nederland.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De veiligheidsstrategieën vormen de basis voor de mogelijke risico's waar betrokken partijen in Nederland zich op voorbereiden. Deze strategieën bevatten signalen voor het risico van een pandemie met grote effecten voor zowel de zorg als de gehele maatschappij. De voorbereiding op infectieziektebestrijding was echter met name gericht op regionale uitbraken en niet op een grootschalige uitbraak met een dergelijk grote impact. Hoe dit kan, is onderwerp van analyse in de volgende paragraaf.

3.3 Analyse van de ontwikkeling van de voorbereiding op infectieziektebestrijding

Uit het onderzoek zijn twee verklaringen naar voren gekomen die helpen bij het duiden van de Nederlandse ontwikkeling van de voorbereiding op infectieziekte-uitbraken (tot de situatie zoals vlak voor de coronacrisis). Ten eerste gebruiken betrokken partijen in de infectieziektebestrijding eerdere ervaringen met infectieziektecrises als referentiekader bij hun voorbereiding. Ten tweede leidt een dynamisch, complex proces van agendering van maatschappelijke thema's ertoe dat de prioriteit voor infectieziektebestrijding door de jaren heen fluctueert. Beide verklaringen zijn hieronder beschreven.

De invloed van eerdere ervaringen

Uit vrijwel alle door de Onderzoeksraad gehouden interviews over de voorbereiding van betrokken partijen komt hetzelfde geluid: betrokken partijen in Nederland (ministerie van VWS, RIVM, GGD'en) waren in hun eigen ogen goed voorbereid op de komst van een infectieziekte-uitbraak en waren zich ervan bewust dat er een keer een pandemie aan zou komen. Een infectieziektecrisis van de duur en omvang van de coronacrisis, met gevolgen voor de gehele samenleving, verwachtte niemand en hierop waren de betrokken partijen niet bedacht. Dit inzicht strookt met het voorgaande, waarin wordt gesteld dat Nederland voorbereid was op een ander type scenario dan zich tijdens de coronacrisis heeft gemanifesteerd.

Voorafgaand aan de coronacrisis deelden diverse betrokken partijen het beeld dat Nederland de gezondheidszorg in het algemeen, en de infectieziektebestrijding in het bijzonder, goed op orde had. Dankzij de opgestelde draaiboeken en de uitgevoerde oefeningen hadden de betrokken partijen het idee voorbereid te zijn op een mogelijke infectieziekte-uitbraak. De betrokken partijen hadden in beeld wat de gevolgen van een pandemie zouden zijn voor de gezondheidszorg. Maatregelen met gevolgen voor de hele maatschappij, zoals het houden van afstand en een lockdown, hadden de betrokkenen echter niet in beeld. Deze gevolgen kwamen ook niet in de draaiboeken voor. Een uitbraak zou volgens de draaiboeken enige tijd in beslag kunnen nemen, maar nergens werd geschreven of gesproken over maatregelen die gedurende meerdere maanden nodig zouden zijn. Betrokkenen konden zich voorstellen dat een uitbraak regio-overstijgend zou zijn, maar een landelijk (en zelfs wereldwijd) probleem, waarbij zij niet binnen de voor hen bekende netwerken op elkaar kon terugvallen, hadden ze niet verwacht.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

In interviews met de Onderzoeksraad zeggen vertegenwoordigers van de betrokken partijen dat de coronacrisis voor hen zo onverwacht kwam, omdat zij op grond van eerdere ervaringen andere verwachtingen hadden. Eén van die ervaringen is dat Nederland in de afgelopen honderd jaar geen grote infectieziekte-uitbraak heeft meegemaakt die verregaande consequenties had voor de samenleving. Grote infectieziekte-uitbraken elders in de wereld werden sinds de Spaanse griep in 1919 binnen Nederland altijd relatief goed gecontroleerd of zelfs buiten de deur gehouden. Grote uitbraken hebben zich in de afgelopen decennia vooral in landen in Zuidoost-Azië en Afrika voorgedaan (SARS, MERS, Ebola). Uit onderzoek blijkt dat er een impliciete veronderstelling aanwezig is dat dit gegeven te maken heeft met de betere kwaliteit en grotere capaciteit van de gezondheidszorg in Nederland ten opzichte van niet-westerse landen.

Daarnaast bleek de ervaring in Nederland met de Mexicaanse Griep in 2009 relatief mee te vallen. Er was sprake van een wereldwijde grieppandemie, maar de ziekte bleek een mild verloop te hebben. Als gevolg daarvan ontstond er discussie in de media en in de Tweede Kamer over nut en noodzaak van de getroffen maatregelen, zoals het bestellen van 34 miljoen vaccins.[329]

De draai- en handboeken en ketenoefeningen van de afgelopen jaren zijn allen gebaseerd op, en aangepast aan de hand van, uitbraken in westerse landen die in het recente verleden werkelijk plaatsvonden. Hierin is terug te zien dat de partijen die zich bezighielden met de voorbereiding verwachtten dat een nieuwe pandemie vergelijkbaar zou zijn met infectieziekte-uitbraken die zij in het verleden hadden meegemaakt. Dat alle pandemieën en uitbraken van de afgelopen honderd jaar geen enkele keer hebben geleid tot ontwrichting van de maatschappij is bepalend gebleken voor de uitgangspunten waarop partijen zich voorbereidden op een pandemie.

Dat wil niet zeggen dat alle bij de infectieziektebestrijding betrokken partijen dezelfde verwachtingen hadden over wat er zou kunnen gebeuren. Uit het voorgaande volgt dat in sommige documenten wel degelijk een scenario wordt aangehaald dat vergelijkbaar is met de coronacrisis. Los van de vraag wat verwacht mag worden van voorbereiding, stelt dit rapport vast dat omvangrijke scenario's die zich nog niet hebben voorgedaan niet als uitgangspunt zijn genomen in de voorbereiding op infectieziekte-uitbraken.

In interviews geven betrokken partijen aan niet goed te weten waarom ze zich voorafgaand aan de coronapandemie geen voorstelling konden maken bij omvangrijke crisisscenario's vergelijkbaar met de coronacrisis. Verschillende geïnterviewden veronderstelden dat het brein het moeilijk vindt om na te denken over zaken die nooit of nauwelijks in Nederland zijn gebeurd. Voor de betrokkenen bij voorbereiding op infectieziektebestrijding vormen de ervaringen met eerdere uitbraken van infectieziekten in Nederland een logisch uitgangspunt voor de voorbereiding op toekomstige uitbraken. Deze eerdere uitbraken in Nederland waren relatief klein en de voorstelling over potentiële toekomstige uitbraken zal in aanleg overeenkomen met dit beeld. Dit principe

329 Zie bijvoorbeeld het nieuwsbericht: https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/artikel/3073921/mexicaanse-griep-kostte-onnodig-144-miljoen (geraadpleegd 20-9-2021).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

sluit aan bij de theorie uit de cognitieve psychologie, waarbij cognitieve schema's[330] hun stempel drukken op de informatieverwerking. Hierbij zal informatie die congruent is met het bestaande schema veelal voorrang krijgen ten opzichte van informatie die hiermee incongruent is.[331] De bij ieder mens aanwezige cognitieve schema's kunnen daarmee verklaren waardoor het voor iemand moeilijk is om zich scenario's voor te stellen die niet eerder zijn voorgekomen.

Een fluctuerende prioritering voor infectieziektebestrijding

De beschrijving van gebeurtenissen over de afgelopen decennia laat zien dat er constant aandacht is geweest voor infectieziektebestrijding, maar dat de prioriteit voor het onderwerp fluctueerde. Bepaalde signalen voor de verbetering van de infectieziektebestrijding werden opgepakt, terwijl andere signalen niet werden omgezet in actie. In deze paragraaf wordt ingegaan op de verklaringen voor deze fluctuerende prioritering.

Gevoelde urgentie

De fluctuerende prioriteit voor infectieziektebestrijding heeft volgens een groot deel van de geïnterviewden te maken met de urgentie die door beleidsmakers bij het ministerie van VWS, veiligheidsregio's en gemeenten gegeven wordt aan het onderwerp 'voorbereiding op infectieziektebestrijding'. Deze is afhankelijk van verschillende factoren.

Dit begint met de mate waarin om actie geroepen wordt. Hoe groter de roep om iets aan infectieziektebestrijding te doen (zoals in 2015 naar aanleiding van het rapport van adviesbureau AEF), hoe groter het gevoel van urgentie wordt bij besluitvormers (de brief van de minister van VWS in augustus 2014 over veldnormen). De gevoelde urgentie is ook afhankelijk van de verwachting die betrokkenen hebben van hoe groot een infectieziekte-uitbraak zou kunnen worden en wat de impact daarvan zou kunnen zijn op de samenleving, zoals in het voorgaande is toegelicht. Zo is volgens geïnterviewden de Mexicaanse Griep-epidemie in 2009, waarvan de effecten uiteindelijk meevielen, van invloed geweest op de gevoelde urgentie voor het onderwerp infectieziektebestrijding.

Daarnaast bepaalt de inhoudelijke kennis en de afstand tot het onderwerp bij beleidsmakers in hoeverre zij de urgentie van de infectieziektebestrijding voelen. Hoe meer beleidsmakers weten over risico's rondom infectieziektebestrijding en over de meest recente ontwikkelingen, hoe hoger hun gevoel van urgentie zal zijn. Het ministerie van VWS, stelselverantwoordelijk voor infectieziektebestrijding, staat op afstand van het veld dat de inhoudelijke taken in dit vakgebied uitvoert. Uit interviews met meerdere

330 Cognitie gaat over de verwerking van informatie die we bijvoorbeeld lezen, horen, voelen of ruiken. Zij heeft betrekking op processen zoals denken, waarnemen, herinneren en aandacht. Met een schema wordt in de psychologie bedoeld: iemands opvattingen, emoties en houdingen over zichzelf en de wereld om zich heen, om gebeurtenissen te interpreteren en er betekenis aan te geven. Schema's ontwikkelt iemand in de loop der jaren, en worden sterk bepaald door (vroege) ervaringen. Een stelling in de cognitieve psychologie is dat deze processen niet alleen worden beïnvloed door de informatie zelf (die wordt verwerkt) en door de fysieke kenmerken van het mentale apparaat, maar ook door de kennis die al in het geheugen is vertegenwoordigd. De kennis waarover een persoon beschikt is volgens cognitief psychologen georganiseerd in schema's of associatieve netwerken. Schema's bevatten gegeneraliseerde kennis over de wereld, over de persoon zelf, en over de interactie tussen de persoon en de buitenwereld.

331 Dit fenomeen is terug te zien in cognitieve schema's die het beoordelingsvermogen van een situatie beïnvloeden, zoals *beschikbaarheidsheuristiek, bevestigingsvooroordelen* en de *geheugenbias*.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

betrokken partijen wordt dit gezien als een verklaring voor het feit dat bij het ministerie het gevoel van de urgentie voor het onderwerp schommelt.

De urgentie van infectieziektebestrijding kan ook beïnvloed worden doordat er voorbereidingen getroffen moeten worden voor iets wat mogelijk nooit gaat gebeuren. De voorbereiding op een crisis (in dit geval een pandemie) leidt immers niet direct tot een zichtbaar resultaat voor de samenleving.[332] Binnen de wereld van de infectieziektebestrijding werd het nemen van concrete maatregelen ter voorbereiding op een pandemie in de afgelopen jaren niet als urgent beschouwd. De focus lag op de aanpak van antibioticaresistentie en het verhogen van de vaccinatiegraad, twee zaken die een zichtbaar(der) resultaat tot gevolg (kunnen) hebben.[333]

Infectieziektebestrijding op de politieke en bestuurlijke agenda
De urgentie die wordt gegeven aan infectieziektebestrijding heeft invloed op de prioriteit die infectieziektebestrijding krijgt op de politieke en bestuurlijke agenda. Naast urgentie spelen ook andere factoren hierbij een rol. Binnen het proces van de politieke en bestuurlijke besluitvorming is altijd sprake van beleidsconcurrentie. Naast infectieziektebestrijding is binnen de gezondheidszorg ook aandacht nodig voor jeugdzorg, langdurige zorg en curatieve zorg. Buiten de gezondheidszorg zijn er nog tal van maatschappelijke vraagstukken die tijd, geld en capaciteit vereisen. Daarom moeten beleidsmakers prioritering aanbrengen onderwerpen op de politieke en bestuurlijke agenda. In de gevallen waarin signalen voor verbetering van de infectieziektebestrijding wel of niet zijn opgepakt, is het aannemelijk dat beleidsconcurrentie van invloed is geweest op de keuze om hierin wel of niet door te zetten.

De inrichting van het zorgstelsel is bepalend voor de vraag hoeveel en welke vraagstukken op de landelijke agenda verschijnen. Zo hebben zorginstellingen (zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen) in het zorgstelsel met gereguleerde marktwerking een grote autonomie. Daarnaast zijn de GGD'en regionaal georganiseerd en zijn gemeenten bepalend in de besluitvorming over de uitvoering van het werk van de GGD'en. En per regio kan dit weer anders georganiseerd zijn. Als stelselverantwoordelijke kan het ministerie van VWS ingrijpen om zaken centraal anders in te richten, maar in beginsel zijn de zorgtaken decentraal belegd. Dit beïnvloedt de mate van betrokkenheid die landelijke overheidspartijen hebben en voelen met de aanpak van infectieziektebestrijding.

Een andere factor die de prioritering op de politieke en bestuurlijke agenda beïnvloedt, is de mate waarin beleidsmaatregelen op een bepaald vraagstuk zichtbare effecten geven op de korte of lange termijn. De voorbereiding op de bestrijding van een grote infectieziekte-uitbraak heeft geen direct korte termijn-effect, omdat ze pas loont wanneer een grote uitbraak of pandemie zich voordoet. In het verlengde hiervan kunnen nieuwe risico's op potentiële crises ervoor zorgen dat deze op korte termijn meer aandacht krijgen, omdat de weerbaarheid tegen deze risico's nog laag is en op dat gebied een inhaalslag moet worden gemaakt. Infectieziekte-uitbraken vormen al sinds jaar en dag een risico voor de samenleving, terwijl bijvoorbeeld een onderwerp als digitale dreigingen relatief nieuw is. In de Nationale Veiligheidsstrategie 2019 kreeg het

332 Dit fenomeen wordt ook wel gerelateerd aan de preventieparadox.
333 NCTV, *Nationale Veiligheid Strategie 2019* (juni 2019).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

onderwerp digitale dreigingen het predicaat dat het vraagt om 'een versterkte aanpak', waarbij infectieziekten onder de noemer 'onverminderde inzet op weerbaarheid' wordt besproken.[334]

De bestuurlijke agenda wordt ook bepaald door de mate waarin ambtelijke partijen signalen aan elkaar weten over te brengen. Uit onderzoek blijkt dat het onderling contact tussen verschillende betrokken ministeries in de koude fase in sommige gevallen als moeizaam werd ervaren, waardoor risico's en aanbevelingen tot verbetering niet van A naar B kwamen. Geïnterviewden noemden als redenen voor het moeizame contact het (hoge) verloop van medewerkers bij ministeries, het ontbreken van inhoudelijke kennis en de fragmentatie binnen meerdere en verschillende directies.

Een voorbeeld dat laat zien hoe ingewikkeld het is om infectieziektebestrijding zodanig te agenderen en te prioriteren dat dat ook tot daadwerkelijke verandering of verbetering leidt, is de totstandkoming van de Nationale Veiligheidsstrategie 2019 (zie hierboven voor de totstandkoming van de Nationale Veiligheidsstrategie). Uit interviews met betrokkenen blijkt dat ministeries geen budget beschikbaar hadden bij de totstandkoming van de Nationale Veiligheidsstrategie voor de aanpak die uit eventuele adviezen uit de Nationale Veiligheidsstrategie zouden kunnen volgen. Dit is opvallend, omdat het lastig is om weerbaarheid tegen een bepaalde dreiging *met versterkte aanpak* te vergroten zonder dat daar budgettair ruimte voor is gemaakt. Daarnaast is het opvallend dat de NCTV voor de weerbaarheid tegen een pandemie navraag doet bij het ministerie van VWS. Dit is enerzijds begrijpelijk, omdat de NCTV op landelijk niveau kijkt naar nationale belangen en daardoor bij VWS uitkomt. Anderzijds is dit opmerkelijk, aangezien de voorbereiding op een pandemie niet nationaal maar regionaal belegd is. De weerbaarheid vanuit VWS geeft dus een incompleet beeld van de totale weerbaarheid tegen een pandemie.

3.4 In het kort

De sleutelpartijen in de voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis (ministerie van VWS, RIVM, GGD'en, veiligheidsregio's) waren onder andere door middel van protocollen, draaiboeken en oefeningen voorbereid op regionale infectieziekte-uitbraken met impact op de gezondheidszorg. De voorbereiding was niet gericht op een infectieziektecrisis met een reikwijdte, omvang en maatschappelijke landelijke impact zoals in de coronacrisis. Gebeurtenissen uit het verleden laten zien dat betrokken partijen in Nederland weinig ervaring hadden met landelijke of maatschappij-ontwrichtende infectieziektecrises. Aandacht voor verbetering van infectieziektebestrijding is al tijden aanwezig en heeft geleid tot versterkingen van de organisatie van infectieziektebestrijding op internationaal, nationaal en regionaal niveau. Daarentegen laten de gebeurtenissen in de afgelopen decennia ook zien dat activiteiten ten behoeve van voorbereiding op infectieziektebestrijding niet altijd doorgang vonden. Zeker vanaf 2010 werden signalen niet altijd omgezet in actie tot verbetering. Er bestonden scenario's die voorsorteerden op de komst van een maatschappij-ontwrichtende pandemie, maar toch was het Nederlandse stelsel vooral voorbereid op kleinschalige en begrensde uitbraken.

334 NCTV, *Nationale Veiligheid Strategie 2019* (juni 2019).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Verklaringen voor bovenstaande bevindingen zijn te vinden in de verwachtingen die betrokken partijen hebben over een pandemie en in de fluctuerende prioritering voor infectieziektebestrijding. Ten eerste was de verwachting van betrokken partijen rondom een infectieziektecrisis beperkt tot recente ervaringen in Nederland, wat ertoe heeft geleid dat de voorbereiding hoofdzakelijk op die recente ervaringen was gebaseerd. De uit de psychologische wetenschap afkomstige cognitieve schema's maken het begrijpelijker dat dit zo is gegaan. Ten tweede fluctueerde de prioriteit die werd gegeven aan de verbetering van infectieziektebestrijding door de jaren heen. Verschillende factoren tezamen bepalen of een thema zoals infectieziektebestrijding al dan niet hoog op de agenda komt en prioriteit krijgt, zoals de gevoelde urgentie bij de beleidsmakers, beleidsconcurrentie binnen de politieke en bestuurlijke besluitvorming, het ontbreken van direct korte termijneffect als gevolg van investeren in voorbereiding en de mate waarin ambtelijke partijen signalen aan elkaar weten over te brengen.

Deze twee verklarende factoren beïnvloeden elkaar onderling en kunnen elkaar ook versterken. Enerzijds, als de verwachting van de omvang van een pandemie wordt laag is, heeft dat invloed op de prioriteit die hieraan wordt gegeven. Anderzijds, als de prioriteit die aan de voorbereiding op een pandemie gegeven wordt laag is, houdt dit de verwachting die betrokken partijen over de ernst hiervan hebben in stand.

Het is niet bekend wat het effect is geweest van de fluctuerende prioriteit van het onderwerp infectieziektebestrijding op de voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis. Het geconstateerde complexe, dynamisch proces van agendering van een onderwerp is niet uniek voor infectieziektebestrijding, maar speelt bij alle maatschappelijke opgaven die beleidsmakers op hun bord krijgen. Aangezien er continu nieuwe en andere belangen spelen, is het niet te verwachten dat één thema constant dezelfde hoge prioriteit krijgt. Daarnaast is het de vraag of het realistisch is te verwachten dat betrokken partijen binnen de infectieziektebestrijding zich op precies het scenario van de coronacrisis hadden voorbereid. Een crisis is per definitie onzeker en loopt in de meeste gevallen anders dan verwacht. Het zal daarom in de toekomst niet zozeer noodzakelijk zijn om voor alle mogelijke scenario's een draaiboek klaar te hebben liggen, maar het is de kunst om de voorbereiding zo in te richten dat deze flexibel toepasbaar is voor een grote verscheidenheid aan scenario's, zelfs de onverwachte en heel grootschalige scenario's.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

4 DE CRISISORGANISATIE

Inleiding

In de coronacrisis is de crisisorganisatie een complex en veranderlijk geheel van organisaties en gremia op landelijk en regionaal niveau. Naast een crisisorganisatie binnen het ministerie van VWS met daarbinnen een specifieke structuur voor infectieziektebestrijding, bestaat op landelijk niveau de nationale crisisstructuur in de zogenoemde 'algemene kolom'. Op regionaal niveau is een crisisstructuur van veiligheidsregio's ingericht. De adviezen die in de crisisorganisatie leiden tot besluiten over de aanpak moeten bovendien hun weg vinden naar de uitvoering. De kenmerken en vraagstukken van deze crisis, zoals de brede impact, de lange duur en de schaarsteproblematiek, leiden ertoe dat de crisisstructuur die vooraf is bedacht en in de draaiboeken is beschreven, niet altijd passend is of als gewenst wordt ervaren. Dit leidt tot vele aanpassingen in 'de crisisorganisatie': nieuwe organisaties en gremia worden opgericht om specifieke vraagstukken aan te pakken, verbindingen worden gelegd of blijken juist niet stevig genoeg, rollen vervagen of worden juist scherp afgebakend. Met het steeds aanpassen van de crisisorganisatie is het balanceren tussen enerzijds de behoefte aan flexibiliteit en veerkracht, en anderzijds de behoefte om geen extra complexiteit te creëren en slagvaardig te zijn met behulp van de voorbereide structuren.

De veranderingen in de crisisorganisatie in de onderzochte periode tot september 2020 volgen elkaar in zo'n hoog tempo op en spelen op zoveel verschillende niveaus, dat het onmogelijk is een compleet beeld te geven van 'de crisisorganisatie' in al haar verschijningsvormen. Dagelijks vinden vele crisisoverleggen plaats: van een Catshuisoverleg dat uitmondt in de sluiting van de horeca tot een crisisoverleg in een zorginstelling over het inrichten van een COVID-afdeling, en van een overleg over een demonstratie in een gemeente tot de afstemming over welke patiënten in welk ziekenhuis geplaatst kunnen worden. Wanneer (de veranderingen in) de crisisorganisatie analytisch in hun totaliteit worden bekeken, dan is een aantal rode draden te ontwaren. Dit hoofdstuk analyseert de mechanismen die een belangrijke rol hebben gespeeld in het functioneren van de crisisorganisatie. Dit zijn mechanismen of patronen die op verschillende momenten en op verschillende plekken terugkeren. De patronen maken inzichtelijk waarom de crisisorganisatie heeft gefunctioneerd zoals zij heeft gedaan, waarom zij is veranderd en aangepast, en waar dit goed werkte en waar dit tot knelpunten leidde.

De analyse in dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Allereerst staan de organisatie, samenwerking en wijze van besturen in de gezondheidszorg centraal (4.1). Vervolgens worden de werking en veranderingen in de nationale crisisstructuur besproken (4.2), waarna de wisselwerking tussen beleid en uitvoering wordt beschreven (4.3). Het hoofdstuk eindigt met een conclusie (4.4) waarin de verschillende beschreven mechanismen en hun onderlinge interactie aan de orde komen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

4.1 Crisisbeheersing in de gezondheidszorg: sturen of netwerken?

Vanwege de aard en ontstaansgeschiedenis van de crisis en de problemen die zich voordoen spelen de partijen in de gezondheidszorg een belangrijke rol in de bestrijding van de crisis. De crisisbeheersing binnen de gezondheidszorg in Nederland heeft verschillende kenmerken. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het zorgstelsel, zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het verlenen van goede zorg. Dat geldt ook in crisisomstandigheden. In de coronacrisis zijn niet alleen partijen uit de acute zorg betrokken, maar ook partijen uit bijvoorbeeld de langdurige zorg, zoals verpleeg- en verzorgingstehuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg. Zowel op regionaal als landelijk niveau ontbreekt echter een crisisstructuur met bijbehorende processen om problemen die individuele instellingen overstijgen snel en adequaat het hoofd te bieden. Reguliere samenwerkings- en afstemmingsstructuren bieden hiervoor om verschillende reden onvoldoende soelaas: ze kennen een beperkte scope, omvatten bijvoorbeeld alleen de partijen uit de acute zorg of alleen de huisartsen, en zijn afhankelijk van persoonlijke connecties of de goede wil van partijen om samen te werken.

Tijdens de coronacrisis doen zich meerdere knelpunten voor die coördinatie op landelijke schaal vragen. Enerzijds zoekt het ministerie van VWS daarin naar een geschikte manier om partijen in het zorgveld te sturen. Om die reden richt VWS specifiek voor de bestrijding van de coronacrisis bijvoorbeeld een landelijke coördinatiestructuur voor testen in. Anderzijds komen betrokken partijen steeds met initiatieven om grip te krijgen op landelijke schaarste van bijvoorbeeld persoonlijke beschermingsmiddelen. VWS omarmt de initiatieven vanuit het veld om ook hiervoor landelijke structuren in te richten. Voor de aansturing van en de afstemming met de GGD'en over de uitvoering van testen en bron- en contactonderzoek richten VWS en GGD GHOR Nederland ad hoc structuren in. Alle bestaande en nieuwe structuren werken op basis van afstemming en samenwerking. Deze structuren werken zonder eindverantwoordelijke partij met doorzettingsmacht die andere partijen kan binden. De betrokkenheid bij de aanpak van de crisis van het zorgveld in de volle breedte leidt tot vraagstukken over wie waar over gaat op welk moment.

Positie van het ministerie van VWS in het zorgveld

Het ministerie van VWS is een zogenoemd *beleids*ministerie. Het ministerie is verantwoordelijk voor het gehele zorgstelsel. Het stelt via een aantal stelselwetten vast aan welke kwaliteitseisen de zorg moet voldoen en maakt beleid en stelt regelingen op. Het ministerie voert het beleid echter niet uit. Het schept de voorwaarden, stelt kaders en biedt ondersteuning. Het uitgangspunt in het zorgstelsel is dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor de zorg die zij leveren en het invullen van de daarvoor benodigde randvoorwaarden, zoals de inkoop van materialen en beschikbaarheid van ic-capaciteit. Die eigen verantwoordelijkheid en het zelf oplossen staan in de medische wereld hoog in het vaandel. Dat geldt voor individuele artsen in de behandeling van hun patiënten, voor bestuurders van zorginstellingen en het komt als cultuuraspect ook terug in samenwerkingsverbanden als beroepsverenigingen.

Bij grote infectieziektecrises, zoals de coronapandemie, heeft het ministerie van VWS, naast zijn verantwoordelijkheid voor het gehele zorgstelsel een specifieke wettelijke taak

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

in de infectieziektebestrijding. In de Wet publieke gezondheid is namelijk vastgelegd dat de minister van VWS de leiding heeft over de bestrijding van een epidemie van een A-ziekte.[335] De effectiviteit van de epidemiebestrijding en de gevolgen is - voor een niet onbelangrijk deel – afhankelijk gebleken van de inzet van partijen binnen het zorgstelsel. Al in de eerste weken van maart komt het verlenen van zorg bij die partijen onder druk te staan door het toenemende aantal patiënten en de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen (zoals mondkapjes en schorten) en andere medische hulpmiddelen. Ook ontstaan er dan op landelijk niveau problemen met de testcapaciteit (zowel testafname als laboratoriumcapaciteit) en de capaciteit voor bron- en contactonderzoek. Het ministerie moet gaan sturen op operationele vraagstukken en ketens waar het vanuit de reguliere rol als beleidsministerie geen ervaring mee heeft. Net zoals regulier het geval is, ligt ook tijdens de coronacrisis de inhoudelijke kennis en expertise bij de partijen in het veld. Daardoor is het ministerie voor een effectieve crisisbeheersing afhankelijk gebleken van de inzet en kennis van het zorgveld.

Crisisstructuur VWS en afstemming met het veld

In de crisisstructuur van het ministerie van VWS vindt de afstemming binnen het departement plaats. In hoofdlijnen bestaat de structuur uit een Operationeel Team Crisisbeheersing (OTCb) en een Beleidsteam Crisisbeheersing (BTCb). De voorzitter van het BTCb is de inhoudelijk verantwoordelijke Directeur-Generaal (DG). Het brede karakter van de coronacrisis leidt echter tot de voor het ministerie nieuwe situatie dat in korte tijd alle directies, alle DG's, de SG en de bewindspersonen betrokken zijn. De voorbereide crisisstructuur voorziet echter niet in afstemming en besluitvorming op het niveau van de bewindspersonen. Om de crisisstructuur aan te passen werkt het ministerie vanaf 23 maart eerst met een Ministerieel BTCb (MBTCb), dat na twee weken weer verdwijnt en opvolging krijgt in een Afstemmingsoverleg (AO) tussen de bewindslieden, de Secretaris-Generaal en de DG's. Naast het OTCb en BTCb[336] werken de directies Curatieve zorg en Langdurige zorg[337] ieder met een eigen crisisteam.[338] De besluitvorming verloopt grotendeels via de reguliere lijnen van de directies, waarna de directies elkaar over de genomen besluiten informeren in de crisisoverleggen. Een aantal taken van het BTCb verschuift naar het AO en de crisisteams in de verschillende directies functioneren los van elkaar. Tegelijk ontstaan voor specifieke nieuwe knelpunten in de crisis, zoals testen en medische hulpmiddelen, projectstructuren binnen het ministerie. De crisisstructuur binnen VWS raakt versnipperd over de verschillende directies. Daardoor wordt het voor medewerkers en crisispartners een complex geheel.[339] Ook belemmert dit voor het departementaal crisiscentrum (DCC) het houden van overzicht op de gehele crisisaanpak binnen het departement, waardoor de coördinatie niet langer vanuit één centraal punt plaatsvindt.

Partijen in de gezondheidszorg hebben geen vaste plek binnen de departementale crisisstructuur. Om input vanuit het veld op te halen of voor ondersteuning van het ministerie van VWS, maken de directies veel gebruik van bestaande contacten en

335 Zie voor een uitgebreidere beschrijving van de inrichting van het zorgstelsel in Nederland hoofdstuk 1.
336 Zie verder bijlage Stelselbeschrijving, par. 2.2.
337 Curatieve zorg is gericht op de genezing, behandeling en het herstel van ziekten en aandoeningen. Langdurige zorg is gericht op mensen met een chronische ziekte of beperking, inclusief de ouderenzorg.
338 Evaluatierapport eerste fase coronacrisis VWS, Berenschot, januari 2021, pag. 11.
339 Berenschot, *Evaluatie inzet VWS crisisorganisatie tijdens de coronacrisis* (mei 2021).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

netwerken en worden sectorale overleggen ingericht, waar informatie wordt uitgewisseld. Andersom gebruiken ook de partijen in het zorgveld diezelfde lijnen om hun signalen en vragen bij het ministerie aan te geven.

Afstemming tussen VWS en zorgveld binnen en buiten de crisisstructuur
In het OMT op 17 maart 2020 is één van de onderwerpen het beleid voor instellingen in de ouderenzorg. Het gaat daarbij om de inzetbaarheid van personeel, zowel wat betreft het risico dat personeelsleden het virus verspreiden als over de mogelijkheden dat personeelsleden zelf besmet raken. De tekorten aan testmateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen spelen daarbij een rol, wat ook geldt als het gaat over de verzorging van bewoners in de instellingen waar sprake is van besmettingen. De leden van het BAO ontvangen het OMT-advies op 18 maart en kunnen daar schriftelijk op reageren. Zowel in het OMT als in het BAO nemen vertegenwoordigers vanuit de ouderenzorg deel. Op diezelfde 18 maart is er, los van het OMT, mailverkeer en een telefonisch overleg tussen koepelorganisaties van de ouderenzorg en de directie Langdurige Zorg (LZ) van het ministerie van VWS over het sluiten van de instellingen voor bezoek.

Bij het versoepelen van de bezoekregeling geven de koepelorganisaties in het overleg met de directie Langdurige Zorg aan dat het ministerie van VWS terughoudend moet zijn met het noemen van data voor de verschillende fasen van de versoepeling. Uiteindelijk noemt de minister van VWS in de persconferentie op 6 mei data voor de start van pilots voor het weer toelaten van bezoek en het uitbreiden van de pilots.[340] Het is onduidelijk of en hoe de input van de koepelorganisaties in het besluitvormingsproces binnen het ministerie terecht komt.

Het ministerie van VWS heeft geen mogelijkheden om partijen in het zorgveld rechtstreeks aan te sturen. Die positie van VWS in het zorgveld is terug te zien in de manier waarop het ministerie naar crisisbeheersing en de eigen rol daarin kijkt.

340 Persconferentie minister-president Rutte en minister De Jonge, 6 mei 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Visie ministerie van VWS op crisisbeheersing
VWS beschrijft crisisbeheersing in zijn Departementaal Handboek Crisisbeheersing als een proces dat je *'zelden eenvoudig top-down kunt aansturen in een command & control-structuur. Netwerken en informatie uitwisselen is in veel gevallen effectiever en sneller dan aansturen.'* Over de bevoegdheden en verantwoordelijkheden tijdens crises stelt het ministerie in het Handboek: *'Een landelijke verantwoordelijkheid betekent echter niet automatisch dat VWS ook een rol heeft in de crisisbeheersing. Veel bevoegdheden zijn elders belegd en kunnen ook beter daar worden toegepast (o.a. zorginstellingen, regio's). [….] In situaties waar VWS wel zou willen coördineren of ingrijpen maar niet de wettelijke bevoegdheden heeft, moeten we actief op zoek naar andere manieren om de crisisaanpak te beïnvloeden, bijvoorbeeld via netwerken, communiceren en overtuigen.'*[341]

Uit interviews met direct betrokkenen van het ministerie van VWS komt het beeld naar voren dat de visie van VWS op crisisbeheersing (netwerken en informatie uitwisselen met partijen als voorkeur boven aansturen) ook tijdens de coronacrisis het uitgangspunt blijft. De Wet publieke gezondheid (Wpg) geeft de minister van VWS een leidende positie in de infectieziektebestrijding, maar voorziet in de invulling daarvan alleen in de mogelijkheid om de voorzitters van de veiligheidsregio's aanwijzingen te geven. Zorgpartijen hebben geen directe verantwoordelijkheid in het realiseren van publieke gezondheid; zij zijn primair gericht op de individuele gezondheid van mensen. In de infectieziektebestrijding liggen beide taken echter dicht tegen elkaar aan. De Wpg geeft geen handvat voor de uitwerking van de leidende positie van de minister van VWS richting het zorgveld.

Vanaf het moment dat de coronacrisis leidt tot overbelasting en tekorten bij zorginstellingen, wordt het gebrek aan sturing door het ministerie problematisch. Het ministerie heeft bijvoorbeeld geen mogelijkheden om ziekenhuizen te dwingen mee te werken aan patiëntenspreiding of om partijen te sturen op een betere verdeling van beschermingsmiddelen. Het gebrek aan sturing wordt deels opgevangen door initiatieven vanuit het zorgveld om gezamenlijk ervaren problemen op te lossen, zoals samenwerking in een aantal landelijke coördinatiestructuren.[342] De basis van deze samenwerking is vooral een gezamenlijk gevoelde urgentie, die tijdelijk tot een overkoepelend doel leidt. De samenwerking komt niet voort uit een structurele cohesie in doelstellingen en ook het gezag om partijen in crisissituaties te binden aan deze doelstellingen ontbreekt.

Het gevolg van de complexe crisisstructuur en de netwerkrelaties tussen het ministerie en het zorgveld is dat in de afstemming, adviezen en besluiten factoren als toeval (wie treft wie), persoonlijke netwerken en goodwill bewust of onbewust een rol gaan spelen. Dit leidt ertoe dat niet alle partijen gelijke toegang hebben tot het ministerie van VWS. In de gevallen dat wel afstemming tot stand komt tussen het ministerie en partijen uit het zorgveld, is het niet vanzelfsprekend dat de input vanuit het veld ook daadwerkelijk een plek krijgt in het besluitvormingsproces binnen het departement. Op de vraag waarom

341 Ministerie van VWS, *Departementaal Handboek Crisisbeheersing* (november 2016).
342 Zoals de oprichting van het LCPS en LCH. Zie hieronder.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

dit de ene keer wel gebeurt en de andere keer niet, is geen eenduidig antwoord te geven. Het is aannemelijk dat ook hier factoren als positie binnen de crisisstructuur, de agenda van de dag en persoonlijke netwerken een rol hebben gespeeld.

Inzet van reguliere samenwerkings- en afstemmingsstructuren

Zodra zich (dreigende) problemen voordoen in het zorgveld, zijn zorgaanbieders in eerste instantie zelf verantwoordelijk om tot oplossingen te komen en ondernemen zij zelf actie. Zorgaanbieders beschikken, op het niveau van de individuele instelling, over informatie over de aard en omvang van de problematiek en hebben zicht op wat nodig is om problemen op te lossen. De zorgaanbieders werken samen en stemmen op regionaal niveau af in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). In het verlengde daarvan is er op landelijk niveau afstemming via het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en via sectorale- en beroepsverenigingen. Zorginstellingen, maar ook het ministerie van VWS, maken gebruik van de reguliere samenwerkings- en afstemmingsstructuren in het veld om zicht te krijgen op de problematiek en om tot oplossingen te komen.

Rol ROAZ en DPG'en in de beginfase

Vanaf half februari probeert het ministerie van VWS via het ROAZ en de koepels zicht te krijgen op de acute tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen die zich voordoen bij zorginstellingen, en via het RIVM op tekorten die zich voordoen bij de GGD'en.[343] In het Beleidsteam Crisisbeheersing (BTCb) van VWS komt op dat moment aan de orde dat de ROAZ-lijn alleen is bedoeld om informatie te vergaren en signalen af te geven en niet om problemen op te lossen. De directie Curatieve Zorg (CZ) van het ministerie geeft richting zorginstellingen aan dat zij voor een oplossing vooral de eigen koepels moeten gebruiken.[344] Eind februari adviseert het OMT, gezien de wereldwijde schaarste, om de Raad van Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) mondmaskers te laten inkopen en de verdeling op regionaal niveau te organiseren[345]. Met uitzondering van het advies over de inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen neemt het BAO het advies van het OMT over. Daarmee krijgen de DPG'en de opdracht om de behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen in de ROAZ-regio's te coördineren. Ook benoemt het BAO als taak voor de DPG'en om richtlijnen en een plan op te stellen voor de distributie van een eventuele centrale voorraad[346]. In opdracht van de DPG'en gaat GGD GHOR Nederland hiermee aan de slag. Vanaf eind maart heeft het LCH de inkoop en distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen overgenomen.[347]

343 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 95.
344 BTCb, *Verslag Coronavirus*, 21 februari 2021.
345 OMT, 'Advies na 57e OMT COVID-19', 28 februari 2020. Het OMT spreekt in het advies over het College van Directeuren Publieke Gezondheid.
346 BAO, 'Advies Bestuurlijk Afstemmingsoverleg', 28 februari 2020.
347 Presentatie Landelijke Inkoop Kritische Materialen, 19 maart 2020.

De bestaande samenwerkingsverbanden zijn niet doelmatig in te zetten om de landelijke knelpunten in de zorg op te lossen. De koepelorganisaties en ROAZ'en krijgen in deze crisis met hun reguliere rol als afstemmingsgremium tussen instellingen, sectoren of beroepsgroepen een belangrijke taak in de verbinding tussen de landelijke besluitvorming en de individuele zorginstellingen.

Variatie in regie

De brede problematiek binnen de gezondheidszorg tijdens de coronacrisis maakt dat alle partijen in het zorgveld, van het ministerie van VWS tot aan individuele zorginstellingen, een rol hebben in de aanpak van de crisis. VWS is in zijn reguliere rol als beleidsministerie terughoudend in het aansturen van het zorgveld en ziet ten tijde van crises ook niet direct een sturende rol voor zichzelf.[348] Er is geen sprake van een aansturingsrelatie vanuit VWS richting het ROAZ of de sectorale- en beroepsverenigingen, en ook deze partijen hebben op hun beurt geen zeggenschap over hun deelnemers en leden. Dit maakt dat niet automatisch helder is hoe de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen in de aanpak van de crisis zich tot elkaar verhouden. Het leidt ertoe dat zowel vanuit het ministerie van VWS als vanuit het zorgveld behoefte ontstaat aan landelijke afspraken en sturing.

Tegelijkertijd heeft het ministerie op basis van de Wpg de leiding over de bestrijding van een epidemie van een A-ziekte. De Wpg geeft de minister van VWS daarom ook de mogelijkheid om de voorzitters van de veiligheidsregio's op te dragen hoe de bestrijding ter hand te nemen. De voorzitters van de veiligheidsregio's kunnen op hun beurt de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) aansturen en bevelen geven.[349] De DPG staat aan het hoofd van de GGD en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR). De GHOR heeft de wettelijke taak om de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises te leiden en coördineren en is tijdens een ramp of crisis regionaal het aanspreekpunt van de geneeskundige hulpverleningsketen.[350]

In de praktijk hebben de DPG'en en de GHOR tijdens een crisis geen vastgelegde en eenduidige overlegstructuur met de betrokken partijen in het zorgveld, waarin problemen, benodigde acties en maatregelen worden besproken en afgestemd. Hierdoor is het moeilijk voor de DPG'en om de operationele leiding van de GHOR handen en voeten te geven. Tijdens de coronacrisis hebben de GHOR-regio's met name een rol vervuld in de informatievoorziening tussen partijen. De afstemming en coördinatie tussen zorgpartijen (inclusief care instellingen) en met de DPG'en op regionale schaal gebeurt met name in het overleg in de ROAZ'en (en in sommige regio's in het RONAZ of een vergelijkbaar gremium).

Binnen deze context zoekt het ministerie van VWS naar manieren om te kunnen sturen op de operationele landelijke vraagstukken die ontstaan binnen het zorgveld. In deze zoektocht ontstaat variatie in regie. Het ministerie trekt op onderdelen de regie naar zich toe, maar sluit zich voor andere thema's weer aan bij initiatieven vanuit het zorgveld. Dit

348 Ministerie van VWS, *Departementaal Handboek Crisisbeheersing* (november 2016).
349 Op basis van artikel 5 Wet veiligheidsregio (Wvr).
350 GGD GHOR Nederland, 'Wat doet de GHOR', https://ggdghor.nl/home/wat-doet-de-ghor/ [geraadpleegd op 08 oktober 2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

komt duidelijk naar voren in de totstandkoming van verschillende landelijke coördinatiestructuren eind maart 2020.

Ontstaan landelijke coördinatiestructuren

Het ministerie van VWS trekt de regie naar zich toe om de testcapaciteit in kaart te brengen en te vergroten. Het OMT vraagt half maart aan de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) om een taskforce op te richten in samenwerking met het RIVM en Diagned[351]. De taskforce heeft als doel zicht te krijgen op de laboratoriumcapaciteit, het optimale gebruik daarvan en de mogelijkheden om op te schalen. Het vergroten van de testcapaciteit kent meer schakels dan alleen de laboratoriumcapaciteit. De taskforce diagnostiek wordt eind maart onderdeel van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT).[352] VWS is voorzitter van de stuurgroep van de LCT.[353]

Het ministerie van VWS omarmt initiatieven vanuit het veld en laat de regie bij het veld met betrekking tot de spreiding van ic-patiënten en de inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen en andere medische hulpmiddelen. Als halverwege maart het aantal ziekenhuisopnames van coronapatiënten snel stijgt en de ziekenhuizen in Brabant en Limburg vollopen, zet de voorzitter van het ROAZ Noord-Brabant een systeem op met vaste 'buddy-ziekenhuizen' voor het overplaatsen van patiënten. Door een te grote toeloop van patiënten naar individuele ziekenhuizen, komt dit systeem al snel onder druk te staan. De ROAZ'en pakken een coördinerende rol in opvang en verspreiding van ic-patiënten. Ook dit systeem komt snel onder druk te staan, door grote regionale verschillen in de vraag. Met het oog op de (verwachte) verdere landelijke toename van het aantal op te nemen COVID-patiënten en de grote verschillen per regio, geven de IGJ en VWS op 20 maart een opdracht aan het LNAZ om een Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) in te richten en er alles aan te doen wat nodig is om hiermee de spreiding van patiënten in goede banen te leiden.[354]

Een soortgelijke ontwikkeling als bij de patiëntenspreiding doet zich voor bij de inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen en andere medische hulpmiddelen. Inkopers van een aantal ziekenhuizen nemen, bij de eerste signalen over het ontstaan van tekorten, het initiatief voor de oprichting van een gezamenlijk inkoopteam. Daarnaast koopt het ministerie van VWS ook zelf bij een aantal partijen persoonlijke beschermingsmiddelen op.[355]

Op regionaal niveau coördineren de DPG'en in de ROAZ-regio's de distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen. In verschillende regio's ontstaan in de derde

351 Diagned is de belangenvereniging van en voor fabrikanten en importeurs van in vitro diagnostica (diagnostische apparatuur en reagentia) die worden gebruikt bij medisch laboratoriumonderzoek in Nederland.
352 Algemene Rekenkamer, *Testen op corona* (september 2020), p. 12 en 13.
353 https://nvab-online.nl/sites/default/files/UpdateLCT%232_10042020.pdf.
354 Ministerie van VWS, *Opdracht aan LNAZ voor oprichting landelijk coördinatiepunt patiëntenspreiding (LCPS)*, kenmerk: 1666773-203588-CZ, 26-03-2020. De brief betreft de formele opdrachtverlening en dateert van 26 maart 2020. Uit een e-mail van de voorzitter van de LNAZ aan de leden op 22 maart 2020 blijkt dat de opdracht reeds op 20 maart is gegeven.
355 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 176.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

week van maart signalen dat de schaarste verder toeneemt en de aanvoer van middelen langzaam of helemaal niet op gang komt.[356] De aanpak van het landelijk inkoopteam werkt niet langer, omdat iedereen in dezelfde vijver vist. Om die reden komen de inkopers van de ziekenhuizen en de andere aangesloten partijen met het voorstel om het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) te starten.[357]

VWS stemt hiermee in, geeft de opdracht daarvoor en faciliteert (financiert). Het ministerie stuurt onder meer door het bepalen van de scope, door te overleggen over de voortgang, door te vragen om verantwoording over vraag, aanbod en ingekochte hoeveelheden. Het LCH is een publiek-privaat samenwerkingsverband op vrijwillige basis van experts, dat zich richt op aanvragen uit de gehele zorg. Het is wettelijk gezien geen onderdeel van het ministerie van VWS. Het LCH zelf heeft ook geen rechtspersoonlijkheid en kan daardoor geen rechtshandelingen verrichten. Voor de inkoop van de beschermingsmiddelen tekent de project directeur-generaal van het LCH[358], met mandaat van de secretaris-generaal van VWS.[359]

Bovengenoemde landelijke coördinatiestructuren hebben de lacunes gevuld die vallen door de omvang en lengte van de crisis en door de ongelijke behoeftes in regio's aan onder andere beschermingsmiddelen en ic-bedden. Betrokkenen zijn erg te spreken over de snelheid, daadkracht en flexibiliteit waarmee deze structuren zijn opgericht en de mate waarin deze voldoen aan hun taak. De landelijke patiëntenspreiding had als resultaat dat het in geen enkele regio nodig is geweest coronapatiënten te weigeren omdat er geen ic-bed beschikbaar was. Vanaf eind april had het LCH voldoende betrouwbare leveranciers voor de inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen en waren ook de eerste in Nederland geproduceerde beschermingsmiddelen beschikbaar.[360] De LCT bracht de onderdelen van de testketen bij elkaar, wat er mede aan bijdroeg dat de testcapaciteit zich verder uitbreidde. Aan de andere kant geeft de variatie in regie geen houvast in de verantwoordelijkheden binnen de crisisstructuur en de rol van de minister van VWS. De verschillen in de gekozen oplossingen voor coördinatie belemmeren de overzichtelijkheid van de structuur en processen als informatievoorziening en financiële verantwoording.

Zowel voor het initiatief van de patiëntenspreiding als van de inkoop van hulpmiddelen betekent het instellen van een landelijk coördinatiepunt echter niet vanzelfsprekend dat alle betrokken partijen zich in deze structuur voegen. Zij zijn hiertoe namelijk niet wettelijk verplicht. Bovendien gaat solidariteit soms ten koste van het individuele belang van een zorginstelling. Als een ziekenhuis een ic-bed ter beschikking stelt aan een COVID-19-patiënt uit een ander ziekenhuis, kan dit ic-bed niet ingezet worden voor bijvoorbeeld een geplande risicovolle operatie. Daarnaast kopen instellingen zelf ook nog beschermingsmiddelen in, leggen intensivisten soms buiten het LCPS om onderling

356 Bijvoorbeeld: Memo regionaal strategisch kernteam Acute Zorgnetwerk Noord Nederland 18 maart 2020, Verslag 7e bijeenkomst RBT Brabant Zuidoost 18 maart 2020.
357 Presentatie Landelijke Inkoop Kritische Materialen 19 maart 2020.
358 Dit is een project-DG, benoemd door VWS, die namens VWS de rol van opdrachtgever/bestuurder vervult.
359 Ministerie van VWS, LCH terugblik en situatie tot 1 september 2020 (fase 1): Overdrachtsdocument (beschrijving) (september 2020), pag. 8.
360 Nieuwsbrief LCH, 7 mei 2020.

contact om het overplaatsen van patiënten te regelen, en houden ziekenhuizen marges aan in het beschikbaar stellen van ic-bedden. Het vraagt in die situaties veel overtuigingskracht van onder andere de IGJ en de voorzitter LNAZ en de inzet van persoonlijke netwerken om alle instellingen mee te krijgen in de landelijke coördinatie. Terugblikkend geven geïnterviewden aan dat – zeker op het moment dat de eerste piek van besmettingen en schaarste aan beschermingsmiddelen en ic-bedden voorbij is – zorginstellingen minder bereid zijn tot intensieve samenwerking. Hierdoor wordt de samenwerking en afstemming binnen de structuren steeds meer afhankelijk van personen en persoonlijke contacten. De organisch gegroeide samenwerking gaat gepaard met hoge kosten in de vorm van tijd en energie om de solidariteit van de betrokken partijen hoog te houden.

De toename van COVID-patiënten in de ziekenhuizen heeft tot gevolg dat in maart grote delen van de reguliere zorg worden afgeschaald. In reactie daarop geven medisch specialisten na enkele weken bij VWS aan dat het langer uitstellen van zoveel zorg niet aanvaardbaar is. Op basis van de signalen vanuit het veld en van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft de minister de NZa vanaf 1 april de opdracht om de opstart van de reguliere zorg te coördineren.

Met als uitgangspunten solidariteit en prioriteit stelt de NZa samen met medisch specialisten een urgentielijst op. Deze dient als leidraad om te zorgen dat de ziekenhuiszorg in Nederland voor iedereen in gelijke mate toegankelijk wordt, onafhankelijk van de omvang van de corona-uitbraak in een regio. Het werken aan draagvlak door de NZa voorkomt niet dat bij zorginstellingen weerstand ontstaat. Dit heeft verschillende oorzaken, zoals de behoefte van zorginstellingen om zelf regie te houden over het leveren van zorg en de administratieve lasten die de dataverzameling met zich meebrengt.[361]

Ook in de aansturing van de GGD'en kiest het ministerie voor verschillende lijnen. Hoewel de minister de mogelijkheid heeft om de voorzitters van de veiligheidsregio aan te sturen en via hen opdrachten kan geven aan de DPG'en (en daarmee de GGD'en), maakt hij hiervan in de praktijk geen gebruik. Het ministerie overlegt intensief met zowel de DPG die in het College van DPG'en de portefeuille infectieziektebestrijding heeft, als met Vereniging GGD GHOR Nederland. De DPG'en besluiten op hun beurt zelf om coördinerend DPG'en met landelijke portefeuilles aan te wijzen om structuur aan te brengen in de onderlinge afstemming en de afstemming met het ministerie van VWS.[362] Vanaf begin april is er een tweewekelijks overleg tussen de minister van VWS en de coördinerend DPG'en. In afstemming met het College van DPG'en worden tussen GGD GHOR Nederland en de minister van VWS enkele dienstverleningsovereenkomsten gesloten over het bron- en contactonderzoek. Op een aantal momenten besluit de minister van VWS vraagstukken decentraal door te zetten naar de DPG'en. Hierbij is geen sprake van een formele aanwijzing, maar de formulering is zodanig dat de DPG'en geen ruimte wordt geboden om geen uitvoering te geven aan de verzoeken van de minister. Dat blijkt bijvoorbeeld uit onderstaand voorbeeld.

361 NZa, *Terugblik NZa tijdens pandemie: Concept* (augustus 2021), p. 7.
362 Verslag DPG bijeenkomst 23 april 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Minister van VWS zet vraagstukken door naar de DPG'en
Op 31 maart stuurt de minister van VWS een brief[363] naar de DPG'en met het verzoek om op grond van artikel 6 Wpg[364] 'terstond' een aantal activiteiten op te pakken in het kader van de regionale aanpak voor een veilige en efficiënte zorgverlening aan kwetsbare patiënten. Daarbij geeft de minister aan dat deze acties niet alleen om een spoedige realisatie vragen, maar ook om een gecoördineerde aanpak in de regio onder aanvoering van de DPG. Een afschrift van de brief gaat naar de voorzitters van de veiligheidsregio's. De minister vraagt de DPG'en in de brief om de samenwerking te stimuleren of daartoe opdracht te geven en ervoor te zorgen dat alle betrokken sectoren en individuele zorgorganisaties toegang hebben tot een 'herkenbare samenwerkingsstructuur met zorginhoudelijke verantwoordelijkheid'. Daarbij gaat de minister onder andere specifiek in op het maken van afspraken over de inzet van het beschikbare personeel, het inrichten van een centraal coördinatiepunt in de regio voor de toeleiding van de juiste zorg op de juiste plek en het inrichten van de regionale informatievoorziening om actueel inzicht te krijgen in de beschikbare en bezette plekken in de regio.

Het verschil in de keuze tussen het al dan niet rechtstreeks aansturen is niet te herleiden tot uitgangspunten of criteria. De voorzitters van de veiligheidsregio's denken verschillend over deze rechtstreekse sturing van de minister van VWS op de DPG'en. Een aantal voorzitters geeft later in interviews aan dat ze het aan de ene kant vreemd vinden dat de minister geen gebruik maakt van zijn wettelijke bevoegdheid om de DPG'en aan te sturen via de voorzitters van de veiligheidsregio's. Aan de andere kant zien zij ook dat de minister behoefte had aan korte lijnen met de GGD'en op de meer gezondheid gerelateerde aspecten van de crisisbeheersing, zoals bijvoorbeeld testen, bron- en contactonderzoek en vaccineren. De voorzitters van de veiligheidsregio's hebben naar eigen zeggen 'niet hard op de trom geslagen' om dit te voorkomen, omdat zij geen informatie hebben gemist vanwege de eigen lijnen met de DPG'en, Daarnaast hadden zij in de praktijk hun handen vol aan andere aspecten van de crisis dan de GGD-taken.

Naast de indirecte en soms directe aansturing van de DPG'en geeft de minister in zijn rol als opdrachtgever voor de bestrijding van COVID-19 opdracht aan de landelijke organisatie GGD GHOR Nederland om de regionale GGD'en in staat te stellen uitvoering te geven aan de bestrijding van COVID-19.[365] GGD GHOR Nederland is een brancheverenigingen van de 25 regionale GGD en GHOR organisaties, waarbij de algemene ledenvergadering bestaat uit de 25 DPG'en. GGD GHOR Nederland heeft geen mogelijkheden om de DPG'en direct aan te sturen. Omdat de GGD'en en de veiligheidsregio's, waar de GHOR-bureaus onderdeel van zijn, voortkomen uit gemeentelijke samenwerking, vormen respectievelijk de wethouders en burgemeesters de besturen. De DPG is belast met de dagelijkse aansturing van de GGD en GHOR. Er is

363 Brief Ministerie van VWS, 'Regionale aanpak voor zorg aan kwetsbare patiënten i.v.m. COVID-19', 1 april 2020, kenmerk: 1169066-203772-LZ.
364 Artikel 6 Wpg beschrijft onder andere de verantwoordelijkheden van het college van burgemeesters en wethouders voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding en de verantwoordelijkheden van het bestuur van de veiligheidsregio voor de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorende tot groep A. De verantwoordelijkheden van de DPG'en zijn hierin niet expliciet beschreven.
365 Kamerbrief VWS 'Testen en traceren: samen strategisch de Corona-pandemie bestrijden', 28 augustus 2020, kenmerk 1738555-209580-PG, p. 3.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

geen uniforme wijze waarop de GGD'en en GHOR zijn georganiseerd en welke taken zij uitvoeren, dit is afhankelijk van de opdrachten van de gemeenten in de betreffende regio. Ondanks het bestaan van landelijke richtlijnen, hebben de GGD'en bij de uitvoering van veel taken geen uniforme werkwijze. Het gedecentraliseerde stelsel leidt zo tot fragmentatie en diversiteit, wat een uniforme aansturing verder tegenwerkt.[366]

Ter ondersteuning van de regionale GGD'en en GHOR is binnen GGD GHOR Nederland een verenigingsbureau, dat onder andere voor ministeries opdrachten uitvoert en de belangen behartigt van de regionale GGD- en GHOR-organisaties.[367] Tijdens de coronacrisis is het bureau van de GGD GHOR Nederland uitgebreid om de opdrachten van het ministerie over bijvoorbeeld testen en bron- en contactonderzoek te coördineren.

Uit het onderzoek blijkt dat de wijze van aansturing (soms via directe verzoeken aan de DPG'en, soms via opdrachten aan het verenigingsbureau GGD GHOR Nederland) regelmatig tot onduidelijkheid en ergernis leidt bij de DPG'en en andere betrokkenen. Een aantal keer doet de minister van VWS toezeggingen over werkzaamheden van de GGD'en, die voor de GGD'en als een verrassing komen en volgens hen niet binnen de verwachte termijn uitvoerbaar zijn. In paragraaf 4.3 over de verbinding tussen beleid en uitvoering zijn voorbeelden hiervan uitgewerkt.[368]

Betrokkenen uit de GGD'en geven in interviews aan dat zij op die momenten het gevoel hebben te worden gezien als een uitvoeringsorganisatie van het ministerie, terwijl zij formeel geen relatie hebben met het ministerie. Ook het feit dat de 25 GGD'en als gemeentelijke diensten regionaal en niet uniform zijn georganiseerd, levert problemen op bij een uniforme uitvoering van de verzoeken van de minister. Niet elke GGD heeft de benodigde relevante capaciteit in huis of de mogelijkheid om uit andere onderdelen van de dienst medewerkers in te zetten. Het verenigingsbureau GGD GHOR Nederland helpt waar mogelijk, waarbij het uit zijn rol als brancheorganisatie en belangenbehartiger stapt.

4.2 De nationale crisisstructuur

In de vorige paragraaf is de crisisbeheersing binnen de gezondheidszorg uitgewerkt. De coronacrisis ontwikkelt zich van een infectieziektecrisis tot een bredere nationale crisis die meerdere beleidsterreinen raakt. Om die reden wordt, als vervolg op enkele overleggen van het IAO, met een eerste bijeenkomst van de ICCb eind februari de nationale crisisstructuur actief voor de integrale besluitvorming over de crisisaanpak.[369] Tijdens de coronacrisis blijkt dat de inrichting van de nationale crisisstructuur, zoals voorzien in de planvorming, niet goed aansluit op de behoeften die ontstaan in de aanpak van een crisis van deze omvang qua impact, tijdsduur en complexiteit. De mate

366 Zie over gebrek aan uniformiteit, slagkracht en eenheid ook: GGD GHOR Nederland, 'Governance Gezondheidscrisis. Een position paper', 25 mei 2021.
367 Zoals het Rijksvaccinatieprogramma, preventieagenda en psychosociale hulpverlening.
368 Zie ook paragraaf 4.3 voor voorbeelden.
369 Verslag ICCb 26 februari 2020. De eerste vergadering van de MCCb is op 3 maart 2020. De minister van Justitie en Veiligheid informeert de Kamer op 13 maart 2020: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/13/tk-inzet-nationale-crisisstructuur-covid-19

waarin en de manier waarop de structuur daadwerkelijk wordt aangepast en of dit een positief effect heeft op de besluitvorming, zijn van een aantal factoren afhankelijk. Het gaat tot op zekere hoogte over de behoeften van de sleutelfunctionarissen, zoals de minister-president of de minister van Justitie en Veiligheid, die in staat zijn om aanpassingen door te voeren. Daarnaast gaat het om het adaptief vermogen van betrokkenen en de mate waarin zij elkaar weten te vinden om samen tot aangepaste of nieuwe structuren komen. Tijdens de coronacrisis vinden er substantiële aanpassingen aan de nationale crisisstructuur plaats (zie hieronder).[370]

Van wie is de crisis?

Het uitgangspunt bij een crisis op nationaal niveau is dat ieder ministerie zelf verantwoordelijk is voor de te nemen crisisbeheersingsmaatregelen op het eigen beleidsterrein, voor de financiering daarvan en voor de afstemming van deze maatregelen met andere rijkspartijen en betrokken publieke en private partners. De bewindspersoon wiens beleidsterrein het betreft, pakt de crisis in eerste instantie op.[371] In de coronacrisis is dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Vanaf het moment van activering van de nationale crisisstructuur is de MCCb onder voorzitterschap van de minister-president of de minister van JenV belast met de coördinatie van en de besluitvorming over het geheel van maatregelen en voorzieningen met het oog op een samenhangende aanpak. De betrokken ministers oefenen hun bevoegdheden uit in overeenstemming met de besluiten van de MCCb. De besluiten van de MCCb vormen het kader voor de uitvoering door publieke en private partners.[372]

De individuele ministers zijn verantwoordelijk voor de doorvertaling van de besluiten van de MCCb op het eigen beleidsterrein. Waar nodig worden de bevoegdheden van de minister van VWS ingezet om de besluiten in de MCCb vorm te geven. Zo verloopt het besluit om het primair en voortgezet onderwijs te sluiten op 15 maart via een aanwijzing van de minister voor Medische Zorg aan de voorzitters van de veiligheidsregio's.[373] De noodverordening wordt gebruikt om de scholen te sluiten, omdat de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs geen zelfstandige bevoegdheid heeft om de scholen op grond van een infectieziekte te sluiten. Daarnaast zijn er ook zelfstandige besluiten die bij de individuele ministers liggen. Zo besluit de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs om de schoolexamens voor het jaar 2019/2020 niet door te laten gaan. Omdat de ministeries over hun eigen beleidsterrein communiceren is de samenhang tussen de corona-gerelateerde besluiten niet altijd zichtbaar.

370 De impact van deze aanpassingen in de structuur op het besluitvormingsproces komen aan de orde in paragraaf 5.3.
371 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016).
372 Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing 2016 (september 2016).
373 Brief van de minister voor Medische Zorg aan de voorzitters van veiligheidsregio's, kenmerk 1663666-203280-PG, d.d. 17 maart 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Integrale aanpak MCCb onzichtbaar in informatieplicht
De informatieplicht aan de Tweede Kamer verloopt via de departementen. De ministers van VWS en voor Medische Zorg informeren de Kamer over de stand van zaken rond het virus en de verspreiding, de gezondheidszorg en de maatregelen. De minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs gaat in op de sluiting en heropening van de scholen en de gevolgen daarvan, en de overleggen die hij daarover heeft met de vakbonden en vertegenwoordigende organisaties. De ministers van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken doen dat over de financiële steunpakketten voor ondernemers en sectoren. De minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) informeert de Tweede Kamer over de aanpak van de verspreiding van het virus in nertsenhouderijen en onder personeel van slachthuizen.

Volgens de planvorming vormen de ICCb en de MCCb de kern van de nationale crisisstructuur, ondersteund door onder andere het IAO en het NKC.[374] In de coronacrisis ontstaan rondom de MCCb een aantal nieuwe gremia en ook op ambtelijk niveau ontstaan nieuwe werkgroepen en projecten, die alle een eigen invloed hebben op de besluitvorming in de nationale crisisstructuur.

Voorbereiding besluitvorming MCCb in Torentjesoverleg
Sinds de MH17-crisis is het gebruik dat de minister-president de MCCb voorzit, zo ook tijdens de coronacrisis.[375] Daarnaast zitten in eerste instantie de minister van Justitie en Veiligheid (JenV), de ministers van VWS en voor Medische Zorg en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties (BZK) in de MCCb. Ook de naaste adviseurs van de ministers, respectievelijk de secretaris-generaal (SG) van het ministerie van Algemene Zaken (AZ), de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV) en de DG Volksgezondheid van het ministerie van VWS. Al snel neemt de behoefte bij andere bewindspersonen om deel te nemen aan de MCCb toe, omdat de besluiten en maatregelen ook andere beleidsterreinen raken. Ook de veiligheidsregio's zijn vanaf half maart vertegenwoordigd in de MCCb om af te stemmen over de bestuurlijke maatregelen en de regionale vertaling daarvan.

De verbreding van de MCCb bemoeilijkt de efficiënte besluitvorming, die tijdens de acute fase van de crisis nodig is. Daardoor ontstaat de behoefte om een 'mini-MCCb' te vormen. Deze behoefte krijgt invulling door het Torentjesoverleg[376], waarin de minister-president, de minister van JenV en de ministers van VWS en voor Medische Zorg met hun naaste adviseurs in de periode tot juni vijf keer per week overleggen. Het Torentjesoverleg heeft als doel om in een kleinere samenstelling tot overeenstemming te komen en de besluitvorming in de 'brede' MCCb voor te bereiden. Vanaf juni vindt het overleg drie keer per week plaats en krijgt het een formele status in de vorm van een Bewindspersonenoverleg. Het effect van de toevoeging van het Torentjesoverleg op het besluitvormingsproces is dat de invloed van de minister-president, de minister van JenV

374 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016).
375 Volgens het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming is de minister van JenV voorzitter van de MCCb, tenzij de minister-president beslist dat hij voorzitter is. In de praktijk is de minister-president de afgelopen jaren altijd voorzitter van de MCCb.
376 In sommige stukken ook aangeduid als het 12-uurs overleg, naar het tijdstip waarop het overleg plaatsvindt.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

en de minister van VWS, zowel individueel als gezamenlijk, op het besluitvormingsproces toeneemt ten opzichte van de andere ministers in de MCCb.

Informeel overleg in het Catshuis

Op 15 maart is er naast de MCCb voor het eerst een Catshuisoverleg, op initiatief van de minister-president. In eerste instantie nemen de minister-president, de minister van JenV, de ministers van VWS en voor Medische Zorg, de vicepremiers en een aantal adviseurs deel aan het Catshuisoverleg. Naarmate de crisis en de effecten op de maatschappij zich breder ontwikkelen, breidt ook de samenstelling van het Catshuisoverleg zich verder uit. De gedachte achter het instellen van het overleg is dat er binnen de crisisstructuur onvoldoende ruimte is om met elkaar vooruit te kunnen kijken naar de komende week, bepaalde zaken te kunnen verdiepen en de verbinding met de politiek te kunnen maken. Die ruimte kon gevonden worden in een informeel overleg op zondag. In de praktijk krijgt het Catshuisoverleg een meer besluitvormend karakter, met dien verstande dat de voorgenomen besluiten worden bekrachtigd in de MCCb op de eerstvolgende maandag of dinsdag. De positie die het Catshuisoverleg krijgt, verandert de dynamiek in het besluitvormingsproces. Meerdere betrokkenen ervaren dat de MCCb hierdoor de positie krijgt in het proces om besluiten uit het Catshuis alleen nog te formaliseren. De veranderende dynamiek blijkt ook uit de afweging die verschillende ministers maken dat het om invloed uit te kunnen oefenen van belang is om naast, of soms zelfs in plaats van, de MCCb aan te sluiten bij de Catshuisoverleggen. Daarnaast lekken na het Catshuisoverleg regelmatig besluiten uit.

Besluitvorming over steunpakketten in het Vijfhoekoverleg

De besluitvorming over de financieel-economische maatregelen vindt plaats in het reguliere Vijfhoekoverleg.[377] Dat is een bestaand gremium voor afstemming tussen de ministeries van EZK, LNV, Financiën, SZW en Algemene Zaken, zowel op ambtelijk als politiek niveau. Dit gremium speelt tijdens de coronacrisis een belangrijke rol in de ontwikkeling van de economische steunpakketten. Betrokkenen geven aan dat dit onderdeel van de crisisaanpak buiten de crisisstructuur is belegd, omdat de maatregelen op financieel-economisch vlak minder snel zijn door te voeren en daardoor een andere cyclus kennen.

Interdepartementale projecten en werkgroepen

Met het oog op het beperken van de impact van de gevolgen van het virus roept de Rijksoverheid verschillende interdepartementale projecten en werkgroepen op ambtelijk niveau in het leven. Zo komt de NCTV met het voorstel om de basis van het besluitvormingsproces binnen de nationale crisisstructuur te beleggen in een projectstructuur met vijf projecten die onder het IAO hangen: maximaal controleren (inclusief de zorgcapaciteit), continuïteit van vitale processen en samenleving, zorg voor kwetsbare doelgroepen, financieel economische stabiliteit en het Caribisch gebied.[378] Het doel van het IAO is dat de departementen op deze projecten integraal samenwerken onder leiding van een projectleider. In de praktijk leveren deze projectgroepen vooral een beeld aan de hand van vastgestelde indicatoren, dat is samengesteld door het meest gerelateerde ministerie. Naast de projectstructuur binnen IAO/ICCb ontstaan

377 Presentatie NCTV, Catshuisoverleg 11 april 2020.
378 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 16 maart 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

breder allerlei interdepartementale werkgroepen, bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit, openbare ruimte en toerisme. In die werkgroepen nemen de bij het thema betrokken departementen en andere partners, zoals de politie, de VNG en het LOT-C deel.[379]

Overgang van crisis- naar programmastructuur

In de Catshuisoverleggen op 11 april[380] en 19 april presenteert de NCTV een voorstel voor de mogelijke aanpassing van de crisisstructuur: *'Van sprint naar marathon'*.[381] De NCTV omschrijft de inzet van de sprintfase als het bestrijden van de crisis op basis van de medische adviezen van het RIVM. Voor de marathonfase benoemt de NCTV vier opgaven in het kader van de overgang naar een 'langduriger nieuwe normaal-maatschappij'. De eerste opgave betreft het beheersen van de pandemie en de uitgestelde zorg en valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. De tweede opgave betreft de inrichting van de anderhalve meter samenleving. Een stuurgroep bestaande uit de Secretarissen-Generaal (SG) van de ministeries van JenV, EZK, SZW, IenW en BZK[382] krijgt de opdracht van de MCCb om zich over deze opgave te buigen.[383] De derde en vierde opgave betreffen het sociaal-maatschappelijke aspect, dat zoveel mogelijk via de gemeenten moet worden opgebouwd, en de nazorg vanuit het Rijk.

In de presentaties van de NCTV in het Catshuisoverleg is het uitgangspunt dat de sprintfase moet leiden tot een stabiele situatie, waarin a) het zorgsysteem niet langer overvraagd is, b) het R-getal kleiner is dan 1, er c) voldoende testcapaciteit en d) capaciteit en mogelijkheden voor bron- en contactopsporing is en e) waarin een meetinstrument voor de effecten van de transitie beschikbaar is om een snelle opleving te kunnen detecteren. Op basis van een stabiele situatie kan dan de overgang naar de marathonfase plaatsvinden. Indien nodig kunnen volgens de NCTV-stukken de ICCb en MCCb weer actief worden, maar de criteria of voorwaarden daarvoor ontbreken. De overgang vindt uiteindelijk eind juni plaats, wanneer de nationale crisisstructuur wordt afgeschaald.[384]

379 Secretarissen-generaal overleg, 'Programmaplan Samenleving en COVID-19', 8 juni 2020, bijlage A.
380 Het overleg is bij uitzondering op zaterdag, omdat Pasen op zondag 12 april valt.
381 Presentatie NCTV, 'Overgang sprint-marathon', Catshuisoverleg 19 april 2020, verslag ICCb Covid-19, 9 april 2020.
382 Ook de secretaris-generaal van het ministerie van Algemene Zaken is meerdere keren aanwezig bij het overleg van de stuurgroep.
383 MCCb, 'Van sprint naar marathon: Opdracht anderhalvemeter samenleving', 29 april 2020.
384 De laatste MCCb is op 24 juni 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Afschaling en monitoring via Coronadashboard

Vanaf begin mei lopen het aantal ziekenhuisopnames en de opnames op de intensive care sterk terug.[385] Na de laatste MCCb op 24 juni 2020 kondigt het kabinet diverse versoepelingen aan. Zo zijn contactactiviteiten weer mogelijk, zijn wedstrijden en evenementen weer toegestaan en vervalt de 1,5 meter afstand voor leerlingen in het voortgezet onderwijs.[386] Logischerwijs is te verwachten dat de versoepelingen zullen leiden tot een toename van het aantal besmettingen. Dat is achteraf ook te zien in de ontwikkeling van het reproductiegetal, dat op 24 juni nog 0,89 is, maar vanaf 1 juli weer boven de 1 ligt.[387] Op 24 juni geeft de minister van VWS in een Kamerbrief aan dat hij samen met de GGD'en, laboratoria en het RIVM hard werkt aan het verder opschalen van de capaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek en het vergroten van de effectiviteit en doorloopsnelheid van de processen.[388] Op dat moment is een proefversie van het coronadashboard actief (het meetinstrument uit de NCTV-presentatie), dat cijfers weergeeft van het aantal opnames op de intensive care, het aantal ziekenhuisopnames, het aantal positief geteste mensen, het aantal besmettelijke mensen en het reproductiegetal.[389] De overschrijding van de signaalwaardes in het dashboard in de zomermaanden leiden niet tot het opnieuw activeren van de nationale crisisstructuur.

Inrichting programmastructuur

De Ministeriële Commissie COVID-19 (MCC-19)[390], de Ambtelijke Commissie COVID-19 (ACC-19) en het Directeurenoverleg COVID-19 (DOC-19) komen in de plaats van de nationale crisisstructuur, nadat deze is afgeschaald. De MCC-19 komt in juli en augustus gemiddeld elke twee weken bijeen.[391] Ter ondersteuning wordt het programmadirectoraat-Generaal Covid-19 in het leven geroepen.[392] Het programma-DG Covid-19 moet binnen de reguliere besluitvormingsstructuur zorg dragen voor een integrale afweging en aanpak van vraagstukken.

385 Rijksoverheid, 'Coronadashboard: Ziekenhuisopnames door de tijd heen, op datum van opname', https://coronadashboard.Rijksoverheid.nl/landelijk/ziekenhuis-opnames [geraadpleegd op 11 oktober 2021]; Rijksoverheid, Coronadashboard: Intensive care-opnames door de tijd heen, https://coronadashboard.Rijksoverheid.nl/landelijk/intensive-care-opnames, [geraadpleegd op 11 oktober 2021].
386 Minister-president Rutte en minister van VWS De Jonge, 'Landelijke persconferentie', 24 juni 2020.
387 Rijksoverheid, 'Coronadashboard: Het reproductiegetal door de tijd heen', https://coronadashboard.Rijksoverheid.nl/landelijk/reproductiegetal, [geraadpleegd op 11 oktober 2021].
388 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 428.
389 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 428.
390 Naast de vaste onderraden, zoals de Raad Veiligheid en Inlichtingen (RVI) en de Raad voor Koninkrijksrelaties (RKR) zijn er ministeriële commissies die hun juridische basis vinden in het Reglement van Orde voor de Ministerraad. Het belangrijkste verschil met onderraden is dat de ministeriële commissies tijdelijk zijn, in principe voor de duur van een kabinetsperiode. Ministeriële commissies worden gevormd voor een bepaald thema of onderwerp, zoals de Ministeriële Commissie Stikstof en PFAS en de Ministeriële Commissie Vliegramp Oekraïne (MCVO). De minister-president is ook voorzitter van de commissies.
391 Vergaderingen 7 en 21 juli en 6, 18 en 25 augustus 2020.
392 Het programmadirectoraat-Generaal Covid-19 heeft per 1 oktober 2020 de titel Samenleving en Covid-19 gekregen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Programmastructuur als voorportaal voor beleid over de gevolgen van de pandemie

In antwoord op Kamervragen over de besluitvorming in de coronapandemie gaat de minister van VWS op 8 oktober 2020 in op de reden waarom is gekozen voor het afschalen en overhevelen naar het programma-DG Covid-19: *'Aangezien de nationale crisisstructuur vooral is bedoeld voor de kort-cyclische aanpak van een incident is in de zomer de Ministeriele Commissie COVID-19 (MCC-19) ingericht om als voorportaal van de ministerraad integraal over het beleid ten aanzien van de bestrijding en de gevolgen van de COVID-19-pandemie te besluiten. Dit was van belang omdat de coronacrisis geen kortdurende crisis is maar een langdurige crisis waarbij integrale afweging essentieel is. In de MCC-19 worden zowel besluiten genomen over maatregelen voor de acute bestrijding van het virus als besluiten om adequaat in te spelen de middellange en lange termijngevolgen van de crisis. Alle leden van het Kabinet zijn lid van de MCC-19. Ook het Veiligheidsberaad is vertegenwoordigd in de MCC-19 evenals de drie planbureaus, zijnde het Centraal Plan Bureau (CPB), het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).'*[393]

Uit bovenstaande illustratie blijkt dat de voornaamste reden die wordt gegeven voor de overgang naar de programmastructuur de noodzaak is om tot een integrale afweging te komen. In de praktijk komen de teams in de programmastructuur bijeen in een nieuwe, brede samenstelling, die in opzet echter grote overeenkomsten kent met het IAO, de ICCb en de MCCb binnen de nationale crisisstructuur. Uit het onderzoek komt naar voren dat de overgang primair is ingegeven door de behoefte om de crisisorganisatie 'vrij te spelen' voor mogelijke nieuwe crises, zoals de mogelijke impact van droogte in de zomer van 2020. In feite gaat dit argument alleen op voor de NCTV en het NKC, omdat hun taken bij het programma-DG Covid-19 worden belegd. Een andere praktische overweging die een rol heeft gespeeld is de behoefte om de besluitvorming dichter op de reguliere ministeriële lijnstructuur te organiseren.

In eerste instantie zijn de veiligheidsregio's alleen op ambtelijk niveau[394] aangesloten op de programmastructuur, via het DOC-19.[395] Voor het overleg van de ACC-19 op 17 augustus krijgt de directeur veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (tevens voorzitter van de Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio) éénmalig een uitnodiging.[396] Er is in de zomerperiode geen afvaardiging vanuit het Veiligheidsberaad in de MCC-19.[397] Het Veiligheidsberaad heeft niet meer de open lijn met het kabinet die wel bestond toen de nationale crisisstructuur was opgeschaald, terwijl de veiligheidsregio's na 24 juni niet zijn afgeschaald, maar nog steeds in GRIP 4 functioneren. Wanneer de besmettingen in de zomermaanden oplopen, groeit bij de veiligheidsregio's de behoefte aan landelijke kaders. De gedachte werkwijze om nieuwe uitbraken regionaal in te dammen is niet realiseerbaar. Dat wordt voor een deel veroorzaakt door tekorten in

393 Kamervragen (aanhangsel) 2020/21, nr. 430.
394 In de persoon van de directeur veiligheidsregio Zuid Holland Zuid die deelneemt namens de Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio.
395 Verslagen DOC-19 vanaf 23 juni 2020 tot en met 28 augustus 2020.
396 Verslagen ACC-19 vanaf 11 juni 2020 tot en met 31 augustus 2020.
397 Verslagen MCC-19 vanaf 30 juni 2020 tot en met 1 september 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

de testcapaciteit, maar ook doordat mogelijke regionale maatregelen, zoals eventuele sluitingen van horeca, winkels of culturele activiteiten een waterbedeffect hebben naar andere regio's. De afstemming over landelijke maatregelen verloopt moeizaam nu de nationale crisisstructuur is afgeschaald en het programma-DG Covid-19 niet is ingericht voor de aanpak van acute knelpunten in de crisis.

Mogelijkheid tot opnieuw opschalen crisisstructuur, maar kantelpunten niet benoemd

Bij de overgang naar de programmastructuur is de gedachte dat de minister-president, in overleg met de meest betrokken ministers, kan besluiten de nationale crisisstructuur weer tijdelijk in werking te stellen in het geval van een acute situatie[398] die vraagt om snellere besluitvorming dan waarin de MCC-19-structuur kan voorzien.[399] Concrete kantelpunten om de crisisstructuur weer op te schalen zijn echter niet benoemd, terwijl dat in de NCTV-presentatie in het Catshuis van 11 en 19 april wel de gedachte was achter het opzetten van een meetinstrument (het dashboard) om een snelle opleving te kunnen detecteren. De NCTV reactiveert de crisisstructuur later niet meer in zijn geheel, ook niet bij het oplopen van het R-getal en de toename van het aantal besmettingen in de zomer. Factoren als het vrijmaken van de NCTV voor andere crises, het uitgangspunt van regionaal indammen en de inrichting van het programma-DG Covid-19 hebben hierin een rol gespeeld. De aanpak van de acute crisis is op landelijk niveau nergens belegd, afgezien van de nog steeds geldende leidende rol voor infectieziektebestrijding bij de minister van VWS. Een gerichte afstemming met de veiligheidsregio's hierover blijft uit en het acteren op de veranderende situatie belandt tussen wal en schip. In oktober 2020 worden elementen uit de nationale crisisstructuur toegevoegd aan de programmastructuur: het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie wordt dan weer geactiveerd en de NCTV krijgt weer een centrale rol.

Conclusie nationale crisisstructuur

Door de aanpassingen aan de nationale crisisstructuur vindt op verschillende plekken besluitvorming plaats over (verschillende aspecten van) de crisisaanpak. Er ontstaan als het ware 'parallelle' structuren, waarvan niet altijd duidelijk is hoe zij zich verhouden tot en zijn aangesloten op de gremia binnen de nationale crisisstructuur. Door de veelheid aan coördinatiestructuren en besluitvormende gremia ontstaat met name op ambtelijk niveau onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is, hoe de aansturing verloopt en hoe en door wie het geheel wordt gecoördineerd. Op politiek-bestuurlijk niveau zien betrokkenen de MCCb als de plek waar de besluitvorming samen komt en wordt afgehecht.

De overgang naar de programmastructuur in de zomer leidt bij veiligheidsregio's en ministeries tot onduidelijkheid over de verdeling van rollen, taken en verantwoordelijkheden. Veiligheidsregio's missen de aansluiting op de landelijke crisisstructuur zoals die voor 24 juni bestond. Terwijl de programmastructuur zich nog in de opstartfase bevindt, komt Nederland in de tweede golf van de coronacrisis terecht.

398 Voorbeelden die in de persconferentie van 24 juni 2020 worden genoemd zijn een enorme toename van het aantal besmettingen in korte tijd en lokale/regionale hotspots van besmettingen die een landelijk effect hebben (bijvoorbeeld op het openbaar vervoer of door het afsluiten van een gebied of regio).
399 Concept Instellingsbesluit Ministeriële Commissie COVID-19, 2 juni 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Het dashboard geeft diverse signalen af dat een tweede golf aanstaande is, maar het leidt niet tot het reactiveren van de volledige nationale crisisstructuur. Het duurt tot oktober 2020 wanneer delen van de nationale crisisstructuur worden geactiveerd (NCTV en NKC) als aanvulling op de ambtelijke lijnen van DOC-19, ACC-19 en MCC-19.

4.3 Beleid en uitvoering: twee losse entiteiten

Een crisis vraagt om slagvaardigheid, om besluiten en maatregelen. Bestuurders wegen in crisisteams op strategisch niveau dilemma's af en beslissen ondanks onzekerheid. In de nationale crisisstructuur zijn beleid en uitvoering van elkaar gescheiden. Het bepalen van het 'wat' is aan de bestuurders op rijksniveau, en is in de nationale crisisstructuur centraal georganiseerd. Het 'hoe' - de uitvoering - is decentraal belegd bij organisaties zoals de GGD'en en de veiligheidsregio's of bij private partijen. Bij het uitvoeren van besluiten, zoals bijvoorbeeld bij de opschaling van testcapaciteit, is vaak meer dan één partij betrokken, die niet altijd onder rechtstreekse aansturing van de landelijke of regionale overheid staan. Ook zijn verantwoordelijkheden in ketens gefragmenteerd, is er niet altijd sprake van afstemming binnen de keten en is niet altijd duidelijk waar de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt.

Door deze belemmeringen in de aansluiting tussen beleid en uitvoering, of in de uitvoering, ontstaan bijna onvermijdelijk knelpunten. Als gevolg van de belemmeringen worden besluiten niet, niet tijdig of maar voor een deel uitgevoerd. Daardoor moeten ministers terugkomen op beloftes en toezeggingen die zij eerder hebben gedaan. Die situatie vraagt vervolgens opnieuw om slagvaardigheid. Wanneer deze lijn zich meerdere keren herhaalt, leidt dat tot een verwijdering tussen het kabinet of een minister en de bestuurders van uitvoerende partijen. Tegelijk daalt daardoor ook het vertrouwen van burgers in de effectieve aanpak door de overheid, waardoor de naleving van de maatregelen onder druk komt te staan. Dat maakt het vervolgens moeilijker om beleid goed te kunnen uitvoeren, omdat dit valt of staat met de naleving van burgers. De effectieve aansturing van de crisis komt steeds verder onder druk te staan.

Uitvoerbaarheid geen structureel onderdeel van besluitvormingsproces

Het beeld van de crisissituatie, de feiten voor zover bekend, de signalen uit de praktijk en de verwachte ontwikkelingen komen via verschillende crisisteams bij elkaar, waar zij leiden tot voorstellen voor besluiten en beleid. Het palet waar de ministers zich tijdens de coronacrisis over buigen is breed, en gaat onder meer over beleid voor testen, bron- en contactonderzoek, het inkopen of produceren van medische hulpmiddelen, uitbreiding en verdeling van de zorgcapaciteit, financiële ondersteuningspakketten en maatregelen om sociale contacten tussen mensen te beperken. Ook het beleid voor het weer opheffen van ingestelde maatregelen valt hieronder. Het meewegen van de haalbaarheid van de uitvoering van maatregelen is geen deel van de advieslijn. De taak van het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO), dat binnen het ministerie van VWS de adviezen van het OMT toetst op bestuurlijke en politieke haalbaarheid en wenselijkheid, komt hier nog het dichtst bij in de buurt.[400] Daarnaast adviseert de Interdepartementale

400 RIVM, *Landelijke advisering bij infectieziektedreigingen en –crises* (mei 2020), p. 14.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Commissie Crisisbeheersing (ICCb) de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) over het geheel aan maatregelen en over de politieke consequenties daarvan.[401] Onderdeel van het takenpakket van het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO) is het afstemmen over de uitvoering van de besluiten van de ICCb en MCCb.[402] In het IAO zitten vertegenwoordigers vanuit betrokken departementen. In de praktijk wordt in het IAO vooral gesproken over de impact van maatregelen op de verschillende sectoren en de handhaafbaarheid ervan. De uitvoerbaarheid van de besluiten zelf is daarmee geen onderdeel van de advisering van de besluitvorming in de nationale crisisstructuur. Dit leidt in de praktijk tot knelpunten, die in deze paragraaf nader worden uitgewerkt.

Naast het feit dat dat de uitvoerbaarheid niet structureel wordt meegenomen in de besluitvorming, is ook het contact tussen beleid en uitvoering in de nationale crisisstructuur niet structureel ingebed. Dat betekent niet dat er geen contact is: ministeries en uitvoerende partijen hebben onderling intensief contact in en rondom de overleggen van de crisisteams. Uit het onderzoek blijkt dat deze contacten echter afhankelijk zijn van de persoonlijke inzet en het netwerk van betrokkenen, waardoor de ene uitvoerende partij een sterkere aansluiting heeft bij het beleid dan de andere.[403] Dat maakt het geheel kwetsbaar. Hoewel vanuit die informatielijn de hoofdlijnen van de adviezen en besluiten voor niemand onbekend zijn, zijn de persconferenties, die kort volgen op het overleg van de ministers in de MCCb, niet alleen een vorm van publiekscommunicatie, maar ook het communicatiekanaal naar partijen die betrokken zijn in de uitvoering. Op dat moment horen zij de definitieve inhoud van de besluiten, maar kunnen zij er geen invloed meer op uitoefenen.

Verpleeghuizen overvallen door naar voren halen verruiming bezoekregeling

De minister van VWS kondigt in de persconferentie van 6 mei aan dat een pilot start met het toelaten van bezoek in enkele verpleeghuisinstellingen. Twee weken later schrijft de minister in zijn Kamerbrief dat de resultaten van de pilot voor hem voldoende zijn om te besluiten dat op alle locaties zonder besmettingen weer een vaste bezoeker per bewoner wordt toegestaan. Verpleeghuizen krijgen tot half juni de ruimte om dit te realiseren. Het is de bedoeling om vanaf 15 juli de bezoekregeling verder te verruimen, waardoor bewoners meerdere bezoekers mogen ontvangen.[404] Met het niet toenemen van de besmettingscijfers in de verpleeghuizen en druk vanuit een overleg met cliëntenorganisaties besluit de minister begin juni echter om de datum van 15 juli een maand naar voren te halen. Meerdere verpleeghuizen voelen zich daardoor overvallen, omdat zij in de knel komen in de praktische voorbereiding en de communicatie met familieleden.[405]

401 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016), p. 17.
402 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016), p. 23.
403 Zie paragraaf 4.2.
404 Kamerbrief VWS, 'COVID-19 Update stand van zaken', 20 mei 2020.
405 RTL Nieuws, 'Onrust onder verpleeghuizen over versoepeling maandag: 'Die komt te snel', 13 juni 2020, https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5151706/verpleeghuis-corona-versoepeling-bezoek [geraadpleegd op 11-10-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

‘The man on the moon’-strategie

Dat het ontbreken van een uitvoeringstoets en structureel contact met uitvoeringspartijen tot knelpunten leidt, komt ook duidelijk naar voren in de ontwikkeling van de app Coronamelder. De minister van VWS benoemt deze app half april aan de Tweede Kamer als ontwikkeling.

Coronamelder app op bord DPG’en zonder vooraf overleg

De snelle introductie van de Coronamelder app, zoals in omringende landen, strandt in een georganiseerde ‘appathon’, en het bouwen van de app duurt uiteindelijk tot september. Op dat moment start een pilot in enkele regio’s. De pilot kan worden gezien als een manier om zicht te krijgen op de uitvoerbaarheid. De landelijke introductie wordt uitgesteld, omdat de Autoriteit Persoonsgegevens de wettelijke grondslag onvoldoende vindt en de minister een nieuw wetsvoorstel moet indienen.[406]

Hoewel GGD GHOR Nederland betrokken is geweest in de appathon, zijn de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG’en) van de GGD’en verrast door de uitspraken van de minister van VWS in zijn Kamerbrief[407], waarin hij zijn verwachtingen van de GGD uiteenzet. ‘Het app-gebeuren is tevoren nooit met de DPG’en besproken. Het werd onverwacht door de minister tijdens een persconferentie naar voren gebracht en kennelijk zijn we daarin meegegaan. Het wordt nu geafficheerd dat het ‘van de GGD’ zou zijn, terwijl een aantal GGD’en niet achter de app staat.’

De voorbeelden illustreren een terugkerend patroon waarin de minister van VWS besluiten neemt en toezeggingen doet terwijl nog niet duidelijk is of en hoe die te realiseren zijn. Aan dit patroon ligt een strategie ten grondslag die ook wel *‘the man on the moon’* strategie wordt genoemd. In de inschatting van wat mogelijk is bij de uitvoering bewegen bestuurders zich langs een lijn van een strategie van *‘underpromise and overdeliver’* aan de ene kant tot *‘the man on the moon’* als andere uiterste.[408] De strategie van *‘underpromise and overdeliver’* is om voorzichtig te zijn met toezeggingen, waardoor de kans groot is dat uitvoerende partijen in het operationaliseren meer of eerder kunnen waarmaken. Bestuurlijk heeft dit het risico dat de maatschappij vindt dat een minister blijkbaar niet alles uit de kast haalt om de crisis zo goed mogelijk aan te pakken. In deze crisis kiest het kabinet en met name de minister van VWS er echter voor om ambitieuzer te zijn in besluiten en toezeggingen, terwijl nog niet duidelijk is of en hoe dit te realiseren is (‘*the man on the moon*’). De onderliggende bedoeling daarvan is om uitvoerende partijen te stimuleren om zover mogelijk te gaan in hun prestaties. Inherent aan deze werkwijze is dat een bestuurder grote druk zet op partijen in de uitvoering en – als de uitvoering trager gaat of mislukt – het risico neemt dat de samenleving het vertrouwen verliest in verdere besluiten en toezeggingen.

406 Wetsvoorstel Tijdelijke wet notificatieapplicatie Covid-19, ingediend augustus 2020, van kracht 10 oktober 2020.
407 Kamerbrief VWS, ‘COVID-19: Update stand van zaken’, 21 april 2020.
408 *The man on the moon* verwijst naar een speech van president J.F. Kennedy op 25 mei 1961 om commitment te creëren voor zijn plan om binnen een decennium op de maan te landen. De strategie van *underpromiss and overdeliver* is afkomstig uit marketing modellen; meer doen dan klanten verwachten, leidt tot een grotere klanttevredenheid.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Ook bij de opschaling van testcapaciteit en het uitbreiden van bron- en contactonderzoek blijkt dat *'the man on the moon'* strategie tot knelpunten leidt. Daarbij weet niet alleen de minister de GGD'en te verrassen met toezeggingen die nog niet volledig uitvoerbaar zijn. Ook de GGD'en verrassen de minister.

De minister van VWS en de GGD'en verrassen elkaar

Ten aanzien van de opschaling van de testcapaciteit om te komen tot het testen van iedereen met klachten, geeft de minister van VWS begin mei aan dat dat zal zijn 'In juni – en we streven naar 1 juni.'[409] Tijdens een werkbezoek van de minister aan GGD GHOR Nederland informeren de DPG'en hem over de aanpak van de opschaling van het testen en bron- en contactonderzoek en de knelpunten daarin. Volgens GGD GHOR Nederland en de DPG'en is de minister in het werkbezoek meegenomen over wat de GGD'en realistisch gezien kunnen organiseren. Dat heeft geleid tot een gesprek over de verdere invulling. Het resultaat is overeenstemming over het feit dat de onhaalbare opdracht van 1 juni van tafel is.[410] Op dezelfde dag meldt de minister echter in de persconferentie dat er volop wordt gewerkt aan de verdere realisatie van de app Coronamelder, omdat we 'aan de vooravond staan van iedereen kunnen laten testen. Op 1 juni gaat dat van start.'[411]

Op hun beurt weten ook de GGD'en de minister te verrassen. Eind juni meldt één van de DPG'en in een technische briefing van de vaste Kamercommissie van VWS dat in 99% van de gevallen binnen één dag alle contacten van positief geteste personen in kaart zijn gebracht.[412] In de zomermaanden neemt het aantal positieve testen weer toe. Begin augustus schrijft de minister van VWS in zijn Kamerbrief: 'De capaciteit die de GGD'en regionaal beschikbaar hebben voor bron- en contactonderzoek is de afgelopen weken verder opgeschaald. Op dit moment kunnen dagelijks zo'n 600 onderzoeken worden gedaan en de GGD'en kunnen dit met behulp van een landelijke flexibele capaciteit nu snel opschalen naar 1500. Mede hierdoor lukt het om het bron- en contactonderzoek zo snel mogelijk na ontvangst van een positieve uitslag op te starten. In het overgrote deel van het bron- en contactonderzoek is dit binnen 24 uur.'[413] Een dag later komt via de media naar buiten dat er een capaciteitstekort is bij de GGD in de regio's Amsterdam en Rotterdam, met als gevolg dat deze regio's overgaan tot een beperkte uitvoering van het bron- en contactonderzoek. De minister van VWS meldt daarover in een volgende Kamerbrief: 'Toen mij eind vorige week is gebleken dat regio's Amsterdam en Rotterdam tijdelijk risico-gestuurd bron- en contactonderzoek invoerden, ben ik in overleg getreden met GGD GHOR Nederland en de DPG van deze regio's.'[414]

409 Minister-president Rutte en minister van VWS De Jonge, 'Landelijke persconferentie', 6 mei 2020.
410 Verslag bijeenkomst DPG'en, 27 mei 2020.
411 Letterlijke tekst persconferentie minister-president Rutte en minister De Jonge na afloop van crisisberaad kabinet, 27 mei 2020, https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2020/05/27/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-na-afloop-van-crisisberaad-kabinet.
412 Technische briefing vaste Kamercommissie VWS, presentatie GGD GHOR Nederland 'voortgang testen en bron- en contactonderzoek', 25 juni 2020.
413 Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 469.
414 Kamerbrief VWS, 'Update bron- en contactonderzoek en quarantaine', 11 augustus 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Aansluiting met communicatie en handhaving

In tegenstelling tot de uitvoeringsorganisaties in de gezondheidszorg, hebben de veiligheidsregio's wel een plek in de besluitvormingsstructuur. De betrokkenheid van de veiligheidsregio's in de nationale crisisstructuur was in de planvorming en de Wet veiligheidsregio's niet voorzien, maar is tijdens de coronacrisis wel tot stand gekomen doordat een vertegenwoordiger van het overkoepelende Veiligheidsberaad aansluit in de MCCb. Veiligheidsregio's hebben op die manier een directe informatielijn en hebben ook de mogelijkheid om inbreng te geven op het te vormen beleid voor uitvoeringsaspecten als uitlegbaarheid en handhaving. Verder is er contact tussen de communicatieafdelingen van Veiligheidsregio's en het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie. Het NKC maakt onderdeel uit van de nationale crisisstructuur en de communicatieadviseurs nemen standaard deel aan de overleggen van het IAO, ICCb en MCCb. Daardoor wordt de wijze waarop over maatregelen zal worden gecommuniceerd in deze overleggen al meegenomen. Communicatieafdelingen in veiligheidsregio's worden via het NKC op de hoogte gehouden van de besluiten die aanstaande zijn. Die informatielijn met communicatieadviseurs en veiligheidsregio's draagt bij aan de voorspelbaarheid van de besluiten die van invloed zijn op hun werkgebied. Hierdoor worden deze organisaties, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de GGD'en, minder snel voor verrassingen gesteld.

Versterking verbinding met veiligheidsregio's

Op 28 januari verzoekt de portefeuillehouder GHOR uit het Veiligheidsberaad in het BAO de informatievoorziening richting de veiligheidsregio's te intensiveren. Het BAO neemt dit verzoek over, met als één van de afspraken dat het RIVM tijdens een bijeenkomst van het Veiligheidsberaad voorlichting zal geven.[415] Vanwege de oplopende besmettingen in Brabant vertegenwoordigt de voorzitter van de veiligheidsregio Brabant-Noord op 9 maart de drie Brabantse veiligheidsregio's in de ICCb en MCCb.[416]

Een aantal dagen later informeert de minister van Justitie en Veiligheid (JenV) de voorzitters van de veiligheidsregio's over de inzet van de nationale crisisstructuur en verzoekt hij hen om twee vertegenwoordigers aan te wijzen om structureel aan te sluiten bij ICCb en MCCb.[417,418] Het Veiligheidsberaad heeft geen formele rol in de crisisbeheersing. In dit geval kiezen de voorzitters van de veiligheidsregio's er echter voor om via afstemming in het Veiligheidsberaad tot eenheid in de aanpak te komen. Dat creëert de mogelijkheid om vanuit het Veiligheidsberaad de gevraagde vertegenwoordigers voor ICCb en MCCb aan te wijzen. Andersom sluit het ministerie van JenV (vaak in de persoon van de minister zelf) aan bij de overleggen van het Veiligheidsberaad.[419] Op deze manier is de verbinding tussen Rijk en regio's en het gezamenlijk optreden als overheid versterkt.

415 BAO, 'Advies Bestuurlijk afstemmingsoverleg', 28 januari 2020. Deze bijeenkomst vond plaats op 12 februari 2020 in het Calamiteitenhospitaal in Utrecht.
416 Kamerstukken II, 2019/20, 25 295, nr.122.
417 Kamerbrief JenV, 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19', 13 maart 2020.
418 In het verlengde van de deelname in de MCCb en ICCb neemt ook met regelmaat een vertegenwoordiger namens de veiligheidsregio's deel aan het IAO.
419 Een enkele keer is ook de minister van VWS aanwezig bij de overleggen van het Veiligheidsberaad.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Zoals beschreven in paragraaf 4.2 raken de veiligheidsregio's hun verbinding met het Rijk in de zomer van 2020 echter weer kwijt, wanneer de landelijke crisisstructuur wordt afgeschaald en er geen afvaardiging vanuit het Veiligheidsberaad in de MCC-19 zit. Dat hierdoor signalen vanuit de gemeentelijke uitvoering moeilijker terecht komen in het besluitvormingsproces, blijkt uit onderstaande illustratie.

Geen opvolging signalen over gebrek aan naleving basisregels
In de zomerperiode moeten burgemeesters inzetten op het handhaven van de maatregelen, terwijl de effecten van de bekende gedragsregels minder zijn geworden na het aankondigen van de versoepelingen. In het Veiligheidsberaad op 29 juli wordt gesignaleerd dat de anderhalvemeter-maatregel 'sleets' begint te worden. Daarbij geven de leden van het Veiligheidsberaad aan dat zij bij de versoepelingen al hebben gewezen op de handhaafbaarheid en dat *'het appèl dat de minister wederom doet op handhaving zinloos is'*.[420] In de persconferentie van 6 augustus benadrukt de premier echter opnieuw het belang van naleving van de basisregels.

Informatie als cruciale schakel in verbinding tussen beleid en uitvoering
Om besluiten te nemen is informatie van cruciaal belang. Hoewel geïnterviewden spreken van een overvloed aan informatiestromen, is tegelijk duidelijk dat niet alle informatie beschikbaar of volledig is. De meest harde cijfers zijn beschikbaar over de bezetting van de ic-capaciteit, maar daarmee heeft het kabinet nog geen zicht op de totale belasting van de zorgcapaciteit.[421] Ook het zicht op de verspreiding van het virus kent beperkingen: het proces van opschalen van de testcapaciteit illustreert dat de informatie uit testen niet volledig is.[422] Voor andere hoofdlijnen van beleid, zoals de bescherming van kwetsbaren of gevolgen op sociaal-economisch terrein beschikt het kabinet ook niet over harde, kwantificeerbare sturingsinformatie.[423] Hoewel veel kennis simpelweg niet beschikbaar is op het moment van besluitvorming, blijven er ook kansen liggen om bepaalde voor de besluitvorming cruciale informatie alsnog te gebruiken of te ontsluiten, zoals onderstaande twee voorbeelden illustreren.

420 Verslag Veiligheidsberaad, 29 juli 2020
421 Zie ook hoofdstuk 8.
422 Vanaf 1 juni 2020 kon iedereen met klachten zich laten testen. Tot die tijd gold een restrictief testbeleid voor specifieke doelgroepen waardoor geen volledig zicht bestond op het aantal besmettingen.
423 Zie ook paragraaf 5.2 en hoofdstuk 8.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Versoepelingen zonder informatie over voorwaarden
Voor het versoepelen van maatregelen geeft het OMT op verzoek van het ministerie van VWS op 6 april advies. De OMT-leden stellen een aantal voorwaarden voor het mogelijk maken van versoepelingen: het reproductiegetal moet gedurende langere tijd onder de 1 zijn, de zorg moet niet langer overvraagd zijn en de kans gekregen hebben zich te herstellen, en de capaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek moet op orde zijn.[424] Het kabinet neemt dit advies van het OMT over, maar bij de besluitvorming over de versoepelingen blijft een toets op de voorwaarden vervolgens uit. Criteria voor het herstel van de zorg zijn niet concreet gemaakt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) coördineert vanaf half april de opstart van de reguliere zorg en uit de monitoringscijfers blijkt niet dat dit proces is gerealiseerd voor het kabinet de besluiten over versoepelingen neemt. Het kabinet vraagt de NZa ook niet om een specifiek advies hierover. De testcapaciteit wordt verder uitgebreid, maar is dan nog niet toegerust om iedereen met klachten te kunnen testen, en ook de ondersteunende app voor het bron- en contactonderzoek is dan nog niet gereed.

Waar bovenstaand voorbeeld illustreert hoe beschikbare informatie niet wordt gebruikt in de besluitvorming, laat onderstaand voorbeeld zien dat het soms niet lukt om informatie die er wel is te ontsluiten en samen te brengen.

Beschikbare informatie wordt niet ontsloten
Op het moment van de dreigende tekorten van laboratoriummaterialen bestaat er geen landelijk inzicht in de laboratoriumcapaciteit, de voorraden en de materialen die schaars zijn. Het verkrijgen van inzicht in de laboratoriumcapaciteit is geen taak van het RIVM of het Ministerie van VWS, en is geen onderdeel van het opschalingsplan van het RIVM. Informatie over voorraden is in principe bedrijfsgevoelig.[425] Hierdoor is het onduidelijk of kan worden voldaan aan de voorwaarden voor testen en bron- en contactonderzoek.

De invloed van schaarste op beleid en uitvoering

De mogelijkheden om de impact van besluiten te overzien, worden beïnvloed door de beschikbare informatie en de schaarste aan benodigde hulpmiddelen. Het feit dat de besluitvormers tijdens de coronacrisis op tal van vlakken schaarste ondervinden, beperkt hen in de mogelijkheden. Niet alle logische keuzes en voorkeursscenario's zijn beschikbaar door de aanwezige schaarste.

Het ontstaan van tekorten is een factor die ook de uitvoering van het beleid op het terrein van testen en medische hulpmiddelen in de eerste maanden van de crisis sterk heeft belemmerd. De inkoop van productie in het buitenland betekent een grote afhankelijkheid van Azië. Daarnaast kent Nederland een stelsel waarin zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de inkoop van materialen, terwijl andere landen grotere druk kunnen uitoefenen door een centrale inkoop.[426] Laboratoria en zorginstellingen

424 OMT, 'Advies na 63e OMT COVID-19', 06 april 2020.
425 Algemene Rekenkamer, *Testen op corona* (september 2020), p. 30.
426 Zie ook paragraaf 4.1 over het gebrek aan mogelijkheden om centraal te sturen op het zorgveld.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

houden meestal geen grote voorraden aan. Het voorraadbeheer is te karakteriseren als 'just-in-timemanagement', gebaseerd op scherpe contracten. De stagnatie in productie en transport leidt al snel tot dreigende tekorten. Met de coördinatie van aanschaf en distributie door het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) volgt Nederland, net als andere landen[427], na enkele weken de lijn van centrale inkoop.

Restrictief testbeleid leidt tot minder testmateriaal

De leveranciers houden bij leveringen ook rekening met de verdeling van de internationale schaarste en willen 'hamsteren' voorkomen. Zij maken daarom een inschatting van de behoefte per land, waarvoor het testbeleid de basis is. Landen met een ruim testbeleid krijgen daardoor meer testmateriaal geleverd.[428] Tijdens de eerste maanden van de coronacrisis is het Nederlandse testbeleid restrictief: alleen een beperkt aantal doelgroepen kan zich laten testen. Dit heeft tot gevolg dat leveranciers Nederland in verhouding minder testmateriaal toebedelen dan landen met een ruimer testbeleid. Het beleid om rekening te houden met de schaarse testcapaciteit werkt zo averechts door in het verkrijgen van materialen om de capaciteit te kunnen verruimen.

Met name het OMT en het BAO hebben over de knelpunten als gevolg van schaarste geadviseerd door prioriteiten te stellen in de verdeling van de schaarse middelen. Door deze focus op de verdeling van schaarste wordt het zoeken naar alternatieven om de schaarsteproblematiek te verkleinen naar de achtergrond gedrukt. Zo houdt de door het OMT ingestelde Taskforce Diagnostiek lang vast aan de beschikbare capaciteit van laboratoria die zijn opgenomen in het opschalingsplan en maakt daarmee niet of pas in een later stadium gebruik van de capaciteit bij 'commerciële' laboratoria.[429]

427 Algemene Rekenkamer, *Testen op corona* (september 2020), p. 30.
428 Algemene Rekenkamer, *Testen op corona* (september 2020), p. 30, 43.
429 De Algemene Rekenkamer concludeert hierover in haar rapport *Testen op corona* (september 2020), p.5: *'Uit ons onderzoek blijkt dat, ondanks de genoemde belemmeringen wat betreft de testcapaciteit, in de onderzochte periode tot 1 juni toch meer had kunnen worden getest dan is gebeurd.'*

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Vasthouden aan laboratoria die onder het opschalingsplan vallen
De eerste verruiming van het testbeleid wordt gecreëerd door gebruik te maken van de in het opschalingsplan bekende laboratoria. Vanaf 6 april 2020 kunnen zorgmedewerkers en patiënten buiten het ziekenhuis met klachten zich laten testen. De Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit werkt hard aan de verdere uitbreiding van de testcapaciteit. In de stuurgroep van de LCT, waarin ook de door het OMT ingestelde Taskforce Diagnostiek onder leiding van de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Medisch Microbiologen deelneemt, komt het aanbod van een laboratorium om breder te testen aan de orde. 'In deze vergadering wordt tevens besproken dat het noodzakelijk is dat iedereen zich houdt aan het testbeleid. De NVMM vult aan dat de kwaliteitscontrole goed moet zijn, en dat er vooralsnog geen goed zicht is op het toezicht van arts-microbiologen [bij de analyse van testen door dit laboratorium]. Daarnaast wordt gemeld dat een commerciële insteek niet leidend mag zijn. Het testen van infectieziekten staat niet op zichzelf, maar hangt samen met [een] medische beoordeling. Medisch microbiologische laboratoria moeten eerst benut worden, al dienen vanwege de capaciteit ook daarbuiten mogelijkheden benut te worden. Er wordt besloten om niet in zee te gaan met [dit laboratorium]; RIVM, NVMM, testbeleid en volksgezondheid zijn leidend.'[430]

De laboratoriumcapaciteit wordt eerst verder vergroot met laboratoria die normaliter ingezet worden voor HPV onderzoeken en veterinaire labs. Als na de zomer de labcapaciteit opnieuw een knelpunt wordt in de testketen, komen het gebruik maken van laboratoriumcapaciteit in het buitenland en de inzet van commerciële partijen voor teststraten in beeld voor de minister van VWS als opties om de testcapaciteit verder uit te breiden.[431] Ondanks het belang dat het kabinet hecht aan testen als pijler onder de strategie om zicht op het virus te hebben en verspreiding te voorkomen, blijven deze mogelijkheden om de capaciteit te vergroten onbenut.

Waar binnen de crisisstructuur de focus primair ligt op het verdelen van schaarste, zijn in het zorgveld verschillende voorbeelden te zien van creatieve oplossingen om met de schaarste om te gaan. Zoals de tijdelijke organisatie 'Extra handen voor de zorg', die de vraag van zorginstellingen en het aanbod van mensen met een (gedeeltelijke) zorgopleiding aan elkaar verbindt.[432] Ook zijn medewerkers uit andere beroepsgroepen, zoals stewardessen en horecapersoneel, versneld opgeleid voor (ondersteunende) zorgfuncties om de schaarste in personeel op te lossen.[433] Fabrikanten ontwerpen, ontwikkelen en maken nieuw productielijnen om beschermingsmiddelen voor de zorg te produceren.[434] Daarnaast voorzien veiligheidsregio's en ROAZ'en regio's in uitbreiding van de zorgcapaciteit door de inrichting van zorghotels en grootschalige zorglocaties.[435]

430 Verslag stuurgroep LCT 3 april 2020, uit Feitenreconstructie thema testbeleid en testcapaciteit, januari – juli 2020, ministerie VWS.
431 Kamerbrief VWS, 'Testen en traceren: samen strategisch de Coronapandemie bestrijden', 28 augustus 2020.
432 Kamerbrief VWS, 'COVID-19 Update stand van zaken', 7 april 2020.
433 Nationale zorgklas, 'De Nationale Zorgklas bestaat één jaar!', 19 april 2021, https://nationalezorgklas.nl/actueel/de-nationale-zorgklas-bestaat-één-jaar [geraadpleegd op 11 oktober 2021].
434 Kamerbrief VWS, 'Beantwoording Kamervragen over de productie van persoonlijke beschermingsmiddelen in Nederland', 16 juni 2020.
435 Kamerbrief VWS, 'COVID-19 - Update stand van zaken', 25 maart 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

4.4 In het kort

De crisisorganisatie tijdens de coronacrisis is een complex geheel, dat tijdens de crisis bijna voortdurend aan verandering onderhevig is geweest. Zowel binnen de structuur voor infectieziektebestrijding als in de nationale crisisstructuur en in de verbinding met uitvoerende partijen ontstaan knelpunten.

De samenwerking tussen de partijen in het zorgveld kenmerkt zich door netwerken en afstemming op basis van eigen verantwoordelijkheden, zonder dat er sprake is van onderlinge aansturing en doorzettingsmacht. Het ministerie van VWS is stelselverantwoordelijk, voorwaarde- en kaderscheppend, en terughoudend in de directe aansturing van het veld. Aangezien in de wetgeving is vastgelegd dat de uitvoering van de zorg een verantwoordelijkheid is van de zorginstellingen heeft het ministerie daarvoor ook geen instrumenten, anders dan netwerken, faciliteren, coördineren en afstemmen.

Tijdens de coronacrisis ontstaan taken en knelpunten in de gezondheidszorg die de oplossingsmogelijkheden van individuele zorgaanbieders overstijgen en vragen om landelijke afspraken en sturing. Hierop zijn zowel het reguliere zorgstelsel als de crisisorganisatie niet toegerust. De gezamenlijke inspanning en veerkracht van zorgpartijen en het ministerie van VWS om de crisis te beheersen is groot. Zij zijn er gedurende de loop van de crisis met elkaar in geslaagd, zij het reactief, om ad hoc gaten in de aansturing en organisatie van de crisisbeheersing in de gezondheidszorg in te vullen. Het zoeken van het ministerie en de zorgpartijen naar manieren om te kunnen sturen en grip te krijgen op de problematiek leidt tot variatie in regie. De verschillende keuzes in regievoering van VWS op verschillende vraagstukken geven geen duidelijk beeld hoe de landelijke sturing op de gezondheidszorg tijdens de crisis georganiseerd is. De onderlinge afstemming die nodig is om de landelijke samenwerking te creëren en daadwerkelijk te laten functioneren gaat ten koste van de snelheid, die in de acute fase van een crisis nodig is. Een ander belemmerend aspect is dat de crisisstructuur voor het ministerie intern en in de verbinding met de zorgpartijen niet toereikend is, en met de toegevoegde overleggen en coördinatiepunten voor de betrokken partijen zelf en crisispartners buiten de zorg complex en onduidelijk is.

Alleen al de geografische omvang van de problematiek maakt corona tot een landelijke crisis. De gevolgen beperken zich ook niet tot het beleidsterrein van één ministerie. Die doorwerking doet zich voor bij meerdere crises: een infectieziektecrisis is niet alleen van het ministerie van VWS, een overstroming is niet alleen van het ministerie van IenW, de klimaatcrisis is niet alleen van het ministerie van EZK, een cybercrisis is niet alleen van het ministerie van JenV. Het kabinet en de departementen stemmen af in de crisisteams van de nationale crisisstructuur. De voorbeelden van landelijke crises vragen een zwaarder accent op de nationale crisisstructuur dan op de verantwoordelijkheid per departement. Tegelijk is in de praktijk van de coronacrisis te zien dat ministers veel afstemmen en besluiten 'voorbereiden' in overleggen buiten de crisisstructuur. De wens om efficiënt met direct betrokkenen slagvaardig besluiten te nemen staat op gespannen voet met de raakvlakken die er zijn met een groot aantal departementen. Het leidt tot een golfbeweging aan verbreding en versmalling in de samenstelling van deelnemers aan de crisisoverleggen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Uit de noodzaak en behoefte aan brede participatie in combinatie met de (waarschijnlijk) lange duur van de crisis volgt een nieuwe rijksbrede programmastructuur. De opbouw van deze structuur kent veel vergelijkbare elementen uit de nationale crisisstructuur; het programma is in eerste instantie niet bedoeld voor de acute crisisproblematiek, waardoor er meer ruimte en tijd is voor afstemming en besluitvorming met veel partijen. In dat licht vormen het moment van de afschaling van de nationale crisisstructuur, als de effecten van de versoepelingen nog niet bekend zijn, en het ontbreken van concrete kantelpunten voor het weer activeren van de nationale crisisstructuur ingrediënten voor nieuwe knelpunten.

Bestuurders en uitvoerenden hebben in deze crisis de kloof tussen beleid en uitvoering op het gebied van uitlegbaarheid en handhaving kunnen overbruggen, maar in het realiseren van inhoudelijke doelstellingen is de verbinding achtergebleven. Beleid en uitvoering zijn veelal los van elkaar georganiseerd en de urgentie en soms de tijdsdruk van een crisis belemmeren een toets op uitvoerbaarheid voorafgaand aan de besluitvorming. Vervolgens leiden de knelpunten in de aansturing ertoe dat bestuurders sterk afhankelijk zijn van de uitvoerende partijen, zowel voor de informatie om besluiten te kunnen nemen als in het daadwerkelijk realiseren van die besluiten. Het kabinet heeft de drie ankerpunten van de crisisaanpak (zicht op de verspreiding van het virus, beheersbaarheid van de druk op de gezondheidszorg en bescherming van kwetsbaren) in zijn beleid een prominente plaats gegeven. Door de kloof tussen beleid en uitvoering zijn mogelijkheden blijven liggen om deze doelstellingen te realiseren. In deze crisis vroeg het deel van de uitvoering dat ligt bij de samenleving speciale aandacht; wanneer veel afhangt van het naleven van maatregelen, vraagt dit een grote investering in het draagvlak en behoud van vertrouwen. Daarvoor is de meerdere keren gehanteerde *'man on the moon'*-strategie risicovol.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I
De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1
Stelselbeschrijving in het kort
2
Reconstructie tot september 2020
Sectie II
Analyse van de crisisaanpak
3
De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4
De crisisorganisatie
5
De besluitvorming
6
De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7
De verpleeghuizen
Sectie III
Synthese en conclusies
8
Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9
Conclusies
10
Aanbevelingen
Bijlagen

5 DE BESLUITVORMING

Inleiding

Besluitvormers in de crisisorganisatie nemen in de periode van de start van de coronacrisis tot het einde van de zomer van 2020 vele besluiten om het virus zo min mogelijk kans te geven zich verder te verspreiden, en de gevolgen te beperken. Een aanvankelijk regionale aanpak mondt uit in een landelijke aanpak met een zogenoemde 'intelligente lockdown' waarin scholen en horeca worden gesloten en thuiswerken het devies wordt. Dit zijn voor Nederland ongekende maatregelen, die bovendien in veel gevallen verlengd worden waardoor zij langer duren dan aanvankelijk gedacht. Op het moment dat de piek in besmettingen is bereikt en het aantal coronapatiënten afneemt, gaan de besluiten van de MCCb over de volgorde en het tempo van versoepelingen. Wanneer en onder welke voorwaarden kunnen scholen, kappers, horeca en sportscholen weer open? Met hoeveel bezoekers is bioscoop- of theaterbezoek mogelijk? Wat is verantwoord?

Door de duur van maatregelen met grote gevolgen komen ook de langere termijn-effecten ervan steeds meer in beeld. Die effecten, zoals sociaal-economische gevolgen, uitgestelde zorg, eenzaamheid en leerachterstanden zijn in veel gevallen niet direct zichtbaar of in harde cijfers uit te drukken. Bestuurders moeten een afweging maken tussen dat wat acuut nodig is om het virus te bestrijden en de gevolgen van de maatregelen op de langere termijn. De besluiten worden bovendien genomen in een context waarin de kennis over het virus zich in hoog tempo ontwikkelt maar waar ook nog veel onbekend is. De onzekerheid over het virus en de gevolgen van de aanpak geldt niet alleen voor besluitvormers maar ook voor hun adviseurs. Ook in de samenleving speelt de onzekerheid een prominente rol omdat de gevolgen voor de maatschappij niet altijd te overzien zijn.

In dit hoofdstuk staat de analyse van de besluitvorming op nationaal niveau centraal. De coronacrisis begint als een infectieziektecrisis, maar raakt in hoog tempo steeds meer onderdelen van de maatschappij. In de complexiteit die daardoor ontstaat, zijn er geen ideale oplossingen voor knelpunten die zich voordoen. Een oplossing voor het ene knelpunt levert mogelijk weer nieuwe knelpunten op een ander vlak op. Er is sprake van verschillende perspectieven en belangen, die in voortdurende spanning staan met elkaar en die niet allemaal volledig kunnen worden verwezenlijkt. In de wijze waarop met die spanning is omgegaan worden drie hoofdlijnen zichtbaar: de invloed van het perspectief van infectieziektebestrijding (5.1), de wijze waarop bestuurders en adviseurs omgaan met onzekerheid (5.2), en de manier waarop *checks* en *balances* al dan niet corrigerend werken (5.3). In de conclusie van dit hoofdstuk wordt de interactie tussen de mechanismen beschreven (5.4).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

5.1 De invloed van het perspectief van infectieziektebestrijding

De uitbraak van een infectieziekte vraagt om infectieziektebestrijding. De mogelijkheden om dit te doen, zoals hygiënevoorschriften, testen, bron- en contactonderzoek, het verlenen van de juiste zorg en vaccinaties, vallen binnen het beleidsterrein van het ministerie van VWS. De minister laat zich hierin adviseren door het OMT en maakt gebruik van de bij de leden van het OMT beschikbare informatie over (de bestrijding van) het virus. Op basis van deze informatie en adviezen komt de minister tot een strategie voor de infectieziektebestrijding. De maatregelen die daarbij nodig zijn, leiden tot bredere maatschappelijke effecten op andere beleidsterreinen. Het kabinet vindt het vanzelfsprekend dat infectieziektebestrijding het uitgangspunt is voor de aanpak van de crisis. De bredere maatschappelijke effecten die hierdoor ontstaan, beschouwt het kabinet als onvermijdelijk en probeert het primair te beperken door steunmaatregelen.

Oorzaak van de crisis als vertrekpunt voor de crisisbeheersing

De uitbraak van het coronavirus in Wuhan zet het systeem van infectieziektebestrijding in gang. De World Health Organization (WHO) verzamelt wereldwijd informatie en deelt deze met de nationale 'focal points'[436] en in internationale expertgroepen.[437] Met onder meer de adviezen van de WHO en het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) beoordeelt het RIVM de situatie voor Nederland. Zoals is voorbereid in de landelijke regeling voor infectieziektebestrijding maakt het RIVM gebruik van medische specialisten in het Outbreak Management Team (OMT) om zich te laten adviseren over wat adequate maatregelen zijn om de uitbraak te bestrijden.[438] Om goed zicht te houden op de verspreiding en tijdig maatregelen te kunnen nemen, adviseert het OMT na de eerste bijeenkomst om het coronavirus aan te wijzen als A-ziekte.[439] In het OMT, het Beleidsteam Crisisbeheersing (BTCb), bij het ministerie van VWS en het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO) is de mogelijkheid dat het virus tot bredere maatschappelijke effecten zal leiden op dat moment niet aan de orde.[440]

De focus van de crisisbeheersing ligt voor het kabinet in die periode op de bestrijding van de infectieziekte. Daarbij wordt het kabinet geadviseerd door de experts op dat gebied. Het OMT benadrukt dat het van belang is zo lang mogelijk in te zetten op het voorkomen van verspreiding van het virus in Nederland (indammen) door een snelle detectie, en door het in quarantaine plaatsen van besmette patiënten en personen met wie zij in nauw contact zijn geweest. Daarnaast gaat het OMT ook in op de druk op de gezondheidszorg die kan ontstaan als gevolg van het virus.[441] Dit komt ook terug in het verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) aan ziekenhuizen om zich voor te bereiden op een mogelijke toename van de zorgvraag.[442]

436 Voor Nederland is dit het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
437 Zie voor voorbeelden 'Timeline of WHO's response to Covid-19', https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline.
438 RIVM, *Landelijke advisering bij infectieziektedreigingen en –crises* (mei 2020), pag. 7.
439 OMT, 'Advies na 56e OMT COVID-19', 27 januari 2020.
440 Verslagen overleg OMT, 24 januari 2020, BTCb 24 en 27 januari 2020, IAO 28 en 31 januari 2020.
441 OMT, 'Advies na 57e OMT COVID-19', 28 februari 2020.
442 NVIC, 'COVID-19 - bericht van de voorzitter', 8 maart 2020 https://nvic.nl/covid-19-bericht-van-de-voorzitter [geraadpleegd op 11 oktober 2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De introductie van het virus in Nederland gaat voor de experts en besluitvormers sneller dan verwacht. De onverwacht snelle verspreiding leidt ertoe dat van indammen geen sprake meer kan zijn en de fase van mitigeren aanbreekt. Het kabinet benoemt op 17 maart 2020 als hoofdlijnen van de mitigatiestrategie, naast het voorkomen van de verspreiding, het beschermen van kwetsbaren en het beheersbaar houden van de belasting van de zorgsector.[443]

De brede adviezen van het IAO en de ICCb, waarin alle departementen vertegenwoordigd zijn, gelden formeel als vertrekpunt voor de besluitvorming van de MCCb. Op 2 maart komt in de ICCb aan de orde dat sleutelbesluiten worden vastgesteld in de nationale crisisstructuur en dat de advisering vanuit de functionele kolom (volksgezondheid) geldt als leidraad voor de af te stemmen maatregelen. In de coronacrisis wordt het OMT-advies daarmee leidend in de besluitvorming in de MCCb.

De bijzondere positie van het OMT in de advisering wordt versterkt door de aanwezigheid van de voorzitter van het OMT (ook in zijn functie als directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM) als adviseur in de ICCb en in de MCCb. Normaal gesproken start de beeldvorming in de ICCb en de MCCb met een toelichting op het nationaal beeld en de duiding daarvan, samengesteld in het Informatieteam op basis van input van betrokken departementen en andere crisispartners. Tijdens de coronacrisis start de beeldvorming van de actuele en te verwachten situatie in die gremia vaak met een situatieschets en duiding door het NKC en een presentatie van het RIVM, of een toelichting op het OMT-advies. Een groot deel van die presentaties van het RIVM en het OMT is tevens onderdeel van de toelichtingen die de voorzitter van het OMT/directeur CIb geeft in de technische briefings voor de vaste Kamercommissie van VWS. Ook in de informele crisisoverleggen als het Torentjesoverleg en het Catshuisoverleg is de voorzitter van het OMT een vaste deelnemer.

Besluitvorming op basis van het OMT-advies

'We nemen dit besluit op basis van het advies van de experts van het OMT' spreekt de minister-president in de persconferentie als toelichting op het verlengen van de maatregelen eind maart.[444] Een boodschap die in deze of andere formuleringen in veel andere persconferenties, Kamerdebatten en andere communicatie wordt herhaald. Formeel gezien is het OMT-advies niet gericht aan het kabinet, maar bedoeld voor de besluitvorming van het ministerie van VWS (in de functionele kolom).[445]

443 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 176.
444 Minister-president Rutte en minister van VWS De Jonge, 'Landelijke persconferentie', 31 maart 2020.
445 Zie paragraaf 4.1.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De voorzitter van het OMT is ook betrokken bij de toespraak die de minister-president vanuit het Torentje houdt. In die toespraak geeft de minister-president aan dat volgens de deskundigen in afwachting van een vaccin of medicijn de verspreiding van het virus kan worden afgeremd en tegelijkertijd groepsimmuniteit kan worden opgebouwd.[446] Het thema groepsimmuniteit is nieuw en kwam niet aan de orde in de OMT-adviezen die tot op dat moment waren uitgebracht. De voorzitter van het OMT ondersteunt het punt over groepsimmuniteit die avond in een uitzending van Nieuwsuur. In die uitzending stelt de voorzitter van het OMT dat circa 60% van de mensen het virus moet krijgen om groepsimmuniteit te bereiken. Nadat één van de andere OMT-leden de volgende dag in Nieuwsuur berekeningen presenteert over het aantal personen dat mogelijk overlijdt als het gewenste niveau van groepsimmuniteit moet worden bereiken, ontstaat politieke en maatschappelijke onrust en weerstand. De minister-president stelt vervolgens dat groepsimmuniteit geen doelstelling van het beleid is, maar een effect van de gekozen strategie.[447] De voorzitter van het OMT bevestigt dit in de technische briefing op 18 maart.[448,449]

Groepsimmuniteit als doel?

De vraag rijst of groepsimmuniteit een doel of, zoals de minister-president en voorzitter van het OMT later verklaren, een bijkomend effect was van de gekozen strategie. In een presentatie die de voorzitter van het OMT op 15 maart in het Catshuis geeft, staat groepsimmuniteit als een van drie doelen van de voorgestelde strategie van 'gecontroleerd uitrazen' (later: maximaal controleren) benoemd. Op dat moment speelt de vraag voor welke strategie Nederland moet kiezen. Uit interne stukken blijkt dat de keuze tussen scenario's wordt gevoed door een vergelijking met de situatie in Italië, waar is gekozen voor een lockdown-scenario. Daar bestaat in die periode niet de mogelijkheid om het virus gecontroleerd rond te laten gaan, omdat het zorgsysteem op dat moment al overbelast is. In Nederland wordt een dergelijke totale lockdown als onwenselijk gezien, vanwege de maatschappelijke gevolgen. Het Kabinet kiest voor de strategie van maximaal controleren, zoals ook toegelicht in de Kamerbrief van 17 maart 2020[450]. Dat scenario, dat publiekelijk ook bekend wordt onder de naam *'flatten the curve'*, heeft als bijeffect dat tegelijkertijd groepsimmuniteit wordt opgebouwd. Voor mensen die wel ernstig ziek worden, blijft dan tegelijkertijd voldoende ic-capaciteit beschikbaar.

Nadat de minister-president het begrip in de toespraak in het Torentje op 16 maart benoemt, blijkt dat groepsimmuniteit wordt geïnterpreteerd als een zelfstandig doel. In interne mailwisselingen tussen ambtenaren van het ministerie van VWS benadrukken zij de volgende dag dat geen sprake is van het sturen op groepsimmuniteit, maar dat het kabinet stuurt op ic-capaciteit. Voor zover interne stukken spreken over de overheidsstrategie van groeps- of kudde-immuniteit, zoals Nieuwsuur later zal melden[451], betreft dit een terugkoppeling van het (media)beeld

446 Minister-president Rutte, 'TV-toespraak', 16 maart 2020.
447 Tweede Kamer, Verslag plenair debat, 18 maart 2020. Kamerstukken II 2019/20, nr 64 item 2.
448 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 246.
449 Powerpoint presentatie RIVM over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, 18 maart 2020.
450 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 176.
451 https://nos.nl/nieuwsuur/collectie/13881/artikel/2403893-hoe-zat-de-nederlandse-coronastrategie-echt-in-elkaar

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

zoals dat na de Torentjestoespraak is ontstaan en dagelijks in IAO en ICCb aan de start van de vergaderingen wordt gepresenteerd.

Een verklaring voor het gegeven dat de term 'groepsimmuniteit' in de toespraak van 16 maart terecht is gekomen, is de wetenschappelijke connotatie die de voorzitter van het OMT bij het begrip heeft. Vergelijkbaar met de uitspraak van het OMT-lid dat de volgende dag in Nieuwsuur aanschuift, lijkt 'groepsimmuniteit' tot het standaard vocabulaire van wetenschappers uit de infectieziektewereld te horen. De bijkomstigheid dat gedurende een epidemie van een infectieziekte immuniteit wordt opgebouwd is voor deze wetenschappers zó vanzelfsprekend, dat is onderschat hoe het begrip door de buitenwereld wordt gepercipieerd.

Kabinet onderkent bredere effecten, maar focus ligt op infectieziektebestrijding

De besluiten die het kabinet neemt om de mitigatiestrategie te realiseren, hebben invloed op andere aspecten van de samenleving, zoals onderwijs, economie, cultuur, sociale cohesie en de reguliere planbare gezondheidszorg. Het kabinet benoemt en onderkent in kleine kring al vroeg in de crisis de mogelijkheid van bredere effecten in de maatschappij.[452,453] Zo komt op 16 maart in het IAO en de ICCb aan de orde dat het kabinet de volgende doelstellingen hanteert:

- Het voorkomen van besmettingen van kwetsbare Nederlanders;
- Het beperken van [het aantal] besmettingen in Nederland of de gevolgen daarvan;
- Het waarborgen van de continuïteit van de samenleving, vrij verkeer van mensen en goederen en het beperken van maatschappelijke onrust.[454]

Ondanks de aandacht voor de continuïteit in de samenleving ligt de primaire focus van de besluitvorming op de infectieziektebestrijding. In de ambtelijke voorbereiding is meer aandacht voor de maatschappelijke effecten. Het IAO en de ICCb spreken op 31 maart over het verlengen van het geldende maatregelenpakket tot eind april/begin mei. Daarbij komen medische, economische, sociale en bestuurlijke overwegingen aan de orde. Ook het LOT-C maakt door middel van scenario's inzichtelijk hoe de situatie in de gezondheidszorg zich verhoudt tot de sociaal-economische effecten en de continuïteit van de samenleving. Deze scenario's komen uitgebreid aan de orde in het Veiligheidsberaad op 30 maart. Daarbij constateert de minister van JenV dat 'we goed op weg zijn om steeds meer rekening te houden met de scenario's die de afgekondigde maatregelen tot gevolg hebben. [.....] De impactscenario's vormen op dit moment nog geen definitief handelingskader.'[455]

In het afwegingskader blijft het OMT-advies leidend. Het IAO en de ICCb nemen het advies van het OMT zonder aanpassingen over. In het geformuleerde advies voor de MCCb blijft het advies van het OMT centraal staan en komt de bredere afweging die het IAO en de ICCb hierover hebben gemaakt zelden aan de orde.

452 Kamerbrieven VWS, 'Stand van zaken COVID-19', 10 maart 2020, 12 maart 2020 en 17 maart 2020.
453 Een voorbeeld hiervan is de gehanteerde projectstructuur binnen het IAO, waarin ook continuïteit van vitale processen en van de samenleving en financieel economische stabiliteit een plek krijgen. Zie voor verdere toelichting paragraaf 4.2.
454 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 16 maart 2020; NCTV, 'Verslag IAO COVID-19', 16 maart 2020.
455 Veiligheidsberaad, verslag 30 maart 2020.

Verlenging maatregelen
In de eerste zinnen van de persconferentie op 31 maart zegt de minister-president: 'Het zal u niet verbazen dat we inderdaad tot een verlenging hebben besloten en wel tot en met dinsdag 28 april. We realiseren ons dat we veel van mensen vragen, maar het is echt nodig. We nemen dit besluit op basis van het advies van de experts van het OMT. Het verloop van het aantal besmettingen en de capaciteit op de intensive care afdelingen laat geen ander besluit toe.'[456]

Acute versus sluimerende problematiek

Naarmate de crisis langer voortduurt, worden de maatschappelijke effecten die de maatregelen met zich meebrengen steeds sterker gevoeld en krijgt dit aspect van de crisis een sterkere stem. Een groot deel van de betrokkenen geeft, terugkijkend op de eerste periode van de crisis, aan de crisis meer te zien als gezondheids- of maatschappelijke crisis dan als een infectieziektecrisis. Uit het onderzoek ontstaat het beeld dat de advisering over bredere maatschappelijke gevolgen door de planbureaus en kennisinstituten in het besluitvormingsproces geen gelijkwaardige positie krijgt naast het OMT. Volgens betrokkenen speelt hierbij mogelijk een rol dat de maatschappelijke gevolgen op verschillende terreinen meer het karakter hebben van sluimerende problematiek dan van acute problematiek. Thema's als eenzaamheid of oplopende leerachterstand door gesloten scholen zijn weliswaar te voorzien, maar niet direct zichtbaar. De dominante focus op wat morgen moet gebeuren, maakt het moeilijk om het vizier te richten op de langere termijn, zo brengen sommige betrokkenen naar voren. Ook speelt volgens betrokkenen mee dat de effecten vaak lastig te kwantificeren zijn, waardoor deze het in de besluitvorming afleggen tegen de harde data die wel voorhanden zijn, zoals besmettingscijfers, ziekenhuisopnames en ic-bezetting. In de praktijk leidt het ertoe dat de maatregelen zelf worden gebaseerd op de adviezen van het OMT en de planbureaus en kennisinstituten vooral invloed hebben op de manier waarop de maatschappelijke effecten kunnen worden verzacht.

456 Minister-president Rutte en minister van VWS De Jonge, 'Landelijke persconferentie', 31 maart 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Gevolgen op de langere termijn

In de samenleving is toenemende aandacht voor de gevolgen op langere termijn. In één van de omgevingsanalyses van de ICCb eind maart staan quotes vanuit de media: 'Zijn de maatregelen niet schadelijker dan de kwaal? Wat doet een langere lockdown met de samenleving?'[457] In dezelfde lijn klinkt in de Tweede Kamer een roep om bredere deskundigheid dan die op dat moment binnen het OMT beschikbaar is, zoals de expertise van 'gedragsdeskundigen, antropologen, mensen die verstand hebben van hoe je een samenleving weer opbouwt'.[458]

In reactie geeft de minister-president aan dat hij er geen voorstander van is die kennis binnen het OMT te brengen, maar dat die kennis wel nodig is op het moment dat het kabinet op basis van het OMT-advies besluit dat er ruimte is voor het opheffen van maatregelen[459]. De voltallige Tweede Kamer steunt kort daarna een motie om de afschaling van de maatregelen in een bredere afweging van perspectieven en waarden te beoordelen, waarin het OMT één van de deskundige adviseurs is. In de motie vraagt de Kamer het kabinet te overwegen ook andere experts te laten adviseren over de transitiestrategie en de sociale en economische effecten van de crisismaatregelen, bijvoorbeeld door het instellen van een Impact Managementteam (IMT).[460]

De minister-president geeft aan dat het hem verkeerd lijkt om naast het OMT op hetzelfde niveau een ander adviesteam te hebben. Het kabinet maakt gebruik van de deskundigheid van andere adviseurs van met name de bestaande planbureaus, aldus de premier. Op initiatief van de voorzitter van de Sociaal Economische Raad hebben deze kennisinstituten[461] hun denkkracht gebundeld in een Denktank[462]. De burgemeester van Amsterdam heeft de Werkgroep Sociale Impact opgericht om advies te geven over de sociale impact van de maatregelen in de maatschappij.[463] De advisering door deze adviesgroepen leidt echter niet tot een wijziging of aanvulling van de doelstellingen van het Kabinet. Ook in de toelichting op besluiten vanaf dit moment blijven de OMT-adviezen dominant ten opzichte van de adviezen van de planbureaus en kennisinstituten.

Zodra de acute problematiek met betrekking tot het aantal besmettingen en de druk op de zorg stabiliseren, ontstaat ruimte om na te denken over de lange termijn waarin bredere maatschappelijke thema's een rol spelen. Daarbij speelt bij alle betrokkenen het besef dat een aantal maatregelen, zoals het houden van afstand, langere tijd zal moeten worden gehandhaafd.

457 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19: Omgevingsanalyse', 31 maart 2020.
458 Verslag debat Tweede Kamer, 14 april 2020 (Asscher). Kamerstukken II 2019/20, nr. 68 item 2.
459 Verslag debat Tweede Kamer, 14 april 2020 (Rutte). Kamerstukken II 2019/20, nr. 68 item 2.
460 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 289.
461 Betrokken kennisinstituten in de Denktank zijn SER, CPB, DNB, SCP, CBS, WRR, Clingendael, Onderwijsraad en sociale partners.
462 SER, 'Denktank Coronacrisis: Ga gezamenlijk aan de slag met de herstelagenda', 1 februari 2021, www.ser.nl/nl/Publicaties/coronacrisis-herstelagenda [geraadpleegd op 11 oktober 2021].
463 Verslag Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis, 17 mei 2020.

De MCCb geeft eind april opdracht aan een stuurgroep van vijf secretarissen-generaal[464] om een basis te leggen voor de anderhalvemetersamenleving na de crisisfase. De eerste producten waar de MCCb om vraagt zijn:

- scenario's over de ontwikkeling van gezondheidsrisico's, sociale acceptatie en het functioneren van de economie met de lang geldende anderhalvemeter-norm;
- een afwegingskader voor het inregelen van maatschappelijke en economische activiteiten ten opzichte van onder meer publieke ruimte en openbaar vervoer;
- een narratief dat uitlegt waarom bepaalde stappen worden genomen en welke afwegingen zijn gemaakt tussen gezondheid, economie en sociaal.[465]

Eind mei geeft de NCTV in het Catshuis een presentatie[466] over de overgang van crisisbesluitvorming naar reguliere besluitvorming. In die presentatie geeft de NCTV aan dat de huidige crisisstructuur twee risico's met zich meebrengt voor de besluitvorming. Enerzijds dat door de snelle besluitvorming in een beperkte groep niet alle relevante aspecten worden meegewogen. Anderzijds dat besluiten onvoldoende gedragen zijn, omdat niet alle bewindspersonen deel uitmaken van de MCCb. De NCTV geeft aan dat die bezwaren steeds zwaarder wegen nu de besluiten na 1 juli meer gericht zullen zijn op de lange termijn inrichting van de samenleving.

De opdracht van de MCCb leidt in juli 2020 uiteindelijk tot de vorming van een Rijksbrede programmastructuur als onderdeel van het ministerie van JenV.[467] In het programmaplan voor de programma-DG Samenleving en COVID-19 is een inhoudelijke afbakening opgenomen, waaruit blijkt dat de programmastructuur zich richt op vragen over het heropenen van sectoren en maatschappelijke activiteiten en niet op de omgang met de sociale of economische gevolgen van de crisis of op de beheersing van gezondheidsrisico's. Kort na de start van de programmastructuur loopt vanaf medio juli het aantal besmettingen in Nederland echter weer op. Door de (middel)lange termijn focus van de programma-DG blijkt de nieuwe structuur onvoldoende geëquipeerd om de heropleving van de crisis aan te pakken.[468]

5.2 Omgaan met onzekerheid

Om een crisis onder controle te krijgen en op de juiste manier in te grijpen, is het van belang dat degenen die aan het roer staan snel een zo duidelijk mogelijk beeld krijgen van de ontstane situatie. Net zoals bij andere crises, hebben ook in de coronacrisis de crisisteams te maken met onzekerheden die het moeilijk maken om de actuele situatie 'te lezen' en te doorgronden wat op dat moment de verstandigste manier is om het virus in te dammen. De wetenschappers in het OMT hebben te maken met onzekerheid over het type virus. Vooral in de eerste maanden van de crisis is het onbekend hoe het nieuwe virus zich exact verspreidt en gedraagt. Het virus doet volgens de experts in eerste instantie denken aan SARS, maar in hoeverre het patroon van virusverspreiding daarmee vergelijkbaar is, blijft tot begin maart 2020 onduidelijk. Bovendien geeft ook de

464 Het betreft de SG's van de departementen J&V, I&W, BZK, SZW en EZK.
465 MCCb 'Van sprint naar marathon': bijlage opdracht anderhalvemetersamenleving, 29 april 2020.
466 NCTV: presentatie 'Overgang van crisisbesluitvorming naar reguliere besluitvorming', 30 mei 2020.
467 Instellingsbesluit DGSC-19; Stcrt 63326 d.d. 4 december 2020.
468 Zie ook paragraaf 4.2.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

internationale wetenschappelijke gemeenschap in januari en februari wisselende signalen af over hoe het virus zich gedraagt en verspreidt. Studies worden soms weer ingetrokken.[469] Het is illustratief voor de zoektocht van wetenschappers wereldwijd. Het duurt enige tijd voordat ook in de wetenschap een gedeeld beeld begint te ontstaan over de kenmerken van het virus. In deze context van 'voortschrijdend inzicht' moet de MCCb beslissen over passende maatregelen. Ondertussen manifesteert onzekerheid zich ook op andere vlakken. Er is bijvoorbeeld ook onzekerheid over de mate waarin ic-capaciteit kan opschalen, over de beschikbare testcapaciteit en het effect van maatregelen op het gedrag van mensen, en over de economische en sociale gevolgen.

Voor de besluitvormers is het onzeker welke maatregelen het beste resultaat zullen hebben, wat de neveneffecten buiten de zorg zijn en wat de maatregelen zullen betekenen voor het draagvlak onder de Nederlandse bevolking. Besluitvorming vindt plaats in een context waarin de samenleving zelf ook grote onzekerheid ervaart, van de impact op het dagelijks leven tot de gezondheidsrisico's die men loopt en de vraag of men door de economische impact geraakt zal worden.

Zowel de adviseurs in het OMT als degenen die geadviseerd worden in BAO, ICCb en MCCb trachten de onzekerheden op tal van manieren te reduceren. Het OMT, samen met het RIVM, doet dit door internationale wetenschappelijke kennis te vergaren en na de eerste bevestigde besmetting eigen kennis op te bouwen over de manier waarop het virus zich in Nederland gedraagt. Het BAO, de ICCb en MCCb laten zich sterk leiden door de adviezen van het OMT, koersen op de informatie die wel beschikbaar is en initiëren waar nodig extra onderzoek.

Onzekerheden bij adviseurs

In het eerste corona-gerelateerde OMT-overleg van 27 januari gaat het OMT op basis van informatie vanuit China en van de WHO uit van verwantschap met het bekende SARS-virus. De eerdere ervaringen met SARS leerden dat mensen die door het virus besmet zijn ernstige ziekteverschijnselen krijgen. De deelnemers aan dat OMT schetsen vanuit eerdere SARS-ervaringen het kader voor de interpretatie van de eigenschappen van het virus. De interpretatie is vervolgens bepalend voor de zogeheten casusdefinitie. De casusdefinitie die het Landelijk Centrum Infectieziekten (LCI) uitbrengt bepaalt welke mensen getest mogen worden op corona. Vanaf het moment van de uitbraak in Wuhan verschijnen wereldwijd studies in hoog tempo als preprint[470] en in wetenschappelijke tijdschriften. De waarde en betrouwbaarheid van deze onderzoeken is niet altijd helder en soms zijn zij ook onderling tegenstrijdig. Referenties naar wetenschappelijke literatuur worden beperkt weergegeven in de OMT-adviezen, maar komen uitgebreider aan bod in de technische briefings van de voorzitter van het OMT aan de Tweede Kamer, die vanaf 4 februari bijna wekelijks plaatsvinden.

Betrokken OMT-leden moeten onder hoge tijdsdruk en op basis van summiere en soms kwalitatief beperkte informatie hun wetenschappelijke mening vormen, die als basis voor

469 Zo komt in de eerste week van februari een studie naar buiten over een asymptomatische besmetting in Duitsland, die kort erop weer wordt ingetrokken.

470 Preprints zijn wetenschappelijke artikelen die nog niet, zoals gebruikelijk, door collega-wetenschappers getoetst zijn, maar wel online worden gepubliceerd om eerste resultaten snel te kunnen delen met de wetenschappelijke wereld.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

het OMT-advies moet dienen. De kracht van de adviezen wordt gedragen door de wetenschappelijke achtergrond van de adviseurs. Een advies van een wetenschapper maakt zijn advies echter niet per definitie tot een wetenschappelijk advies. Waar sommige leden al zijn overtuigd door een buitenlands onderzoek, zijn andere leden terughoudender of bepleiten zij om aanvullend onderzoek af te wachten. In die context zijn de adviezen eerder te zien als inschattingen van experts die reflecteren op de laatste stand van zaken. OMT-leden merken op dat hun opmerkingen niet altijd hun weerslag krijgen in het schriftelijke advies dat door de inrichting van het proces onder hoge tijdsdruk door de voorzitter moet worden uitgebracht.[471] Omdat de uiteindelijke adviezen leidend zijn in de rest van de besluitvorming, blijft hierdoor een deel van de mitsen en maren uit de onderlinge discussies voor de ambtelijke top en het kabinet onbekend. Daardoor suggereren de adviezen bij de ontvangers meer zekerheid en stelligheid dan op basis van de discussie en op grond van de stand van de wetenschap verwacht mag worden. Het voedt ook het maatschappelijk beeld dat het OMT stellig is in zijn adviezen en te weinig openstaat voor alternatieve inzichten, wat niet altijd recht doet aan de interne discussies binnen het OMT.

Onzekerheid over gedrag virus

In de eerste twee weken van februari 2020 maken de interne modelleurs van het RIVM berekeningen en scenario's op basis van de summiere data die vanuit China beschikbaar zijn. De modelleurs concluderen dat er een mogelijkheid bestaat dat het virus zich niet als SARS coronavirus gedraagt, maar veel meer de kenmerken heeft van een breed verspreid virus dat bij sommigen tot milde klachten leidt en bij anderen tot de dood. Wanneer dat scenario uitkomt zal de capaciteit in de ziekenhuizen tekort schieten, zo is hun verwachting. De analyse wordt in het OMT van 27 februari gedeeld. In het OMT-advies dat een dag later volgt, waarschuwt het OMT dat opschaling van de ziekenhuizen nodig zal zijn als COVID-19 zich verder verspreidt.

De mogelijkheid dat het virus zich breed verspreidt leidt echter niet tot een aanpassing van de casusdefinitie door het OMT. De casusdefinitie neemt vooralsnog de ervaringen met SARS als uitgangspunt. Als overweging speelt mee dat de laboratoriumcapaciteit om buiten de casusdefinitie te testen ontbreekt. Ook moet het effect van het verder verruimen van de casusdefinitie op de capaciteit van de GGD'en en huisartsen eerst worden onderzocht.[472] Tot 12 maart 2020 mogen daarom alleen mensen worden getest als er een duidelijke link is met de gebieden waar op dat moment corona heerst (onder andere Noord-Italië en China), tenzij mensen met een ernstig ziektebeeld in het ziekenhuis zijn opgenomen en voldoen aan de kenmerken van COVID-19. Mensen die geen link hebben met een van de aangegeven gebieden komen daarmee nauwelijks in beeld als potentiële verspreiders van het virus in Nederland.

471 Informatie afkomstig uit interviews en uit mailwisselingen 23/24 maart 2020 tussen RIVM (secretaris) en vier OMT-leden.
472 BAO, 'Advies Bestuurlijk Afstemmingsoverleg', 28 februari 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Vanaf 6 maart starten Brabantse ziekenhuizen met het testen van het eigen personeel, inclusief personeelsleden die niet aan de casusdefinitie voldoen.[473] Daarmee kan ook worden gecontroleerd of de casusdefinitie voldoende dekkend is. Op zondag 8 maart presenteert Jan Kluytmans, arts-microbioloog van het Amphia Ziekenhuis in Breda, de eerste voorlopige resultaten uit zijn eigen ziekenhuis. Ook medewerkers met milde klachten blijken besmet. Door dit onderzoek wordt in Nederland duidelijk dat het virus verschilt van het SARS-virus en dat de casusdefinitie te eng is geformuleerd. Waar de WHO en het OMT tot dan toe uitgaan van het beeld dat mensen met COVID-19 altijd doodziek zijn, blijken ook mensen met lichte klachten als verkoudheid het virus bij zich te dragen en aan elkaar door te kunnen geven. Het onderzoek leidt tot een omslag in het denken binnen het OMT, omdat het duidelijk maakt dat het virus zich al verder heeft verspreid dan gedacht. In het eerstvolgende OMT-advies van 12 maart stelt het OMT vast dat in meerdere gebieden in Nederland het indammen van de uitbraak niet meer mogelijk is en dat voor heel Nederland de mitigatiefase ingaat.

De onzekerheid strekt zich ook uit tot de vraag of de geadviseerde maatregelen het beoogde resultaat zullen hebben om verspreiding van het virus te voorkomen. Om maatregelen tegen elkaar af te wegen, maakt het OMT gebruik van de rekenkundige modellen van het RIVM. De data die voorhanden zijn over het virus verwerken de modelleurs in de modellen, die daarmee hun prognoses steeds verder kunnen verfijnen.[474] Zo blijkt de ligduur op de IC langer dan aangenomen, wat effect heeft op de voorspelde bezettingsgraad.

Meerdere betrokkenen geven aan dat privacyrichtlijnen belemmerend werkten voor het zicht op de verspreiding van het virus. Gedetailleerde telecomdata die inzicht kunnen geven in de vervoersbewegingen zouden voor het RIVM behulpzaam zijn geweest in de modellering, maar mochten daar in Nederland niet voor worden gebruikt.[475] Geïnterviewden wijzen op andere Europese landen die ondanks dezelfde privacyrichtlijnen wel gebruik maken van locatiegegevens op basis van telecomdata. Als alternatief maken de modelleurs van het RIVM gebruik van gegevens van Google[476] en Apple, die minder details bevatten dan ruwe geaggregeerde gegevens die via de providers verkregen hadden kunnen worden. Ook blijkt de wens om individuele testresultaten te koppelen aan CBS-gegevens niet vervulbaar te zijn binnen het huidige wettelijke kader.

473 RIVM, 'Resultaat steekproef: 4% ziekenhuismedewerkers heeft coronavirus', 10 maart 2020, https://www.rivm.nl/nieuws/resultaat-steekproef-4-ziekenhuismedewerkers-heeft-coronavirus [geraadpleegd op 12 oktober 2021].
474 RIVM, 'Hoe rekenmodellen bijdragen aan de bestrijding van COVID-19', 1 oktober 2021, https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/rekenmodellen [geraadpleegd op 12 oktober 2021].
475 NOS, 'Privacywaakhond: huidig wetsvoorstel telecomdata delen RIVM niet invoeren', 3 juli 2020, https://nos.nl/artikel/2339365-privacywaakhond-huidig-wetsvoorstel-telecomdata-delen-rivm-niet-invoeren [geraadpleegd op 12 oktober 2021].
476 RIVM, 'Databronnen COVID-19', https://www.databronnencovid19.nl/ [geraadpleegd op 12 oktober 2021]; J. Fitzpatrick en K. DeSalvo, 'Helping public health officials combat COVID-19', 3 april 2020, https://www.blog.google/technology/health/covid-19-community-mobility-reports/ [geraadpleegd op 12 oktober 2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Onzekerheden bij crisisteams

Om de onzekerheid in de besluitvorming te verminderen, leunt de MCCb sterk op het OMT en RIVM en op de professionele inschatting die de wetenschappers maken over de cijfers die beschikbaar zijn. Het versterkt de dominante positie van het OMT als adviesorgaan in de infectieziektecrisis. Terwijl ook het OMT met onzekerheid te maken heeft. Weliswaar neemt de kennis over het coronavirus toe, maar wetenschappelijk gezien blijft er gedurende de hele crisis nog veel onzekerheid over.

In BAO, ICCb en MCCb manifesteert de onzekerheid zich vooral in de afweging welke maatregelen nodig zijn om het virus op een proportionele manier in te dammen. Door de incubatietijd van het virus is het effect van maatregelen die de MCCb afkondigt pas na 10 à 14 dagen zichtbaar. Als gedurende die periode de opname- en besmettingscijfers mee blijken te vallen, zijn de maatregelen mogelijk te fors geweest. Als deze cijfers tegenvallen, bestaat een reëel risico dat de MCCb achter de feiten aanloopt. Daarbij doet zich logischerwijs de paradox voor dat onbekend blijft wat er was gebeurd als er geen of andere maatregelen waren afgekondigd.

In de crisisbesluitvorming wordt houvast gezocht bij de informatie die wel voorhanden is. Het gaat dan om relatief harde cijfers als de ic-opnames, het aantal vastgestelde besmettingen en het R-getal. De besmettingscijfers vormen vooral in het begin van de crisis een graadmeter, omdat verdachte gevallen die binnen de casusdefinitie vallen dan nog worden getest en een positieve uitslag de basis vormt voor het bron- en contactonderzoek. Omdat vervolgens door gebrek aan testcapaciteit tot 1 juni alleen specifieke doelgroepen zich kunnen laten testen en in de zomer opnieuw tekorten ontstaan in testcapaciteit, geven de wel beschikbare cijfers hooguit een ruwe indicatie van de mate waarin het virus onder de bevolking rondgaat. De dagelijkse cijfers van de ziekenhuis- en ic-opnames geven daarnaast de huidige stand van zaken weer, maar om te anticiperen op toekomstige ic-druk is inzicht in de actuele verspreiding onder de bevolking onontbeerlijk. Sterftecijfers zijn maar beperkt bruikbaar, omdat de doodsoorzaak 'corona' alleen geldt voor mensen die voor hun overlijden op corona zijn getest. Mensen die in thuissituaties of in de verpleeghuizen overlijden zonder dat een besmetting is vastgesteld, vallen buiten de officiële cijfers. Daardoor ontstaat ook een vertekend beeld van de mate waarin het virus rondgaat.[477]

Vanuit het verlangen naar onzekerheidsreductie bieden de OMT-adviezen de belangrijkste houvast voor de besluitvormers. Doordat de onzekerheidsmarges en inhoudelijke argumenten uit de discussies binnen het OMT niet duidelijk worden gemarkeerd in de adviezen ontstaat het beeld van wetenschappelijke unanimiteit. Vanuit de crisisliteratuur is daarnaast bekend dat de rol van experts tijdens crises groter wordt dan in reguliere omstandigheden.[478] Datzelfde mechanisme is in de coronacrisis zichtbaar. De adviezen winnen verder aan gewicht doordat de belangrijkste adviseur, de voorzitter van het OMT, in het merendeel van de crisisoverleggen persoonlijk aanschuift en daar de adviezen mondeling toelicht.[479]

477 RIVM, 'Sterftemonitor', https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/sterftemonitor [geraadpleegd op 12 oktober 2021].
478 Zie onder meer Rosenthal, U., *Rampen, rellen, gijzelingen: crisisbesluitvorming in Nederland.* Bataafsche Leeuw (1984) en Muller, E.R. ea (red.), *Crisis. Studies over crisis en crisisbeheersing.* Kluwer, Den Haag (2009).
479 Komt uitgebreider aan bod in paragraaf 5.3.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Een advies van het OMT volgt een vaste opbouw met een samenvatting van de situatie, een beschrijving van het risico en van de omvang van het risico. In het adviesdeel volgen de mogelijkheden om het risico te verkleinen en de orde van grootte van de te bereiken resultaten. Het OMT-advies richt zich op de meest wenselijke maatregelen en niet op de vraag of mensen de voorgestelde maatregelen ook op gaan volgen. Het BAO heeft als taak om OMT-adviezen te toetsen op politieke en bestuurlijke haalbaarheid. In het merendeel van de gevallen levert deze toets geen aanpassingen op en worden de OMT-adviezen ongewijzigd overgenomen in het BAO-advies.

Mondkapjes in openbaar vervoer

In de afwegingen voor infectiepreventie in het openbaar vervoer[480] van 4 mei geeft het OMT een advies over het gebruik van mondkapjes in het OV. In dit advies neemt het OMT als uitgangspunt dat mensen de basisregels hanteren en bij klachten thuisblijven. Dat strookt niet met de nalevingscijfers waarover de Gedragsunit op dat moment beschikt, die erop wijzen dat circa 40% van de mensen bij klachten ook buitenshuis gaat. Een deel van deze groep maakt waarschijnlijk ook gebruik van het openbaar vervoer. In het BAO-advies[481] weegt het team alleen de mate waarin mondkapjes de afstandsregel van anderhalve meter kunnen compenseren omdat anderhalve meter afstand tussen reizigers in drukke treinen, bussen en trams niet mogelijk is. Het stelt de optimistische aanname in het OMT over het thuisblijven bij klachten niet ter discussie. Ook in andere adviesteams, zoals de ICCb, komt dit aspect niet aan de orde. Als ervan wordt uitgegaan dat mensen ondanks klachten wel degelijk gebruik maken van het OV, is dat een extra reden om de mondkapjes in het OV als preventieve maatregel te adviseren.

Op 6 mei 2020 maakt de premier bekend dat een mondkapjesplicht zal gaan gelden in het OV. Hij benoemt dat het wetenschappelijk bewijs dat pleit vóór grootschalig gebruik dun is, maar dat er tegelijkertijd studies zijn die bij een juist gebruik van mondkapjes wel een beperkt positief effect laten zien. Hij concludeert dat gebruik van mondkapjes denkbaar is in situaties waarin anderhalve meter afstand houden onmogelijk is. In de technische briefing van 7 mei gaat de voorzitter van het OMT publiekelijk in op het vraagstuk van de mondkapjes in het OV. Hij noemt het een politieke keuze van Nederland en andere landen om mondkapjes in het openbaar vervoer te verplichten, maar laat doorklinken dat hij wetenschappelijk gezien niet is overtuigd. De voorzitter benoemt het risico van mogelijke schijnveiligheid, als mensen andere maatregelen minder goed op zullen volgen als zij ter bescherming een mondkapje dragen.

Advisering over schaarste

Het OMT geeft adviezen over de verdeling van schaarste van persoonlijke beschermingsmiddelen binnen de medische sector. Daar prioriteert het OMT de verdeling en houdt het op voorhand rekening met het feit dat een advies over algemeen PBM-gebruik in alle sectoren niet haalbaar zal zijn. In de OMT-adviezen uit maart 2020

480 OMT, 'Afwegingen voor infectiepreventie in het openbaar vervoer', 4 mei 2020.
481 BAO, 'Advies n.a.v. 66e OMT-advies', 04 mei 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

krijgen persoonlijke beschermingsmiddelen voor de acute zorgsector voorrang boven de care-sector, gebaseerd op de reguliere verdeling van de vraag naar beschermingsmiddelen tussen de cure- en care-zorg.[482] Dat de vraag vanuit de care-zorg nu vele malen hoger ligt dan wat zij regulier nodig heeft, maakt dat vanaf 21 maart 2020 10% van de persoonlijke beschermingsmiddelen gereserveerd wordt voor de langdurige zorg (die naast verpleeghuizen bijvoorbeeld ook de thuiszorg omvat). Het duurt nog tot 13 april 2020 tot het nieuwe verdeelmodel gehanteerd wordt op basis van risico's van handelingen. Als lijn adviseert het OMT om het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen te richten op de interactie met gediagnostiseerde patiënten. Er wordt niet in preventieve zin geadviseerd om beschermingsmiddelen te gebruiken om zo mogelijke besmettingen te voorkomen. Voor preventie wordt, zo blijkt uit OMT-advies en de technische briefing, vooral gehamerd op het toepassen van de hygiënemaatregelen in de verpleeghuizen.[483] In de technische briefing van 22 april wordt onder het kopje 'Adviezen OMT voor verpleeghuizen' genoteerd dat de basiskennis over infectieziektepreventie moet worden geoptimaliseerd, aangevuld met 'handenwassen!!' Er is, zo staat op dezelfde sheet, geen reden tot gebruik van maskers buiten de betrokken afdeling (van verpleeghuizen), of in situaties zonder COVID-19. Uit een Amerikaanse studie van 27 maart 2020 blijkt dat ouderen in verpleeghuizen vaak niet de reguliere symptomen van een COVID-besmetting tonen en dus besmet kunnen zijn zonder diagnose.[484] Deze Amerikaanse studie wordt begin april in het OMT besproken, maar dat leidt niet tot herziene inzichten, een wijziging van het beleid of een ander advies over de verdeling.

Ook bij het testbeleid is terug te zien dat het OMT adviseert op basis van schaarste. Nederland gaat pas in juni over tot een breed testbeleid (symptomatisch) terwijl de WHO daartoe al in maart opriep ('testen, testen, testen'). De tekorten in testcapaciteit, zowel in testafname bij GGD'en en huisartsen als in laboratoriumcapaciteit, hebben verruiming van het testbeleid echter enkele keren verhinderd. In die gevallen boog het OMT zich over de prioritering over wie wel en niet mochten worden getest. Zoals blijkt uit het OMT-advies van 30 maart waarin het OMT per sector adviseert wie wel en niet getest mogen worden.

In situaties van schaarste is het in principe aan de politiek en niet aan de medische experts om de finale keuzes te maken over de prioritering, over wie wel en wie niet. Die keuze kan alleen worden gemaakt als adviseurs zich niet laten leiden door de *second best* optie (een advies met inachtneming van de schaarste), maar (ook) het uit medisch oogpunt beste advies benoemen. Door op voorhand de schaarste mee te nemen in de advisering over beschermingsmiddelen en testcapaciteit, is onduidelijk wat in de ideale situatie het besluit zou zijn geweest wanneer voldoende middelen en capaciteit aanwezig waren geweest.

482 OMT adviezen 8 maart 2020 en 17 maart 2020.
483 RIVM, 'COVID-19': Technische briefing Tweede Kamer, 22 april 2020.
484 Kimball A, Hatfield KM, Arons M, et al. *Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility*, King County, Washington (April 2020), MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:377–381.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Zoeken naar houvast

Op zoek naar houvast in de onzekerheden in de crisis laat de MCCb in sommige situaties specifiek onderzoek doen om daarmee de politieke besluitvorming te ondersteunen. Als er bijvoorbeeld maatschappelijke discussie ontstaat over de voors en tegens van het volledig heropenen van de basisscholen, kondigt de onderwijsminister aan dat het RIVM een specifiek onderzoek zal uitvoeren naar het besmettingsgevaar van kinderen.[485] Later blijkt dat het niet om een losstaand onderzoek gaat, maar dat data vanuit verschillende bronnen worden bekeken,[486] waaronder beschikbare data uit andere Europese landen, informatie van huisartsen die zijn aangesloten bij de NIVEL-peilstations, en een onderzoek onder Utrechtse gezinnen. Maatschappelijk wordt het onderzoek onder gezinnen gezien als het onderzoek waar de minister van OCW zijn besluit op zal baseren. Als het hoofd van het Centrum voor Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten van het RIVM in NRC Handelsblad[487] vertelt dat het onderzoek lastiger is dan gedacht, leidt dit tot onrust in de onderwijssector. Het onderzoek onder gezinnen neemt meer dan twee maanden in beslag en geeft de doorslag in het besluit om vanaf 8 juni de basisscholen weer volledig te openen.[488]

Onderzoek naar besmettelijkheid bij kinderen

Het RIVM-onderzoek onder gezinnen concludeert dat kinderen nauwelijks besmettelijk zijn. Er zitten echter fundamentele kanttekeningen aan de validiteit[489] en betrouwbaarheid van het onderzoek. Een voorbeeld hiervan is de beperkte en weinig diverse onderzoekspopulatie, omdat het onderzoek primair onder gezinnen van zorgmedewerkers is uitgevoerd en daarmee niet representatief is voor de totale bevolking.[490] Noch in het onderzoek, noch in het OMT-advies waarin het onderzoek wordt aangehaald, wordt vermeld dat de kinderen tijdens de onderzoeksperiode niet naar school konden en dat de sportclubs dicht waren. Het vertekent mogelijk de resultaten omdat de gesloten scholen en clubs het risico op besmetting van kinderen negatief beïnvloedde.

485 RIVM, 'Eerste resultaten verspreiding COVID-19 in Nederlandse gezinnen', 3 juni 2020, https://www.rivm.nl/nieuws/eerste-resultaten-verspreiding-covid-19-in-nederlandse-gezinnen [geraadpleegd op 12-10-2021]. Tussen 23 maart en 16 april 2020 bezoeken de onderzoekers 55 gezinnen in de regio Utrecht, waarvan één van de gezinsleden na een test corona bleek te hebben. Bron: RIVM, 'Nota Kinderen en COVID-19 heropening PO', 2 juni 2020.

486 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 276.

487 S. Rosenberg, 'Onderzoeken hoe besmettelijk kinderen zijn, blijkt lastiger dan gedacht', *NRC Handelsblad*, 07 april 2020.

488 Zo noemt de voorzitter van het OMT in de technische briefing aan de Tweede Kamer op 22 april 2020 al dat wereldwijd relatief weinig kinderen zijn gemeld met COVID-19, symptomen bij kinderen over algemeen milder zijn, er nauwelijks overdracht van kinderen op volwassenen is beschreven, kinderen in gezinnen minder vaak positief testen dan de ouders en de verspreiding vooral plaatsvindt tussen personen van ongeveer dezelfde leeftijd (tussen 40 en 80 jaar).

489 Bij validiteit kijken onderzoekers naar de mate waarin testresultaten en het te meten verschijnsel met elkaar overeenkomen.

490 De onderzoekspopulatie betrof door het restrictieve testbeleid in de onderzoeksperiode vooral gezinnen van positief geteste gezondheidswerkers. Bron: W. van der Hoek, J. Backer, R. Bodewes, et al, 'De rol van kinderen in de transmissie van SARS-CoV-2', 03-06-2020, https://www.ntvg.nl/artikelen/de-rol-van-kinderen-de-transmissie-van-sars-cov-2/volledig [geraadpleegd op 12 oktober 2021].
Doordat gezondheidswerkers op hun werk meer blootstelling hebben aan het coronavirus dan andere (thuis) werkenden, kunnen de resultaten niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar de hele bevolking.

Als in april en mei meer perspectief ontstaat op intrekking van maatregelen, presenteert het kabinet een routekaart en een dashboard met indicatoren die in samenhang inzicht geven in de impact, omvang en verwachting van de verspreiding van het virus. In de Kamerbrief van 19 mei 2020 licht de minister van VWS toe dat het dashboard vijf hoofdindicatoren bevat.[491] Volgens de brief zijn testresultaten het geschiktst om de verspreiding in te schatten, omdat die zijn gebaseerd op de meest recente data. De routekaart is sterk gericht op versoepelingen en dalende cijfers. Het is onduidelijk welke maatregelen de samenleving kan verwachten of welke wenselijk zijn als een of meerdere indicatoren verslechteren.

Acteren op indicatoren
Op 21 juli brengt het RIVM naar buiten dat het aantal coronabesmettingen in een week tijd bijna is verdubbeld. Ook ligt de 'R-waarde', het reproductiegetal, op 1,29. Voor het eerst sinds 15 maart ligt het cijfer weer boven de 1. De oplopende cijfers in de zomer leiden echter niet tot additionele maatregelen omdat de ziekenhuis- en ic-opnames in dezelfde periode laag blijven. Er wordt niet geacteerd op de oplopende indicatoren of geanticipeerd op een toename van de ziekenhuisdruk, totdat het aantal ic- en ziekenhuisopnames daadwerkelijk begint op te lopen. Het aantal ziekenhuis- en ic-opnames lijkt binnen de vijf hoofdindicatoren zodoende de grootste sturingsfactor te zijn, terwijl daar een belangrijke vertragingsfactor in zit.

5.3 Controlemechanismen bij besluitvorming

Om de crisisbesluitvorming goed te kunnen laten functioneren en adviezen in meerdere teams te laten beoordelen, zijn in het proces van besluitvorming allerlei zogeheten *checks* en *balances* ingebouwd. Een voorbeeld daarvan is het BAO dat de OMT-adviezen in een breder kader weegt en vervolgens die bredere afweging aan de minister van VWS voorlegt. Dergelijke procedures zien erop toe dat de besluitvorming ordentelijk en op basis van een breed afgewogen advisering plaatsvindt. De controlemechanismen in het systeem behoeden crisisteams voor valkuilen zoals eenzijdige of disproportionele besluitvorming en zijn behulpzaam om te reflecteren op de vraag of de crisisorganisatie als geheel nog de juiste besluiten neemt.

Vaste besluitvormingsprocedures moeten er ook voor zorgen dat de besluiten op de juiste manier en op basis van de juiste bevoegdheden tot stand komen. Daarvoor is het noodzakelijk om te doorzien hoe de verschillende organisaties zich tot elkaar verhouden. In de coronacrisis was dat een complex geheel van bekende en *ad hoc* ingerichte organisaties met eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, zoals het LOT-C en het LCPS. Ook kregen bestaande organisaties en overlegstructuren, zoals het Veiligheidsberaad en de ROAZ-regio's, nieuwe rollen toebedeeld waarin in de wet niet

491 Kamerbrief VWS, 'COVID-19 Update stand van zaken', Kamerstukken II 2019/20, 25 295 nr. 351.

was voorzien.[492] Rolverdelingen wijzigden ook tijdens de crisis. Zo werd in de periode van 9 tot 24 juni zowel vergaderd in de setting van het nieuwe MCC-19 als in de oude structuur van de MCCb.[493] Daarnaast kregen overlegstructuren zoals het Catshuisoverleg en het Torentjesoverleg kenmerken van een regulier crisisteam, en kwamen daardoor in het vaarwater van bestaande crisisteams waar beslissingen werden genomen. De nieuwe taken en bevoegdheden van organisaties waren niet altijd bekend bij de andere betrokken teams. Die onbekendheid maakte het in potentie lastig voor betrokkenen in de crisisorganisaties om de samenhang te doorgronden, te begrijpen hoe organisaties zich tot elkaar verhielden en hoe de *checks* en *balances* moesten worden uitgevoerd.

Een complicerende factor in tijden van crises is de verleiding om snelheid boven zorgvuldigheid te laten gaan. Een crisis vraagt door de omstandigheden immers om slagvaardige en snelle besluitvorming. Tegelijkertijd is het in een crisis van de omvang van de coronacrisis nodig om de tijd te nemen voor het maken van afwegingen. Vanuit slagvaardigheid kan de neiging ontstaan om bestaande structuren en procedures los te laten om zo de besluitvorming te versnellen. Dat kan echter afbreuk doen aan de zorgvuldigheid van dezelfde besluitvorming, omdat daarmee ook de ingebouwde controlemechanismen worden omzeild. Ook kan weerstand ontstaan wanneer crisisteams van mening zijn dat zij worden gepasseerd in hun (advies)rol of wanneer door opgelegde tijdsdruk de tijd ontbreekt om een goed advies op te stellen. Dergelijke mechanismes zijn ook zichtbaar in de aanpak van de coronacrisis. In een BAO-overleg op 18 mei wordt bijvoorbeeld breed het gevoel gedeeld dat de besluitvorming in de loop der maanden complex is geworden omdat er dubbelingen tussen teams ontstaan. De afweging voor bestuurlijke haalbaarheid komt volgens de aanwezigen niet alleen in het BAO aan de orde, maar komt ook terug in het Veiligheidsberaad waar wordt gesproken over de handhaafbaarheid van maatregelen. Bij eerdere crises was geen sprake van een dergelijke dubbeling, omdat het Veiligheidsberaad nooit een taak had in de acute fase van crises.

Controlemechanismen in de crisisorganisatie

Om de *checks en balances* binnen het nationale systeem van crisisbeheersing uit te voeren, volgen de adviezen een vaste volgorde van BAO en IAO naar ICCb naar MCCb (en na afschaling MCC-19). In de praktijk blijken de momenten voor reflectie in deze crisisteams kort te zijn, zeker gezien het grote aantal aanwezigen in bijvoorbeeld BAO en ICCb. Opvallend is ook dat diverse ambtenaren voor meerdere crisisteams worden uitgenodigd; zo is een kwart van de ICCb-deelnemers ook uitgenodigd voor het IAO. Dat lijkt niet alleen inefficiënt, maar brengt ook het gevaar met zich mee dat elkaar opvolgende vergaderingen een herhaling van zetten worden. De OMT-voorzitter neemt als inhoudelijk expert deel aan BAO, ICCb, MCCb, Catshuisoverleggen en belt in tijdens de latere Torentjesoverleggen. In de beginfase kan dit verklaard worden vanuit de behoefte aan technisch-inhoudelijke kennis over het virus bij de niet-medisch geschoolde adviseurs en beslissers. In die rol kan de OMT-voorzitter met zijn wetenschappelijke achtergrond in een kennislacune voorzien. Tegelijkertijd is het opvallend dat de voorzitter van het OMT aanschuift bij overleggen waar het OMT geen directe adviesrol heeft en

492 Als illustratie beschrijft de Wet op de Veiligheidsregio's de taak van het Veiligheidsberaad om periodiek met de minister van Justitie en Veiligheid te overleggen over vast te stellen landelijke doelstellingen. De wet beschrijft geen taak voor een overleg in acute crisissituaties.

493 Ambtelijk overzicht annotaties ten behoeve van de ministerraad en onderraad MCC-19 inzake coronamaatregelen om het virus tegen te gaan: periode 1 januari 2020 t/m 11 juni 2020.

dat gedurende de hele periode blijft doen. Zijn advies over de bestrijding van de infectieziekte wordt in ICCb of MCCb bijvoorbeeld niet door de voorzitter van het BAO respectievelijk de minister van VWS gepresenteerd. Ook hierdoor ontstaat het risico op een herhaling van zetten vanuit hetzelfde perspectief.

Snelheid binnen het proces van besluitvorming
Op 9 maart 2020 resulteert het besluitvormingsproces binnen de nationale crisisstructuur in de landelijke oproep om geen handen meer te schudden en de oproep aan inwoners van Noord-Brabant om zo veel als mogelijk vanuit huis te werken. In de gang van zaken is te zien hoe de overleggen elkaar in korte tijd opvolgen. Om 11.00 uur vindt op het ministerie van VWS een BTCb (11 aanwezigen) plaats. Om 11.30 uur gevolgd door een IAO (18 aanwezigen) en een BAO (36 aanwezigen) van 13.30 tot 15.00 uur.[494] De ICCb (28 aanwezigen) vergadert die dag van 16.30 tot 17.15 uur. Van 18.00 tot 19.00 uur komt de MCCb bij elkaar, gevolgd door een persconferentie van de premier en de voorzitter van het OMT om 19.20 uur.

De Catshuisoverleggen die vanaf zondag 15 maart plaatsvinden[495] hebben een informeel en reflectief karakter.[496] Om er zeker van te zijn dat er ongestoord genoeg tijd kan worden genomen voor gedegen reflectie, worden de Catshuissessies op zondagen ingepland. Gemiddeld schuiven twintig genodigden aan.[497] Het is een deels wisselend gezelschap van ministers en externe gasten dat zich in de periode april-juni ook nadrukkelijker buigt over de maatschappelijke impact en economische gevolgen. De OMT-voorzitter is standaard aanwezig in het Catshuis en ook de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en het hoofd van de LCPS schuiven regelmatig aan. In de praktijk ontwikkelt het Catshuisoverleg zich tot een orgaan waar besluitvorming over de maatregelen intensief wordt voorbereid. De besluiten worden doorgaans bekrachtigd in de vergadercyclus die in de week aansluitend plaatsvindt. De voorgenomen besluiten zijn doorgaans in lijn met de formele beslissingen in de MCCb.

Met name op ambtelijk niveau ervaren betrokkenen dat de Catshuisoverleggen worden gebruikt voor het uitzetten van de strategische koers en dat de overleggen van het IAO, de ICCb en de MCCb daardoor in het teken komen te staan van het formaliseren van die koers. Hierbij krijgen de interne gremia IAO en ICCb meer de rol om binnen de gestelde kaders de details op departementaal niveau uit te werken. Dat laat onverlet dat de status van het Catshuisoverleg diffuus blijft, juist omdat het invloedrijke overleg geen wettelijke basis heeft en geen onderdeel uitmaakt van de officiële crisisstructuur. Hetzelfde geldt voor het Torentjesoverleg, dat zich vanuit de wens om in kleiner gezelschap zaken af te stemmen ontwikkelt tot een afstemmingsoverleg van de meest betrokken

494 Mail uit hoofde van DG Volksgezondheid aan genodigden BAO uit *bijlagen bij besluit Wob verzoek inzake openbaarmaking BAO documenten.pdf* (pag 8).
495 NCC, 'Bijdrage FO-NCC aan tijdlijn: vergaderingen, IAO's, ICCb's, MCCb's en meest relevante zaken', 21 september 2020.
496 Kamervragen (aanhangsel) 2020/21, nr. 430.
497 Opgevraagd overzicht van genodigden Catshuissessies maart tot en met augustus 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

bewindspersonen voorafgaand aan de besluitvorming in de MCCb. Door diverse geïnterviewden wordt aan dit overleg gerefereerd als een mini-MCCb.

Controlemechanismen in het gebruik van bevoegdheden

De behoefte aan parallelle overlegstructuren kan ook tot gevolg hebben dat de uitoefening van bevoegdheden inconsistent verloopt en de *checks en balances* onvoldoende functioneren. Zo stelt het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming dat de MCCb geen besluiten neemt over aangelegenheden waarbij een niet-aanwezige minister in het bijzonder is betrokken.[498] Dit staat haaks op het besluit van 15 maart 2020 dat de horeca per direct moet worden gesloten, een besluit dat nog diezelfde middag wordt aangekondigd door de minister van Basis- en Voorgezet Onderwijs en de minister van Volksgezondheid. De minister van Economische Zaken is, ondanks zijn betrokkenheid bij het dossier, niet aanwezig bij het Catshuisoverleg.

Ten aanzien van de aanwijzingsbevoegdheid die de minister van VWS op grond van artikel 7 Wet publieke gezondheid heeft[499], lijkt een interpretatieverschil te hebben bestaan over de reikwijdte en de manier waarop deze bevoegdheid moet worden ingevuld. Dit speelt met name in de zomer van 2020, als de minister bij oplopende cijfers de voorzitters van veiligheidsregio's geen specifieke aanwijzing geeft maar hen oproept om zelf regionale maatregelen te treffen.[500]

Het blijft in die periode diffuus of het primaat voor regionale maatregelen bij de voorzitters van de veiligheidsregio's ligt, of dat het primair teruggrijpt op de bevoegdheid van de minister zelf. In het licht van de wettekst kan de conclusie worden getrokken dat de minister in het geval van een A-ziekte moet bepalen *hoe* de bestrijding ter hand moet worden genomen. Als het wenselijk is om de veiligheidsregio's meer ruimte voor maatwerk te geven zullen daar in een aanwijzing op voorhand duidelijke kaders voor moeten worden meegeven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's. Een voorbeeld van een regionale maatregel komt van de voorzitters van de veiligheidsregio's Amsterdam-Amstelland en Rotterdam-Rijnmond, die een lokale mondkapjesplicht willen invoeren op drukke plaatsen. Indachtig de wetstekst verzoeken zij de minister om deze landelijk op te leggen. Inhoudelijk is daarbij een complicerende factor dat de minister in de Kamerbrief van 30 juli 2020[501] stelt dat er volgens de experts van het OMT geen medische noodzaak is tot het voorschrijven van niet-medische mondkapjes in de openbare ruimte. Wel geeft de minister van VWS aan open te staan voor lokale experimenten. De regio's Amsterdam-Amstelland en Rotterdam-Rijnmond nemen de lokale mondkapjesplicht vervolgens als experiment op in hun eigen noodverordening. Dat de lokale mondkapjesplicht niet wordt ondersteund door landelijk beleid maakt het op straat vervolgens een lastig te handhaven maatregel.

498 Artikel 3 lid 8 Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing 2016 (2016); NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016), p. 20.
499 'Onze Minister (geeft) leiding aan de bestrijding en kan (…) de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen'.
500 Minister-president Rutte en minister De Jonge, 'Landelijke persconferentie', 6 augustus 2020.
501 Kamerbrief VWS, 'Reactie n.a.v. 73e OMT COVID-19', Kamerstukken II 2019/20, 25 295 nr. 467.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De verwarring tussen regio en Rijk over wie er aan zet is blijf tot eind september bestaan. Op dat moment wordt gestopt met de regionale aanpak[502] en is voor iedereen weer duidelijk dat het Rijk aan zet is.

Controlemechanismen in aanwijzingen
Op het moment dat de minister van VWS met de verpleeghuissector tot overeenstemming komt om de verpleeghuizen te sluiten, maakt hij ook gebruik van de aanwijzingsbevoegdheid op grond van artikel 7 van de Wet publieke gezondheid.[503] In de aanwijzing vraagt hij de voorzitters van de veiligheidsregio's om hun bevoegdheden op het terrein van openbare orde en veiligheid te gebruiken, wanneer verpleeghuizen problemen ervaren met het weigeren van bezoekers en derden. Op 26 maart 2020 wordt de aanwijzing in de veiligheidsregio's omgezet in regionale noodverordeningen. Die noodverordeningen verbieden op voorhand de toegang tot verpleeghuizen en zien niet alleen toe op de excessen. Het volledig weigeren van toegang is in lijn met de wens van de minister en de sector, maar niet in lijn met de aanwijzing. Dat de noodverordening verder strekt dan de aanwijzing wordt niet gecorrigeerd door de minister van VWS, noch wordt de aanwijzing aangepast.

Controlemechanismen van het parlement
Ook zijn er *checks* en *balances* op het gebied van de politieke verantwoording. Het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming[504] stelt expliciet dat de sturing door het Rijk de bestaande verantwoordingsmechanismen intact laat.[505] De regering legt over de aanpak van de crisis verantwoording af aan de Tweede Kamer en de voorzitter van de veiligheidsregio en de burgemeesters leggen verantwoording af aan de gemeenteraden.

De controlefunctie van het parlement zorgt voor extra druk op de crisisteams. De legitieme roep om informatie en verantwoording, die naast de Tweede Kamer ook wordt gevoed door bijvoorbeeld vragen en WOB-verzoeken van de media, vraagt in crisisomstandigheden veel capaciteit. Het vereist niet alleen capaciteit om de benodigde informatie te verzamelen. Het legt ook een beslag op de actieve crisisteams, omdat het vaak de betrokken teamleden zijn die de input moeten leveren voor de beantwoording van de Kamervragen. Ook het afwijken van de formele crisisstructuren vergroot de behoefte aan informatie bij Kamerleden en media omdat zij willen weten waarom de Rijksoverheid afwijkt. Het leidt in de coronacrisis bijvoorbeeld tot veel vragen over het Catshuisoverleg, waarom dat overleg in het leven is geroepen en wat daar ter sprake komt.

502 Binnenlands Bestuur, 'Forse landelijke aanscherping coronamaatregelen', 28 augustus 2020, https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/forse-landelijke-aanscherping-coronamaatregelen.14648193.lynkx [geraadpleegd op 12 oktober 2020].
503 Ministerie van VWS, 'Aanwijzing verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen', brief aan voorzitters veiligheidsregio's, 20 maart 2020.
504 Het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming heeft geen wettelijke basis, maar geldt als het beleidskader en richtsnoer voor alle planvorming van en voorbereiding door de Rijksoverheid op specifieke situaties, incidenten of gebeurtenissen.
505 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016), p. 15.

In tijden van acute crises is het gebruikelijk dat de Tweede Kamer zich terughoudend opstelt, terwijl het ministeriële crisisteam zich over de ontstane situatie buigt. Dit mechanisme staat bekend als het adagium 'Regering Regeer!'[506] Door de uitzonderlijk lange duur van de coronacrisis is het echter onhoudbaar en onwenselijk om de verantwoording uit te stellen tot de crisis achter de rug is. De minister van VWS wordt wekelijks naar de Tweede Kamer geroepen voor een debat en er is een stroom van uitgebreide Kamerbrieven waarin door de verschillende departementen informatie wordt gegeven. Het ministerie van VWS neemt de centrale regie op zich om namens het kabinet een wekelijkse 'Stand van zaken Covid-19'-brief op te stellen. In tegenstelling tot andere ministeries maakt VWS niet de keuze om het schrijven van deze Kamerbrieven, de beantwoording van de Kamervragen en de voorbereiding op de debatten in een apart team – buiten de crisisorganisatie – onder te brengen. Ook wordt niet gekozen voor de optie die het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming aanreikt om via het IAO een interdepartementaal team in te stellen dat werkt aan de parlementaire verantwoording.[507] Mede daardoor ervaren betrokkenen binnen VWS grote druk om aan de informatieplicht te voldoen, terwijl zij ook gelijktijdig de crisis moeten aanpakken.

Eerdere ervaringen met informatieplicht tijdens crises

De commissie die onder leiding van professor Torenvlied de nationale crisisbeheersingsorganisatie na de MH17-ramp onderzocht[508] is nader ingegaan op de informatievoorziening aan de Tweede Kamer. De commissie beschrijft een proces waarbij de vraag naar informatie en het aanbod van informatie elkaar wederzijds voedden. Bijvoorbeeld een mededeling van een minister in een Algemeen Overleg kan dan weer leiden tot een vraag naar informatie.

De Tijdelijke Commissie Onderzoek Financieel Stelsel (de Wit I) deed een aanbeveling om de informatiepositie van de Tweede Kamer tijdens financiële crises te verbeteren en te structureren. Op 21 maart 2019 rapporteerde de minister van Financiën dat een informatieprotocol is opgesteld waarover overleg met de vaste Kamercommissie met Financiën plaatsvindt.[509]

In april 2020 deelt de minister van Justitie en Veiligheid in het Veiligheidsberaad het voornemen om tot een spoedwet te komen, die de noodverordeningen op termijn moet vervangen. De corona-noodverordeningen beperkten burgers in hun grondwettelijke vrijheden (bijvoorbeeld waar zij naartoe willen gaan of met hoeveel mensen zij bijeen willen komen). Juristen zijn het erover eens dat dergelijke vrijheden met een noodverordening alleen bij een acuut en concreet dreigend levensgevaar mogen worden ingeperkt voor korte duur. Bovendien speelt mee dat de wettelijke controletaak van gemeenteraden op de regionale noodverordeningen vooral na afloop van crises plaatsvindt. Een wet moet een betere basis bieden voor maatregelen die langere tijd

506 Zie ook Rosenthal, U. *Crises en parlementaire bemoeienis* in Jaarboek Parlementaire Geschiedenis (2009), p. 15-26.
507 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016), p. 23.
508 R. Torenvlied, E. Giebels, R.A. Wessel, J.M. Gutteling, M. Moorkamp, W.G. Broekema, *Evaluatie nationale crisisbeheersingsorganisatie vlucht MH17*, Rapport universiteit Twente (december 2015).
509 Kamerstukken II 2018/19, 32 013, nr. 211.

gaan gelden. Met de spoedwet moet ook de democratische legitimiteit beter worden geborgd; de noodverordeningen zijn geldig zodra deze door de voorzitters van de veiligheidsregio's zijn afgekondigd en missen dergelijke democratische legitimiteit en controle.[510] De Tweede Kamer deelt de wens om de noodverordeningen door wetgeving te vervangen. Toch duurt het tot 1 december voordat de *Tijdelijke wet maatregelen covid-19* van kracht wordt en de noodverordeningen kunnen worden ingetrokken.

5.4 In het kort

Infectieziektebestrijding is het belangrijkste uitgangspunt voor het kabinet in de aanpak van de crisis, zodat met het bestrijden van de oorzaak ook de negatieve gevolgen niet meer bestaan. Hoe sterker die gevolgen zijn, des te belangrijker is het dat Nederland de maatregelen naleeft met als 'beloning' dat ruimte ontstaat om de maatregelen te versoepelen. Het vasthouden aan het perspectief van infectieziektebestrijding heeft invloed op de besluitvorming en wordt versterkt door de positie van het OMT als expertteam en de adviesrol van de voorzitter van het OMT in vrijwel alle crisisteams. Los van de afweging tussen beleidsterreinen, belemmert een sterke focus op infectieziektebestrijding een afweging tussen de gevolgen van de crisis op korte en langere termijn. Dat de gevolgen van de crisis en de maatregelen op andere terreinen en op de (middel)lange termijn met onzekerheid zijn omgeven, versterkt bij besluitvormers de behoefte aan het zoeken naar houvast op de korte termijn en aan het baseren van besluitvorming op datgene wat men wel weet.

De crisis kenmerkt zich langdurig door veel onzekerheid, meer dan men gewend is in andere crises. Die onzekerheid in de coronacrisis manifesteert zich op verschillende niveaus. Allereerst bestaat onzekerheid door een (wetenschappelijk) informatietekort en beperkte mogelijkheden tot modellering. Ook is de werking van het virus lange tijd onduidelijk. Het leidt tot onzekerheid in uitgebrachte adviezen en in de besluiten die daarop zijn gebaseerd, omdat onduidelijk is welke maatregelen het best verwachte resultaat hebben, wat de neveneffecten – ook buiten de zorg – zullen zijn en wat de maatregelen zullen betekenen voor het draagvlak bij de Nederlandse bevolking.

Bij beleidsmakers ontstaat het verlangen om de onzekerheden die er zijn zoveel mogelijk te reduceren. 'Zachte' signalen die met veel onzekerheden zijn omgeven worden in dit spanningsveld eerder terzijde gelegd. Bijvoorbeeld informatie over de effecten op het psychisch welzijn van kwetsbaren en sociaal-economische gevolgen is vooral in het begin van de crisis nog niet met harde cijfers te onderbouwen. Bovendien hebben adviesorganen zoals planbureaus geen vaste plaats in het besluitvormingsproces. De impact van de crisis en de maatregelen buiten de zorgsector komt hierdoor minder goed in beeld. Tegelijkertijd ontstaat de neiging om sterk op informatie en harde cijfers te sturen die wel voorhanden zijn. Deze cijfers (R-getal, besmettingscijfers, ic- en ziekenhuisopnames) lijken hard, maar zijn in de praktijk vooral indicatief door de vertraagde doorwerking van de incubatietijd van het virus en de beperkte testcapaciteit in het voorjaar van 2020. De cijfers die vanuit de zorg beschikbaar zijn, zijn dominant in

510 Veiligheidsberaad, 'Verslag vergadering', 28 april 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

het afwegingskader en tekenen daarmee de manier waarop de crisis 'gelezen' wordt. De focus op de crisis als 'zorgcrisis' wordt hierdoor versterkt.

De exponentiële groei van het aantal besmettingen en de gevolgen daarvan vergen ondanks alle onzekerheden over het verdere verloop snel en adequaat ingrijpen. Vanuit de behoefte aan slagvaardigheid kan de neiging ontstaan om bestaande structuren en procedures te omzeilen, om zo de besluitvorming te versnellen. In de coronacrisis is een verschuiving zichtbaar waarin gremia die normaal gesproken geen onderdeel vormen van de crisisorganisatie, in dit geval het Catshuis- en Torentjesoverleg, een steeds prominentere plek krijgen in de besluitvormingscyclus. Daarmee verandert ook de rol van de gremia die een vaste rol hebben in de crisisorganisatie. Hoewel de behoefte aan slagvaardige besluitvorming door een klein gremium begrijpelijk is, schuilt daarin het risico dat afbreuk wordt gedaan aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming, omdat daarmee ook de ingebouwde controlemechanismen worden omzeild. Bovendien voedt het omzeilen van de vooraf bedachte besluitvormingsprocessen de behoefte aan (democratische) controle: het aantal Kamervragen en informatieverzoeken uit de media neemt toe en trekt een zware wissel op de ambtelijke staf die naast de informatievoorziening richting het parlement ook een taak in de crisisorganisatie heeft.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I
De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1
Stelselbeschrijving in het kort
2
Reconstructie tot september 2020
Sectie II
Analyse van de crisisaanpak
3
De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4
De crisisorganisatie
5
De besluitvorming
6
De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7
De verpleeghuizen
Sectie III
Synthese en conclusies
8
Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9
Conclusies
10
Aanbevelingen
Bijlagen

6 DE CRISISCOMMUNICATIE DOOR DE RIJKSOVERHEID

Inleiding

Om de coronacrisis te kunnen beheersen, was het nodig dat mensen hun gedrag aanpasten om zo (verdere) virusspreiding te voorkomen. Dat maakte de overheidscommunicatie gericht aan en met de bevolking een cruciaal instrument in de crisisaanpak. De bevolking diende niet alleen geïnformeerd te worden over de crisis, maar moest ook overtuigd en geactiveerd worden om de voorgestelde maatregelen op te volgen. Daarnaast moest de crisiscommunicatie zoveel mogelijk mensen in Nederland bereiken, waarbij er binnen een bevolking van 17 miljoen mensen grote verschillen bestaan in hoe mensen het beste bereikt kunnen worden. Daar komt bij dat de lange duur en impact van de crisis en van de maatregelen (inclusief de op- en afschaling ervan) ervoor zorgden dat de behoeften in de samenleving voortdurend veranderden.

De crisiscommunicatie moest verder rekening houden met de vele onzekerheden rond de aard en de verspreiding van het virus, het gevaar voor de volksgezondheid en de effectiviteit en de impact van de maatregelen. Een complicerende factor daarbij was dat het virus en dus ook het besmettingsgevaar zelf niet zichtbaar is. Bovendien waren de directe gevolgen van corona voor veel mensen beperkt voelbaar, aangezien niet iedereen besmet of ziek werd of op een andere manier slachtoffer werd van de pandemie.

De crisiscommunicatie door de Rijksoverheid, waar de persconferenties van het kabinet en de publiekscampagnes deel van uitmaakten, vormde een wezenlijk onderdeel van de totaalaanpak om de coronacrisis onder controle te krijgen. Daarom gaat dit hoofdstuk in op de crisiscommunicatie zoals die werd aangestuurd vanuit de landelijke crisisorganisatie. Met crisiscommunicatie wordt in dit hoofdstuk de crisiscommunicatie door de Rijksoverheid bedoeld, gericht op en met de Nederlandse bevolking. De crisiscommunicatie door veiligheidsregio's en gemeenten valt buiten dit onderzoek.

Dit hoofdstuk bespreekt eerst de werkwijze rond en uitvoering van de landelijke crisiscommunicatie (6.1). Vervolgens worden – aan de hand van een analyse van de belangrijkste uitdagingen in de communicatie met de bevolking – kwetsbaarheden in de crisiscommunicatie in kaart gebracht (6.2). Tot slot wordt ingegaan op de verklarende factoren voor deze kwetsbaarheden (6.3). Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (6.4).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

6.1 Werkwijze en uitvoering

De werkwijze

Het werkproces

Conform het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming[511] coördineert het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) de pers- en publieksvoorlichting vanuit de Rijksoverheid. Het NKC adviseert de crisisoverleggen op rijksniveau over de te volgen communicatiestrategie en de communicatieve gevolgen van (voor)genomen besluiten. Het team bestaat in de kern uit communicatieprofessionals van de NCTV, aangevuld met collega's vanuit verschillende communicatiedisciplines van andere departementen. Daarnaast maakt het NKC gebruik van externe expertise als daar aanleiding toe is.[512] Als onderdeel binnen de nationale crisisbeheersingsstructuur is het NKC vertegenwoordigd in het IAO, ICCb en MCCb. Tijdens de coronacrisis was het NKC ook vertegenwoordigd in het Torentjesoverleg en het Catshuisoverleg. Nadat communicatieadviezen van het NKC zijn voorgelegd en besproken in ICCb en MCCb, vertaalt het NKC deze naar woordvoeringslijnen voor bewindslieden en woordvoerders, naar (online) inhoud voor Rijksoverheid.nl, persberichten, campagneposters met symbolen, en naar antwoorden op veel-gestelde vragen, die worden gebruikt voor de medewerkers van het publieksinformatienummer 0800-1351 van de Rijksoverheid. Bewindslieden en andere bestuurders besluiten op basis van de adviezen en voorstellen van het NKC zelf de uitgangspunten van hun communicatieaanpak. Departementen blijven verantwoordelijk voor de communicatie over onderwerpen die vallen binnen hun departementale verantwoordelijkheid.

Om te bewaken dat de overheid met één stem spreekt[513], informeert het NKC andere overheden over de communicatie-activiteiten van de Rijksoverheid. Dit deed het NKC tijdens de crisis onder meer via een dagelijkse nieuwsbrief aan circa 2.500 abonnees.[514] Ook wordt vanaf eind maart 2020 met een brondocument gewerkt met daarin alle regels en maatregelen die de basis vormen voor de gehele publiekscommunicatie.[515] Het NKC coördineert de communicatieaanpak van de Rijksoverheid met veiligheidsregio's, die op hun beurt weer communiceren met gemeenten en inwoners over de maatregelen die zijn opgenomen in de regionale noodverordeningen. Daarnaast vindt afstemming plaats met semipublieke organisaties, bedrijfsleven, maatschappelijke- en culturele organisaties, en branche- en koepelorganisaties.[516] Deze groepen werden gestimuleerd informatie over de corona-aanpak en -maatregelen te delen met de eigen achterban. Via deze lijnen komen signalen uit de samenleving terug over de effectiviteit van de communicatie en de uitlegbaarheid van de maatregelen, op basis waarvan de communicatie aangescherpt kan worden. Binnen de functionele kolom verloopt de afstemming getrapt via de communicatieafdelingen van de departementen. Zo vindt afstemming plaats met bijvoorbeeld primair en secundair onderwijs via het ministerie van Onderwijs, Cultuur en

511 NCTV, *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming* (september 2016)
512 NKC, *Handreiking communicatieaanpak coronavirus* (juni 2020). De Handreiking opgesteld door NKC benoemt de inzet van taal- en tekstwetenschappers, speechschrijvers, lectoren en hoogleraren over tekst en taal, waarden en dilemma's, ongemak en je veilig voelen, deskundigen op het gebied van onderzoek, interne communicatie, laaggeletterdheid, mediapsychologie en framing, praktijkdeskundigen op het gebied van inclusief communiceren uit gemeenten en veiligheidsregio's, gedragswetenschappers en filosofen.
513 S. Grip, 'Een eenduidige boodschap', *Magazine JenV*, 29-04-2020.
514 NKC, *Alleen samen COVID-19 beleefd vanuit het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie* (juni 2020).
515 NKC, *Handreiking communicatieaanpak coronavirus* (juni 2020), pagina 8.
516 NKC, *Handreiking communicatieaanpak coronavirus* (april 2020).

Wetenschappen, en met de Kamers van Koophandel via het ministerie van Economische Zaken en Klimaat.

Onderzoeken om het communicatiebeleid te ondersteunen

Tijdens de coronacrisis maakt het NKC gebruik van verschillende communicatieonderzoeken om de communicatieaanpak en het gebruik van communicatiemiddelen aan te scherpen en te toetsen of de overheid het gewenste effect bereikt.[517; 518] Het team maakt dagelijks een omgevingsanalyse, waarin de berichten op sociale media en uit reguliere media (tv, kranten) worden samenvat en die een indruk geeft van de maatschappelijke sentimenten op dat moment. Ook laat het circa tweewekelijks 'flitspeilingen' uitvoeren om het sentiment, de informatiebehoefte, de houding ten opzichte van maatregelen en het vertrouwen in de informatie van de overheid te onderzoeken. Daarnaast doet het communicatieteam van de Rijksoverheid onderzoek naar begrippen, woorden en de zoektermen die mensen op de website Rijksoverheid.nl gebruiken.[519] Ook vinden effectmetingen plaats van de campagnes die de Rijksoverheid initieert[520] en organiseert het NKC (digitale) gesprekken met vertegenwoordigers uit de veiligheidsregio's. In april en juni 2020 verschijnen handreikingen, waarin de vergaarde kennis wordt vastgelegd en gedeeld met communicatiecollega's binnen de overheid.[521] Internationale uitwisseling van communicatiestrategieën kreeg volgens betrokkenen beperkt vorm, door nationale verschillen in cultuur, politiek en de rol van de overheid. Wel had het NKC met het oog op de grensregio's veelvuldig contact met Belgische en Duitse collega's.

Communicatiestrategie

Om de crisiscommunicatie vorm te geven, gebruikt de overheid een methode die als standaardaanpak binnen de overheid geldt, zowel op rijksniveau als op het niveau van veiligheidsregio's en gemeenten. Afhankelijk van het type crisis of de fase in een crisis legt de overheid in de crisiscommunicatie-aanpak het accent op *informatievoorziening, schadebeperking* en/of *betekenisgeving.*[522] De drie onderdelen kunnen als volgt worden beschreven:

- *Informatievoorziening.* De overheid ziet het als haar taak om bij crises tegemoet te komen aan de - vaak enorme - informatiebehoefte bij publiek en pers. Het gaat daarbij om het verzorgen van algemene informatie, toelichtingen op de crisisaanpak van de overheid en waar nodig het ontkrachten van onjuiste geruchten of nepnieuws.
- *Schadebeperking.* Deze vorm van communiceren richt zich op de instructies die de overheid aan de bevolking geeft als adviezen voor gewenst gedrag en daarmee op het minimaliseren van (verdere) schade.

517 NKC, *Handreiking communicatieaanpak coronavirus* (juni 2020), pagina 9.
518 Een overzicht van onderzoeken staat op https://www.Rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/algemene-coronaregels/cijfers-en-onderzoeken-over-het-coronavirus/rapporten-onderzoeken [geraadpleegd op 14-09-2021].
519 De dagelijkse nieuwsbrief van het NKC geeft een overzicht van de drie meest gebruikte zoektermen. Op 16 maart, de eerste dag van de sluiting van scholen en kinderopvang zijn *hamsteren, werktijdverkorting en kinderopvang*. Een maand later wordt onder meer op het woord *auto* gezocht, een indicatie dat mensen op zoek zijn naar informatie over de afstandsregels wanneer zij met mensen van buiten hun eigen huishouden meerijden.
520 DVJ Insights, 'Campagne-effectmonitor Alleen Samen', 08-07-2020.
521 NKC, *Handreiking Communicatieaanpak coronavirus* (april 2020); NKC, *Handreiking Communicatieaanpak coronavirus* (juni 2020).
522 De drie doelen zijn gebaseerd op F. Regtvoort en J.H. Siepel, *Risico- en crisiscommunicatie: succesfactor in crisissituaties* (2007); Ministerie van VWS, *Draaiboek infectieziekte* (augustus 2016).

- *Betekenisgeving.* Deze vorm van communiceren richt zich op publiek leiderschap en de taak van vertegenwoordigers van de overheid om een crisis te duiden en gebeurtenissen in een breder perspectief te plaatsen.

Omdat in crisiscommunicatie vaak invulling wordt gegeven aan meerdere doelstellingen tegelijk, is er geen strikt onderscheid tussen de verschillende communicatiedoelen te maken. In dit onderzoek plaatst de Onderzoeksraad de uitleg van maatregelen onder 'informatievoorziening', het activeren van de bevolking om de maatregelen na te leven onder 'schadebeperking', en het bieden van hoop en perspectief onder 'betekenisgeving'.

De uitvoering van de communicatiestrategie

Deze paragraaf beschrijft de communicatieaanpak vanuit de Rijksoverheid vanaf het moment dat het NKC als coördinator van de crisiscommunicatie werd ingezet. Achtereenvolgens wordt beschreven wat de overheid deed in het kader van *informatievoorziening*, *schadebeperking* en *betekenisgeving*. Hierin komen de onderwerpen aan bod zoals benoemd in de inleiding van dit analysehoofdstuk. Deze onderwerpen worden geanalyseerd in de volgende paragraaf.

Wat de Rijksoverheid deed in het kader van informatievoorziening

Om pers en publiek te informeren over de stand van zaken en de crisisaanpak toe te lichten, vormen de persconferenties onder leiding van de premier het centrale ophangpunt. De nadruk in de persconferenties ligt op het uitleggen en verantwoorden van de genomen maatregelen en op het motiveren van mensen zich aan de maatregelen te houden. De crisiscommunicatie verloopt daarbij vooral top-down, waarbij de maatregelen tijdens persconferenties uitgelegd worden en het publiek erop wordt gewezen dat het op de website Rijksoverheid.nl de meest actuele informatie en meer uitleg kan vinden.

In totaal vinden 42 corona-gerelateerde persconferenties plaats in de periode tot 1 september 2020. In de meeste gevallen wordt de premier vergezeld door een van de ministers uit het Kabinet; op 9 maart, 12 maart en 21 april was de voorzitter van het OMT als inhoudelijk deskundige aanwezig. De persconferenties worden live op tv, radio en via een online livestream uitgezonden en bereiken daarmee miljoenen mensen tegelijk.

In de persconferenties wordt de methodiek van *dilemmalogica* toegepast om keuzes te beargumenteren. Dilemmalogica is een binnen de overheid zo benoemde manier van communiceren, waarbij de communicatie erop gericht is het publiek mee te nemen in de onzekerheden, de afwegingen en keuzes waarvoor de overheid staat uit te leggen, en te beargumenteren waarom de overheid tot bepaalde keuzes is gekomen. Het beoogde doel is dat de luisteraar door de transparante manier van delen begrip krijgt voor de gemaakte keuzes.[523] Twee voorbeelden van dilemmalogica zijn opgenomen in het onderstaande kader.

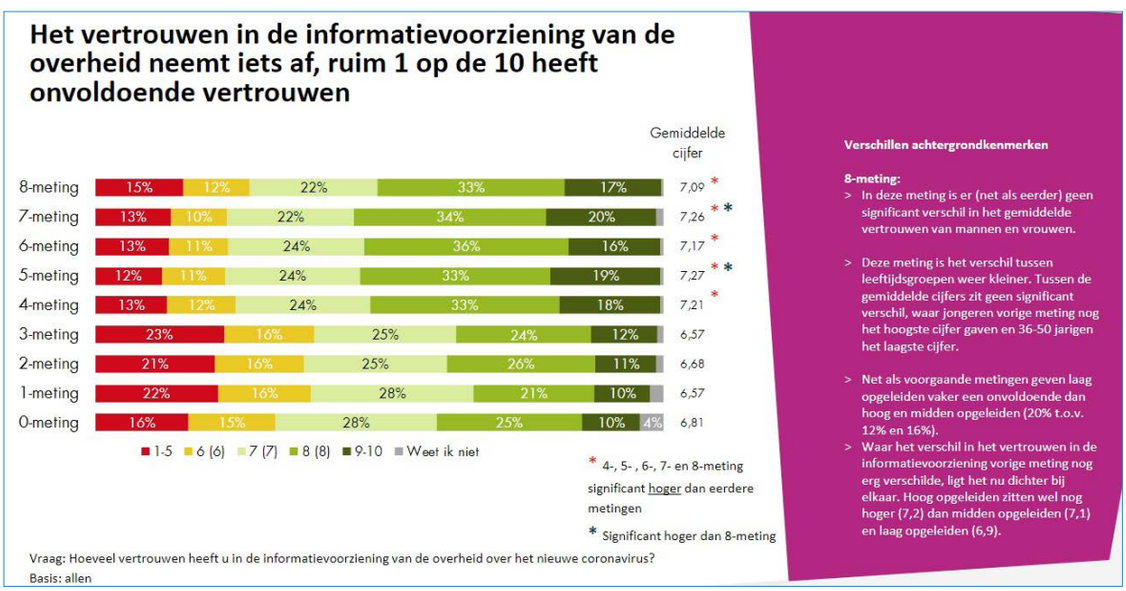
523 Ministerie van AZ, 'Dilemmalogica', https://www.communicatierijk.nl/vakkennis/dilemmalogica [geraadpleegd op 13-09-2021].

Dilemmalogica toegepast

In de persconferentie van 15 maart 2020 neemt onderwijsminister Slob het publiek mee in het vraagstuk of de scholen wel of niet moeten worden gesloten: *'de afgelopen dagen is duidelijk geworden dat met name veel scholen er niet in slagen hun scholen ook fysiek open te houden. Onder andere vanwege het feit dat ook veel onderwijspersoneel thuiszit, ziek is en het daardoor niet meer goed ook organiseerbaar en dat ook er veiligheidsrisico's in de scholen kunnen ontstaan en ook omdat er bij ouders en ook docenten zorgen leven. Daarom hebben we vandaag in goed overleg met de kinderopvang en de onderwijssector (…) besloten (dat) de kinderopvang en de scholen (dicht gaan).'*[524]

Premier Rutte neemt het publiek mee in hoe de keuze voor bepaalde versoepeling van maatregelen zijn gemaakt in de persconferentie van 21 april 2020: *'Dat was mijn worsteling en uiteraard van al mijn collega's in het kabinet in de afgelopen dagen. Wat kun je nu doen? Want de vrijheid van de een, die mag niet ten koste gaan van de gezondheid van de ander. Dat is in de kern het vraagstuk waar we voor staan. En dat is ook de afweging die we dus de komende weken met elkaar als land, met 17 miljoen mensen zullen moeten blijven maken. Ik beloof u dat ik u steeds zal vertellen wat er in mijn hoofd zit, wat we weten, wat we niet weten en op basis waarvan we die afwegingen maken.'*[525]

De persconferenties en de uitleg via Rijksoverheid.nl worden doorgaans goed ontvangen door het publiek. Dit is terug te zien in de zogeheten Flitspeilingen die bureau MarketResponse voor de overheid uitvoert.[526] Het gemeten vertrouwen in de informatievoorziening staat in onderstaande figuur weergegeven.



Figuur 6.1: Gemeten vertrouwen in informatievoorziening waarbij 0-meting plaatsvond in de periode 14-17 februari 2020 en de 8-meting op 16 juni 2020. (Bron: Ministerie van VWS, Flitspeiling 8, 19 juni 2020).

524 Landelijke persconferentie, 15-03-2021.
525 Landelijke persconferentie, 21-04-2020.
526 Rijksoverheid, 'Flitspeilingen coronavirus', 20-02-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/02/20/flitspeilingen-coronavirus [geraadpleegd op 14-09-2021].

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Desondanks klinkt er van tijd tot tijd kritiek door in de media. Voor een deel betreft dat kritiek op de communicatie over inconsistenties tussen maatregelen, de keuzes voor bepaalde maatregelen en hoe de Nederlandse keuzes zich tot de keuzes in het buitenland verhouden. In de eerste maanden van de crisis bestaat ook een maatschappelijke behoefte aan een duidelijke uitleg waarop de adviezen van het OMT zijn gebaseerd en hoe het OMT zich verhoudt tot de besluitvorming.[527; 528] Richting de zomer ontstaat nadrukkelijker een maatschappelijke behoefte tot verbinding; er was naast een helpende hand ook behoefte aan een luisterend oor van de overheid (zie hieronder).[529]

Informatie in het publieke debat wordt ook verschaft door OMT-leden zelf. Zij worden op grond van hun lidmaatschap van het OMT gevraagd om in media toelichtingen te geven. In een periode waarin de coronacrisis het nieuws beheerst, zijn OMT-leden graag geziene gasten in praatprogramma's als 'Op1' en 'Jinek' en andere media. Vanuit het OMT geldt als richtlijn dat OMT-ers vrij zijn om te praten over hun eigen vakgebied, maar geacht worden niet als lid van het OMT te spreken en zich verder aan de bewoordingen van de adviezen te houden. Daarmee wordt enerzijds gewaardeerd dat mensen met expertise in staat zijn om het publiek van informatie te voorzien en mee te nemen in de wetenschappelijke achtergronden van de maatregelen; anderzijds ontstaat publieke verwarring als OMT-ers in de media verleid worden om op basis van hun persoonlijke mening het beleid ter discussie te stellen of om vanuit hun wetenschappelijke achtergrond te reageren op vragen over nog te nemen maatregelen.

Wat de Rijksoverheid deed in het kader van schadebeperking
Voor de Rijksoverheid is vanaf medio maart 2020 het doel *'schadebeperking'* een essentieel element in de nieuwe campagne *'Alleen samen krijgen we corona onder controle'*, omdat het virus alleen kan worden ingedamd als de bevolking het gedrag aanpast.[530] Vanuit die context is het belangrijk de bevolking niet alleen te *informeren* over de crisis, maar ook te *overtuigen* van het nut van de genomen maatregelen en te *activeren* zich daadwerkelijk aan de maatregelen te houden. Omdat het NKC zelf over onvoldoende kennis op dit terrein beschikt en gedragsexpertise geen expliciet onderdeel is van de nationale crisisstructuur, wordt bij het RIVM de Corona Gedragsunit opgericht. De Gedragsunit onderzoekt hoe mensen denken over de coronamaatregelen, wat hun drijfveren zijn om zich hier aan te houden en wat de impact ervan is. Hoewel medewerkers van de Gedragsunit op individuele titel al eerder werden betrokken bij het NKC, is de Gedragsunit formeel vanaf 19 maart 2020 actief. De uit de onderzoeken voortkomende inzichten en aandachtspunten worden onder meer binnen het RIVM en met het ministerie van VWS gedeeld. Onderzoeksresultaten vinden ook hun weg naar LOT-C en – vanaf eind juni 2020 – het Directoraat Generaal Samenleving & COVID-19.[531] Medewerkers van

527 Kennislink, 'Hoe temmen politici angst en onzekerheid tijdens de coronacrisis?: De invloed van crisiscommunicatie op de publieke perceptie', 21-04-2020, https://www.nemokennislink.nl/facesofscience/blogs/hoe-temmen-politici-angst-en-onzekerheid-tijdens-de-coronacrisis/ [geraadpleegd op 14-09-2021].
528 R. Prettner, H. te Molder, M.A. Hajer, en R. Vliegenthart, 'Staging Expertise in Times of COVID-19: An Analysis of the Science-Policy-Society Interface in the Dutch' Intelligent Lockdown'', *Frontiers in Communication*, 05-07-2021.
529 WRR, 'Kwetsbaarheid en veerkracht. WRR-reflecties op de langetermijngevolgen van de coronacrisis', juni 2020, https://www.wrr.nl/wrr-en-corona/publicaties/publicaties/2020/06/16/kwetsbaarheid-en-veerkracht. [geraadpleegd op 14-09-2021].
530 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 12-03-2020.
531 https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/over-corona-gedragsunit#rm-wetenschappelijke-adviesraad-corona-gedragsunit-550411-more [geraadpleegd 14-09-2021].

de Gedragsunit ondersteunen het NKC bij de opzet van persconferenties, campagnes en andere communicatie-uitingen.

De Corona Gedragsunit
De Corona Gedragsunit is operationeel sinds 19 maart 2020 en ondersteunt beleid door gedragswetenschappelijke kennis te ontsluiten, te ontwikkelen en te vertalen naar antwoorden en adviezen voor overheidsbeleid en -communicatie. Het ministerie van VWS is opdrachtgever en een team van het RIVM coördineert het gedragswetenschappelijk onderzoek. De Gedragsunit doet onderzoek via vragenlijsten over gedrag, welzijn en draagvlak, houdt interviews en publiceert overzichten op basis van de laatste wetenschappelijke inzichten. Medewerkers van de Gedragsunit zijn op specifieke communicatiemomenten ook aanwezig in het NKC om hun expertise in te zetten voor bijvoorbeeld de persconferenties.

Een belangrijke bijdrage levert de Gedragsunit in juli 2020, wanneer het team een onderzoek presenteert naar de testbereidheid van mensen en hun motieven om zich wel of niet te laten testen.[532] Het vormt de basis onder de overheidscampagne 'Heb je klachten? Laat je testen' die in de zomer van 2020 van start gaat. De aanleiding is de op dat moment achterblijvende testbereidheid. Veel mensen blijken hun klachten aan andere aandoeningen te relateren (zoals hooikoorts) en zien af van een test. Mensen die zeggen zich te zullen laten testen, blijken dat in de praktijk niet te doen; van de mensen die klachten krijgen blijkt slechts 12% zich getest te laten hebben. Direct nadat het onderzoek media-aandacht krijgt, neemt de testbereidheid toe tot 19%.

In de publiekscommunicatie worden de effecten van de crisis op de zorg continu benoemd als drijfveer om de bevolking aan te sporen zich aan de maatregelen te houden. Er wordt ook benoemd dat de aanpak en de maatregelen zijn gebaseerd op adviezen van experts. Een voorbeeld is gegeven in onderstaand kader.

Toelichting op aanpak op de website Rijksoverheid.nl (dd. 23 maart 2020)[533]
'De maatregelen passen in de Nederlandse aanpak van het coronavirus, dat erop gericht is om de zorgcapaciteit niet te overbelasten en de mensen te kunnen helpen die het meest kwetsbaar zijn. De aanpak en de maatregelen zijn gebaseerd op adviezen van de experts, die samenkomen in het Outbreak Management Team onder voorzitterschap van Jaap van Dissel, de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM.'

532 RIVM, 'Thuisblijven, testen en quarantaine', https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/thuisblijven-testen-quarantaine [geraadpleegd op 14-09-2021].
533 Rijksoverheid, 'Aangescherpte maatregelen om het coronavirus onder controle te krijgen', 23-03-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/23/aangescherpte-maatregelen-om-het-coronavirus-onder-controle-te-krijgen [geraadpleegd op 12-10-2021].

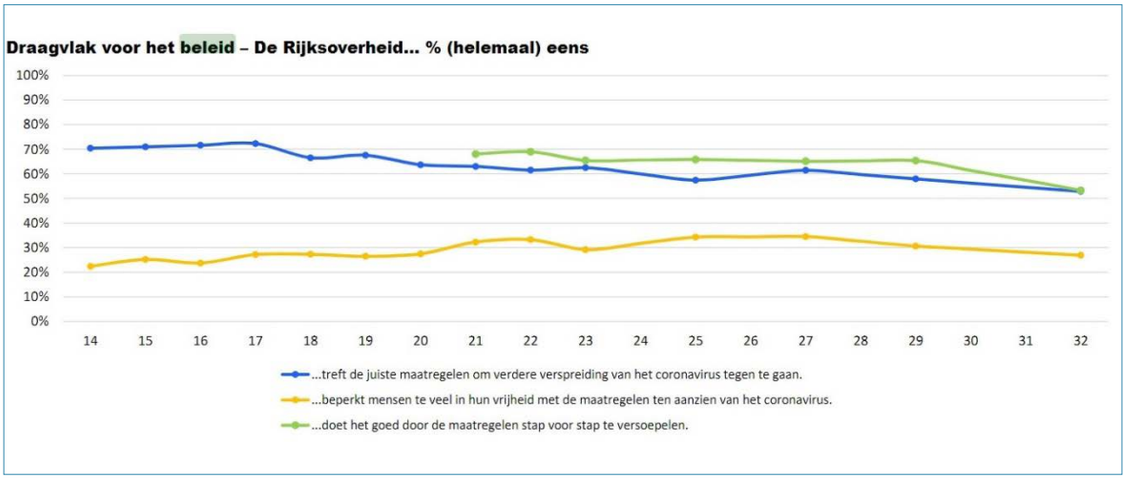
De persconferenties van bewindslieden bereiken weliswaar een groot publiek – geregeld tussen 5 en 6 miljoen kijkers[534] – maar niet iedereen. In antwoord op Kamervragen geeft de minister voor Medische Zorg op 16 maart aan dat hij het van groot belang vindt dat informatie voor iedereen begrijpelijk, toegankelijk en eenduidig is.[535] Voor het eerst wordt de persconferentie voorzien van een tolk in de Nederlandse Gebarentaal. Om anderstaligen te bereiken, biedt de Rijksoverheid na afloop van de persconferenties vertalingen aan in het Engels, Spaans, Pools, Turks, Arabisch, Papiamento en Papiamentu.[536] Ook maakt de Rijksoverheid gebruik van iconen om mensen te bereiken die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn of moeite hebben met lezen. Het gaat om een grote groep mensen van circa 2,5 miljoen personen van 16 jaar en ouder, die moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen.

In de interviews wordt erop gewezen dat de toegepaste methodiek van dilemmalogica onder deze doelgroep vragen kan oproepen en verwarring veroorzaken. Ook via de website kan deze doelgroep de communicatie van de overheid niet of niet goed tot zich nemen. Experts van Stichting Lezen en Schrijven, Pharos en Steffie.nl pleiten vanaf medio maart voor meer maatwerk om de groepen die de informatie niet goed begrijpen te bedienen. Op basis van hun inbreng en inbreng van experts binnen de overheid komt tussentijds meer aandacht voor deze doelgroepen; vanaf 6 mei hertaalt de overheid de persconferenties naar eenvoudigere taal. Deze versies kunnen online worden bezocht.[537] Ook past de overheid de inhoud van de persconferenties zelf aan. De premier en de minister van VWS gaan minder metaforen gebruiken om persconferenties toegankelijker te maken.

Uit onderzoek, gedaan in opdracht van de Rijksoverheid, blijkt dat het draagvlak voor de maatregelen in de beginperiode rond maart 2020 vrij stabiel was, maar vanaf mei geleidelijk afnam (zie figuur 6.2). In dit onderzoek is geen uitsplitsing gemaakt naar laaggeletterden en/of anderstaligen.

534 Stichting Kijkonderzoek, *Kijken in tijden van corona –kerncijfers TV 2020*. https://kijkonderzoek.nl/images/Persberichten/2020/Jaarpersberichten/210107_Factsheet_coronacrisis_-_kerncijfers_TV_2020.pdf [geraadpleegd 29-10-2021].
535 Kamervragen (aanhangsel) 2019-2020. Nr. 2109.
536 NKC, *Handreiking communicatieaanpak coronavirus* (april 2020).
537 Rijksoverheid, 'Coronavirus: de stappen na 11 mei in eenvoudige taal', https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/vraag-en-antwoord.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Figuur 6.2: Gemeten draagvlak met op y-as de weeknummers in 2020 (Bron: DVJ Insights - in opdracht van de Dienst Publiek en Communicatie van het ministerie van Algemene Zaken, Campagne-effectmonitor 'Alleen Samen', 11 augustus 2020).

Tijdens de persconferenties benadrukken de premier en minister van VWS het belang van de maatregelen. Hierbij verwijst de premier met regelmaat naar de eigen verantwoordelijkheid. In de persconferentie van 31 maart zegt de premier bijvoorbeeld: '*Maar ik vind het ook bij een volwassen, democratisch land horen om mensen uiteindelijk ook daar hun eigen verantwoordelijkheid in te laten nemen.*' Het is een andere toon dan de meer vermanende manier van spreken die de minister van JenV in de persconferenties gebruikt. In de persconferentie van 23 maart spreekt de minister van JenV over asociaal gedrag van mensen op overvolle stranden en mensen die op parkeerplaatsen half tegen elkaar opbotsen als ze uit de auto komen. Ook in de persconferentie op 22 juli spreekt hij over asociaal gedrag van mensen die zich niet aan de maatregelen houden.[538; 539]

Naast initiatieven vanuit de Rijksoverheid komen vanuit de samenleving initiatieven tot stand om mensen die vastlopen in de eigen verantwoordelijkheid, of die de overheidscommunicatie niet (voldoende) begrijpen, te ondersteunen. Uit interviews komt naar voren dat her en der in Nederland huisartsen, leerkrachten, werkgevers, buurtvaders en -moeders, en bestuurders van sportclubs, bibliotheken en gebedshuizen op eigen initiatief de coronacommunicatie onder de aandacht brengen van hun achterban.

De opvolging van maatregelen werd bemoeilijkt doordat bepaalde maatregelen niet eenduidig waren.[540] Een voorbeeld is de onduidelijkheid begin mei 2020 over wat wel en niet mocht met betrekking tot het samenkomen van mensen in de openbare ruimte, waarbij het verschil maakte of je met elkaar afsprak of elkaar spontaan tegenkwam.[541] Een ander voorbeeld is de boodschap van de *Rijksoverheid* van 'blijf thuis', die begin mei 2020 werd omgezet naar 'vermijd drukte'. Echter, wat drukte is, kan voor iedereen anders zijn. Ook worden er boetes uitgedeeld aan mensen die zich niet houden aan de

538 Landelijke persconferentie, minister van JenV, 22-07-2020.
539 Dit keert zich tegen de minister wanneer eind augustus 2020 foto's van zijn bruiloft uitlekken, waaruit blijkt dat op de bruiloft de afstandsmaatregel niet is gehanteerd.
540 NOS, 'Verschillend hanteren coronaregels leidt tot willekeur', 14-05-2020, https://nos.nl/artikel/2333867-verschillend-hanteren-coronaregels-leidt-tot-willekeur [geraadpleegd op 14-09-2021].
541 E.R. Rutten, *'Chaos troef: Het is compleet onduidelijk wat er nu precies mag in de openbare ruimte'*, De Gelderlander, 08-06-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

coronaregels, waarbij het niet duidelijk is waarom ze die krijgen. Daarnaast bestaan er verschillen in het land in de handhaving van de regels.[542] Een exemplarisch voorbeeld hiervan is de in de media breed uitgemeten situatie waarin een man en vrouw een boete kregen omdat zij in de buitenlucht met gasten een taartje aten, terwijl er wel anderhalve meter afstand werd aangehouden.[543] Hoewel het hier om uitzonderingen gaat, is het aannemelijk dat de ervaren onduidelijkheid rondom de maatregelen en rechtsongelijkheid ten aanzien van de handhaving, negatieve invloed heeft gehad op het draagvlak.

Wat de Rijksoverheid deed in het kader van betekenisgeving
Om de crisis te duiden en de bevolking hoop en perspectief te bieden, besteedt de overheid in de persconferenties expliciet aandacht aan de problemen en het leed binnen de samenleving. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in onderstaande citaten uit de landelijke toespraak van de premier op 16 maart 2020. De toespraak werd vanuit 'het Torentje' live opgenomen en uitgezonden. De toespraak was betekenisvol, zeker gezien het feit dat het voor het eerst sinds 1973 was dat een premier het land op deze manier toesprak.[544] Ongeveer 7,4 miljoen mensen keken naar de toespraak.[545]

Citaten uit de toespraak van de premier op 16 maart 2020
'Ik wil aan het begin van deze toespraak mijn medeleven uitspreken met de families van de mensen die inmiddels aan het virus zijn overleden. Iedereen die in het ziekenhuis ligt of thuis aan het herstellen is, wens ik veel beterschap en sterkte toe. En ik wil me richten tot de ouderen en de mensen met een zwakke gezondheid. Ik realiseer me dat u grote zorgen hebt. En daarom wil ik u zeggen dat het onze absolute prioriteit is de risico's voor u zo klein mogelijk te maken. (…) Veel mensen maken zich zorgen over hun baan. Want voor heel veel bedrijven, groot en klein, is dit een extreem moeilijke periode. Heel veel ondernemers staan ineens met hun rug tegen de muur. De mevrouw van het koffietentje op de hoek, de bloemenkweker, de transportondernemer, de ZZP'er, maar het geldt ook voor nationale iconen als de KLM. Mijn boodschap aan de ondernemers van Nederland en hun werknemers is deze: het kabinet zal doen wat nodig is om u te steunen. (…) Ik wil eindigen met deze oproep: bij alle onzekerheden die er zijn, is één ding volstrekt duidelijk: de opgave waar we voor staan is heel groot en we moeten dit echt met 17 miljoen mensen doen. Samen komen we deze moeilijke periode te boven. Let een beetje op elkaar. Ik reken op u.'

Een andere manier om de bevolking hoop en perspectief te bieden, vond plaats door het doen van concrete toezeggingen en beloften. Het vervolgens niet kunnen nakomen van de gedane beloften leverde kritiek op. Een voorbeeld hiervan is de Corona-app, die in de persconferentie van 7 april 2020 werd aangekondigd als de kern van het nieuwe testbeleid. De invoering ervan liet vervolgens maandenlang op zich wachten.[546] Een

542 I&O Research (in opdracht van WODC), *Tussenevaluatie - Handhaving van coronagedragsregels in de periode maart tot en met november 2020* (22 maart 2021)
543 Rijnmond, 'Lou en Taco hebben strafblad na het eten van een gebakje', 15-05-2020, https://www.rijnmond.nl/nieuws/195422/Lou-en-Taco-hebben-strafblad-na-het-eten-van-een-gebakje [geraadpleegd op 13-09-2021].
544 In 1973 sprak premier Den Uyl de Nederlandse bevolking toe over de toenmalige oliecrisis.
545 Stichting Kijkonderzoek, 'Corona houdt Nederland Thuis – update – kijkcijfers t/m week 16', 21-04-2020.
546 E. van der Aa, *'Senaat akkoord met invoering corona-app, lancering op 10 oktober'*, Het Parool, 06-10-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

ander voorbeeld is dat de minister van VWS op 6 augustus aangaf dat lokaal 'goed zicht' bestond op nieuwe besmettingen, terwijl de GGD'en in Amsterdam en Rotterdam de volgende dag bekendmaakten dat zij het arbeidsintensieve contactonderzoek beperkten vanwege capaciteitsgebrek.[547]

De samenleving wordt perspectief geboden wanneer er versoepelingen worden aangekondigd. In de persconferentie van 6 mei presenteren de premier en de minister van VWS de routekaart met de mogelijke versoepelingen per 1 juni, 15 juni en 1 september. Versoepelingen gaan volgens de premier zo snel als het kan, maar niet sneller dan verantwoord. '*Omdat voorzichtigheid nu beter is dan spijt achteraf*', aldus de premier. De versoepelingen hebben als neveneffect dat de verschillende doelgroepen nog nadrukkelijker een verschillend vooruitzicht ervaren. Sectoren die (beperkt) kunnen heropenen ervaren meer perspectief dan sectoren die (nog) gesloten moeten blijven. Het voedt de maatschappelijke weerstand tegen de corona-aanpak binnen de sectoren die nog onder de maatregelen te lijden hebben. Om het tempoverschil in versoepelingen uit te leggen verwijst de premier naar twee belangrijke criteria: *'de effecten die een versoepeling heeft op de zorg en de drukte op straat en in het verkeer.'*

In de persconferenties is begrip getoond voor de mogelijke zorgen die mensen hadden bij de afgekondigde maatregelen en de latere stapsgewijze versoepelingen. De Rijksoverheid richtte zich in de publiekscommunicatie vooral op de grote middengroep van de bevolking die positief tegenover de maatregelen stond en schonk weinig aandacht aan critici met sterk afwijkende standpunten over de coronacrisis. Wel reageerde de Rijksoverheid door tegenover extreme standpunten feiten te plaatsen en werden handvatten aangereikt voor de burger om te beoordelen of nieuws betrouwbaar is.[548] Enkele specifieke berichten met nepnieuws zijn wel ontkracht. Een voorbeeld hiervan is het bericht dat Defensie op een avond heel Nederland met desinfectiemiddel zou besproeien. Ook het bericht dat het drinken van warm water het coronavirus kon doden, is ontkracht.[549]

6.2 De opgave voor crisiscommunicatie

Deze paragraaf beschrijft enkele belangrijke uitdagingen in de crisiscommunicatie en legt kwetsbaarheden daarin bloot. Achtereenvolgens komen aan de orde: het inspelen op de informatiebehoefte van de bevolking aan het begin van de crisis, het informeren van de gehele bevolking, het luisteren naar de behoeften van de bevolking, het communiceren over onzekerheden en het omgaan met weerstand vanuit de bevolking.

Het inspelen op de informatiebehoefte

Een eerste crisiscommunicatievraagstuk dat zich aandiende, betrof het inspelen op de informatiebehoefte van de bevolking aan het begin van de crisis. Hoewel er nog geen

547 NOS, 'Amsterdam en Rotterdam beperken contactonderzoek, landelijk capaciteitstekort dreigt', 07-08-2020, https://nos.nl/artikel/2343195-amsterdam-en-rotterdam-beperken-contactonderzoek-landelijk-capaciteitstekort-dreigt [geraadpleegd op 12-10-2021].
548 Rijksoverheid, 'Checklist 'Is die informatie echt?'', https://www.Rijksoverheid.nl/onderwerpen/desinformatie-nepnieuws/checklist-tips-tegen-nepnieuws-desinformatie [geraadpleegd op 01-10-2021].
549 NKC, *Alleen samen COVID-19 beleefd vanuit het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie* (juni 2020).

besmettingen in Nederland waren geconstateerd en er nog geen zichtbare economische gevolgen waren, nam de informatiebehoefte vanuit de bevolking vanaf half februari 2020 toe.[550] Op 20 februari 2020 waren ruim vier op de tien Nederlanders (erg) bezorgd over het virus,[551] op 24 februari ontving het RIVM 1.461 berichten van burgers over het nieuwe coronavirus[552] en uit de omgevingsanalyse van 26 februari bleek dat burgers niet wisten wat het plan van de overheid was als er een uitbraak in Nederland zou plaatsvinden. Uit de analyse bleek ook dat mensen behoefte hadden aan meer informatie vanuit de officiële kanalen, bang waren besmet te raken en grote gevolgen voor de economie vreesden.[553] De toegenomen informatiebehoefte ging gepaard met een dalend vertrouwen van de bevolking in de informatievoorziening door de overheid.[554] In (sociale) media verschenen oproepen dat de overheid meer moest doen aan publieksinformatie. Het ANP meldde bijvoorbeeld dat er 'veel vragen' leefden bij de coalitiepartijen, en Jinek opende haar talkshow op 25 februari met de vraag: 'Waarom blijft de politiek zo stil?'[555] Een voorbeeld van de behoefte aan informatie en het afnemende vertrouwen in de overheidsinformatie is een – in het ICCb-verslag van 26 februari opgenomen – citaat van een respondent uit een peiling van *EenVandaag* op 25 februari 2020: '*Er lijkt hier niets te gebeuren. De Nederlandse overheid is veel te laks. Iedereen uit besmette gebieden komt zonder problemen het land in. Andere landen nemen maatregelen, waarom wij niet?*'[556]

De crisiscommunicatie werd in die periode voornamelijk verzorgd door het RIVM en bestond hoofdzakelijk uit informatie over de ontwikkelingen op zijn website, perswoordvoering en het beantwoorden van vragen op sociale media. Andere overheidsorganisaties verwezen actief naar de kanalen van het RIVM. Vanaf 3 maart – dus nadat op 27 februari de eerste besmetting in Nederland werd vastgesteld, het OMT op 28 februari adviseerde dat Nederland zich moest voorbereiden op grote aantallen COVID-19-patiënten, en de MCCb in haar eerste bijeenkomst op 3 maart het OMT-advies besprak – trad de overheid in toenemende mate naar buiten om in de behoefte aan publieksvoorlichting te voorzien. De overheid koos er daarbij nadrukkelijk voor zich te laten leiden door de omgevingsanalyses en (Flits)peilingen, om zo aan te kunnen sluiten bij de maatschappelijke zorg en informatiebehoefte.[557] Op 9 maart werd de bevolking voor het eerst door middel van een landelijke persconferentie toegesproken, waarbij onder andere opgeroepen werd de adviezen van de overheid nauw te volgen en geen handen meer te schudden. Daarmee trad de Rijksoverheid na enkele weken van toenemende onrust en een dalend vertrouwen in de overheidscommunicatie, actief naar buiten om in de informatiebehoefte van de bevolking te voorzien. De crisiscommunicatie liep daarmee in deze fase achter op de behoefte aan informatie vanuit de samenleving.

550 Ministerie van VWS, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 26-02-2020.
551 MarketResponse, 'Flitspeiling Coronavirus: Rapport – Flitspeiling voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport', 20-02-2020.
552 Ministerie van VWS, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 26-02-2020.
553 Ministerie van VWS, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 26-02-2020.
554 De helft van de bevolking heeft 'voldoende vertrouwen' in de informatievoorziening; een derde heeft 'goed vertrouwen' in de informatievoorziening. Bron: MarketResponse, 'Flitspeiling Coronavirus: Rapport – Flitspeiling voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport', 20-02-2020.
555 Ministerie van VWS, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 26-02-2020.
556 https://eenvandaag.avrotros.nl/panels/opiniepanel/alle-uitslagen/item/meer-zorgen-over-coronavirus-tweederde-wil-controles-op-schiphol/ (geraadpleegd 2-11-2021)).
557 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 26-02-2020.

Het informeren van de gehele bevolking

Een tweede crisiscommunicatie-vraagstuk dat zich aandiende, betrof het informeren van de *gehele* bevolking. Daarbij moest rekening gehouden worden met een brede diversiteit aan doelgroepen en variatie in hoe deze het best bereikt konden worden. Op basis van vragen van Nederlanders in het buitenland en omgevingsanalyses, besloot de overheid eind februari 2020 de eerste doelgroepen van informatie te voorzien. Dit betrof onder andere medewerkers van de Rijksoverheid in het buitenland, toeristen in het buitenland, ondernemers, vervoerders en betrokkenen in het onderwijs.[558] Toen vanaf maart de crisis door het snel stijgend aantal besmettingen, ziekenhuisopnamen en sterfgevallen een acuut karakter kreeg[559], moesten niet alleen andere doelgroepen van informatie voorzien worden, zoals betrokkenen bij zorginstellingen, mantelzorgers en begrafenisondernemers, maar werd het ook nodig de bevolking als geheel te bereiken. Dit betekende dat ook groepen niet-Nederlandstaligen en circa 2,5 miljoen laaggeletterden[560] bereikt moesten worden. De crisiscommunicatie stond daarmee voor de uitdaging een totaalaanpak te leveren waarbij de gehele bevolking, bestaande uit een grote variëteit aan (sub)groepen, geïnformeerd, overtuigd en geactiveerd moest worden.

Om te beoordelen in welke mate de crisiscommunicatie de gehele bevolking bereikte, onderzocht de Rijksoverheid vanaf februari 2020 doorlopend de houding van Nederlanders ten opzichte van het coronavirus. De monitoring was daarbij nadrukkelijk gericht op het brede publiek, waarbij de circa tweewekelijkse Flitspeilingen bestonden uit een online-steekproef onder volwassen Nederlanders[561] en de dagelijkse omgevingsanalyses uit een samenvattende afspiegeling van aan corona gerelateerde (sociale) mediaberichten. De monitoring van specifieke doelgroepen, zoals laaggeletterden en niet-Nederlandstaligen, mensen met een visuele of auditieve beperking en jongeren, kwam later en in mindere mate op gang.

In mei 2020 gaf de Corona Gedragsunit van het RIVM opdracht onderzoek te doen naar de kennis, naleving en impact van de coronamaatregelen op mensen met een lage sociaal-economische status (SES) met en zonder migratieachtergrond.[562] Hoewel er geen belangrijke verschillen in kennis en naleving van de maatregelen gevonden werden tussen mensen zonder en met een migratieachtergrond, bleek dat de informatie via het nieuws voor velen niet goed te begrijpen was, doordat het taalgebruik te ingewikkeld was of omdat men de Nederlandse taal onvoldoende machtig was. In de zomer van 2020 stelden het RIVM en de GGD'en van de vier grote steden dat de communicatie vanuit de Rijksoverheid mensen met een migratieachtergrond en beperkte gezondheidsvaardigheden minder goed heeft bereikt, dat de maatregelen niet op een voor hen begrijpelijke manier is uitgelegd, en dat er signalen zijn dat de boodschap onvoldoende was afgestemd op jongeren.[563]

558 NCTV, 'Verslag ICCb COVID-19', 26-02-2020.
559 Nu.nl, 'Bekijk de coronacijfers van 30 maart in zeven grafieken', 30-03-2020, https://www.nu.nl/coronavirus/6041396/bekijk-de-coronacijfers-van-30-maart-in-zeven-grafieken.html [geraadpleegd op 12-10-2021].
560 https://www.lezenenschrijven.nl/informatie-over-laaggeletterdheid-nederland [geraadpleegd op 17-09-2021].
561 Rijksoverheid, 'Flitspeilingen coronavirus', https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/02/20/flitspeilingen-coronavirus [geraadpleegd op 12-10-2021].
562 T. van Loenen, S. Denktaş, I. Merkelbach, M. van den Muijsenbergh, 'Corona gedragsmaatregelen', 07-07-2020.
563 RIVM en GGD van de vier grote steden. Notitie doelgroepen benadering bij de bestrijding van COVID 19, v5.0 27-7-2020.

Uit interviews komt naar voren dat de initiële focus van de crisiscommunicatie op het brede publiek lag en de Rijksoverheid beperkt zicht had op de mate waarin specifieke groepen bereikt werden, of zij de aangeboden informatie begrepen en zich aan de maatregelen hielden, en/of extra aandacht nodig hadden. Ook had de overheid geen zicht op de kwaliteit van het zogeheten hertalen van informatie voor laaggeletterden. Uit interviews komt naar voren dat de cyclus waarin de persconferentie op de besluitvorming volgde, geen tijd bood om communicatieboodschappen eerst voor te leggen aan een panel van de doelgroep of anderszins te toetsen of de voorgenomen manier van communiceren voldoende aansloot bij de behoeften van laaggeletterden. Het NKC heeft achteraf geen navraag gedaan bij deze doelgroepen zelf, maar vertrouwde voor de kwaliteit en begrijpelijkheid van de communicatie op de expertise van en de toetsing door belangenorganisaties. Daartoe werkte de overheid samen met expertisecentra en vertegenwoordigende organisaties, zoals de Expertise-unit Sociale Stabiliteit bij het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Steffie, Pharos en Stichting Lezen en Schrijven. Deze laatsten geven aan dat de crisiscommunicatie naar hun mening onvoldoende aandacht had voor laaggeletterden en mensen met een sociaal-economische achterstand. Sommige van deze organisaties ervoeren de samenwerking met het NKC als ad hoc en zijn van mening dat hun expertise onderbenut is gebleven. Het algemene beeld is dat de monitoring van de effecten van de crisiscommunicatie voor specifieke doelgroepen laat en in beperkte mate op gang kwam. Dit leidde tot een beperkt inzicht in de mate waarin deze groepen daadwerkelijk geïnformeerd, overtuigd en geactiveerd werden.

Het luisteren naar behoeften van de bevolking

Een derde crisiscommunicatie-vraagstuk dat zich vanuit de crisis aandiende, betrof het luisteren naar de behoeften van de bevolking. Vanaf mei 2020 waren er steeds meer groepen die financieel, sociaal of psychisch te lijden hadden onder de maatregelen. Zij worstelden met het toepassen van de maatregelen, groeiende (leer)achterstanden, gebrek aan toekomstperspectief, eenzaamheid en toenemende bestaansonzekerheid.[564] Zo traden jongeren naar buiten die worstelden met de maatregelen en de invloed ervan op hun sociale leven en hun toekomst. Ook worstelden verpleeghuizen en gehandicaptenzorginstellingen met de communicatie rondom de maatregelen. Koepelorganisaties gaven aan dat zorginstellingen zich iedere keer opnieuw overvallen voelden door de persconferenties. Na iedere persconferentie werden zij 'platgebeld' door familieleden van patiënten met vragen over de toepassing van de maatregelen. Dit terwijl de zorginstellingen zelf nog moesten doordenken wat de maatregelen in de praktijk betekenden (zie ook hoofdstuk 7). Ook GGD'en hadden, doordat zij niet vooraf op de hoogte gebracht werden van de maatregelen, moeite om zich als ambassadeur van de maatregelen op te werpen.

Voor zowel professionals als andere mensen ging het daarmee niet meer alleen om het kennen en begrijpen van de maatregelen, maar juist ook om het omgaan ermee in specifieke situaties en om het (opnieuw) invulling geven aan persoonlijke en werkgerelateerde situaties. De crisiscommunicatie moest daarmee tevens inspelen op het begrijpen en ondersteunen van mensen in het omgaan met de maatregelen en gevolgen van de coronacrisis. De uitdaging bestond eruit dat de Rijksoverheid niet alleen de

564 VNG, *Verslag Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis*, mei 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

bevolking meenam in de onzekerheden, dilemma's en maatregelen (de zogeheten dilemmalogica), maar ook – mede met het oog op samenwerking met en het faciliteren van de veiligheidsregio's en gemeenten – in gesprek ging over de vragen, zorgen en moeilijkheden van mensen die te lijden hadden onder de maatregelen en de gevolgen van de crisis (de zogeheten verbindende communicatie).

De behoefte aan verbindende communicatie kwam voor het NKC niet onverwachts. Op 15 maart 2020 bespraken diverse bij het NKC betrokken partijen het belang om niet alleen te focussen op het communiceren van maatregelen, maar ook oog te hebben voor de gevolgen van de maatregelen voor mensen. De daarvoor benodigde werkwijze van verbindende communicatie werd gaandeweg de crisis uitgewerkt[565] en kreeg vooral vorm door middel van gesprekken met brancheorganisaties en vertegenwoordigers van specifieke doelgroepen. Een voorbeeld hiervan waren gesprekken tussen de betrokken ministeries en belangenorganisaties van laaggeletterden om hun specifieke behoeften te achterhalen. Waar nodig stuurde het NKC bewindslieden aan om met groepen in gesprek te gaan. Ook werden in mei 2020 twee live sessies op instagram georganiseerd, waarin de minister-president vragen van volgers beantwoordde.[566] Op basis van signalen die het NKC kreeg over de gevolgen van de crisis en van de maatregelen werden deelcampagnes gestart. Zo werd de landelijke campagne tegen huiselijk geweld tijdens de coronacrisis (25 april 2020)[567] en de deelcampagne 'Een klein gebaar kan het verschil maken' (30 september) gestart.[568] Ook werden *good practices* die het NKC bereikten, zoals de actie 'Slimmer chillen = Corona killen'[569] die ontstond in de veiligheidsregio Hollands-Midden, gedeeld met andere veiligheidsregio's en gemeenten. Daarnaast werd naar aanleiding van opgehaalde signalen meer aandacht besteed aan psychosociale ondersteuning, maatschappelijke initiatieven, en specifieke doelgroepen zoals jongeren. Zo kwamen er, naast het algemene publieksinformatienummer 0800 1351 en reeds bestaande publieksnummers, ook andere telefonische hulplijnen beschikbaar.[570]

Over het algemeen liet het NKC zich met betrekking tot het ontwikkelen van verbindende communicatie ad hoc en selectief leiden door vragen die bij groepen leefden. Zo ontving minister Bruins verpleegkundigen, ging minister De Jonge in gesprek met medewerkers van een getroffen verpleeghuis, en ging premier Rutte in gesprek met criticasters van het beleid en jongeren over de problemen waar zij tegenaan liepen. Maar er waren geen gerichte gesprekken met verpleeghuizen en andere zorginstellingen over hoe zij worstelden met de communicatie rondom de maatregelen (zie ook hoofdstuk 7). Als reden hiervoor gaf het NKC aan dat er onvoldoende tijd was om dit goed af te stemmen. Ook ging de Rijksoverheid niet proactief in gesprek met groepen die geen expliciete

565 Zo had het concept 'verbindende communicatie' nog geen plek in de april en juni 2020-versie van de 'Handreiking communicatieaanpak Coronavirus', maar kreeg het veel aandacht in de maart 2021 versie van de handreiking.
566 Op 1 mei 2020, zie https://www.instagram.com/tv/B_ponkcp7zY/?utm_medium=copy_link) en 29 mei 2020, zie https://www.instagram.com/tv/CAxv7QCpqLD/?utm_medium=copy_link [beide geraadpleegd op 20-12-2021].
567 Rijksoverheid, 'Start landelijke campagne tegen huiselijk geweld in coronacrisis', 25-04-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/25/start-landelijke-campagne-tegen-huiselijk-geweld-in-coronacrisis [geraadpleegd op 12-10-2021].
568 Rijksoverheid, 'Eenzaamheid in coronatijd: praatje over het weer belangrijker dan gedacht', 30-09-2020, https://www.Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/09/30/eenzaamheid-in-coronatijd-praatje-over-het-weer-belangrijker-dan-gedacht [geraadpleegd op 12-10-2021].
569 Een voorbeeld van een toepassing is die door de gemeente Urk, 'Slimmer chillen = Corona killen', 11-04-2020, https://www.youtube.com/watch?v=MEmU7cK7IWg [geraadpleegd op 12-10-2021].
570 https://www.steunpuntcoronazorgen.nl/hulplijnen [geraadpleegd op 16-12-2021].

hulpvraag stelden. Zo waren er wel gesprekken met vertegenwoordigers van laaggeletterden en mensen die hulp nodig hadden bij het omgaan met de maatregelen, maar niet met deze mensen zelf. De uitkomsten van de gesprekken door bewindspersonen werden niet gedeeld met het NKC. Hierdoor kon het NKC deze uitkomsten niet, of alleen indirect middels de omgevingsanalyses, benutten in het adviseren van veiligheidsregio's en gemeenten over de communicatie met inwoners over de gevolgen van de crisis en de maatregelen.

Het algemene beeld is dat de Rijksoverheid de werkwijze van verbindende communicatie weliswaar steeds verder ontwikkelde, maar er geen systematische aanpak hiervan ontstond. Geïnterviewden geven aan dat het NKC de ambitie heeft om meer vanuit verbindende communicatie het gesprek met de bevolking aan te gaan, maar tevens zoekende is in zijn rol in deze en in de rol die ministeries, gemeenten, veiligheidsregio's en de netwerken in het veld hierin kunnen spelen.

Het bieden van perspectief aan de bevolking

Een vierde crisiscommunicatievraagstuk dat zich vanuit de crisis aandiende, betrof het bieden van perspectief, waarbij de overheid zich geconfronteerd zag met tal van onzekerheden, zowel over de aard van het virus als over de impact van de crisis en het effect van de genomen maatregelen. Zo was in de eerste periode van de crisis onzeker hoe besmettelijk het virus was, via welke manier het virus zich verspreidde en welke leeftijdsgroepen het meest kwetsbaar waren. Ook waren er onzekerheden over de psychosociale, maatschappelijke en economische gevolgen van de crisis, de duur van de crisis en de vraag of de gezondheidszorg in staat zou zijn alle zieken van zorg te voorzien. Tot slot was – mede door de lange incubatietijd van het virus – onzeker of de genomen maatregelen doelmatig en effectief waren en wat het effect van de maatregelen was op het aantal besmettingen, de draagkracht van de zorg en het welzijn van de bevolking in het algemeen.

Ondanks de onzekerheden werd van de overheid leiderschap verwacht om uit de crisis te komen. Naarmate de crisis voortduurde, nam de behoefte vanuit de samenleving aan hoop en perspectief toe. Zo verschenen in de omgevingsanalyses dagelijks oproepen ter ondersteuning van specifieke bevolkingsgroepen. Voorbeelden hiervan zijn een oproep van ondernemers om meer rekening te houden met de consequenties van de maatregelen voor hen, een oproep van het Nationaal Ouderenfonds om de ouderen te blijven ondersteunen,[571] en een oproep om het enorme aantal verpleegkundigen en verzorgenden die vermoeid waren en zich onzeker en machteloos voelden, te helpen.[572] Dergelijke signalen stelden de overheid voor de uitdaging om ondanks alle onzekerheden ook hoop en perspectief te bieden aan de diverse bevolkingsgroepen.

Na een aanvankelijk geruststellende toon vanuit het RIVM, besloot de overheid in maart 2020 de bevolking zoveel mogelijk mee te nemen in de onzekerheden, dilemma's en keuzes waar de overheid voor stond. Dit kreeg met name gestalte tijdens de persconferenties, waarbij de sprekers ook bij het beantwoorden van vragen veelvuldig ingingen op de onzekerheden. Door de onzekerheden, dilemma's en keuzes te delen,

571 NKC, 'Omgevingsanalyse COVID-19', 22-04-2020.
572 Ministerie van VWS, 'Omgevingsanalyse VWS COVID-19', 01-05-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

probeerde de overheid de bevolking de besluiten als logisch te laten ervaren en tevens voor te bereiden op komende wijzigingen in het beleid.[573] Tegelijkertijd koos de overheid ervoor hoop en perspectief te bieden. Dit deed zij door de bevolking te bemoedigen vol te houden en te benadrukken dat de crisis alleen samen en vanuit solidariteit bestreden kon worden. Zo benadrukten bewindslieden tijdens de persconferenties het belang om samen de crisis te bestrijden en was de centrale boodschap van de overheidscampagne dat Nederland alleen samen corona onder controle kon krijgen.[574] Ook bood de overheid hoop en perspectief door concrete doelen te stellen en (al dan niet voorzichtige) beloften te doen en verwachtingen te scheppen.

De overheid baseerde zich bij haar beloften en verwachtingen regelmatig op onzekere aannames. Het gevolg daarvan was dat zij beloften en verwachtingen in diverse situaties niet kon waarmaken. Zo wekte de minister-president in maart 2020 de indruk groepsimmuniteit als zelfstandig doel na te streven, maar lichtte hij kort daarna toe dat dit was genoemd als bijkomend effect binnen de gekozen strategie. Enkele weken later, op 7 april, kondigde de minister van VWS de Corona-app(s) aan als de kern van het nieuwe testbeleid,[575] maar liet de invoering ervan vervolgens op zich wachten tot 10 oktober. Een maand later, op 6 mei, werd de routekaart geschetst voor het opheffen van de maatregelen, maar bood zowel de routekaart als de communicatie erover geen houvast voor het geval de situatie onverhoopt zou verslechteren.[576]

Toen eind juni de crisisstructuur van de MCCb en het NKC werd afgeschaald, was dat voor het publiek dan ook een signaal dat de crisis ten einde liep. Toen de situatie vervolgens verergerde, nam ook de druk op de overheid om perspectief te bieden toe. De uitbreiding van de testcapaciteit bood hiertoe gelegenheid. Zo gaf de minister op 6 augustus aan de hoop te hebben vóór 16 augustus een teststraat op Schiphol in te richten.[577] De benodigde uitbreiding kwam echter niet van de grond en het plan werd uiteindelijk opgeschort.[578] Ook verzekerde de minister op 6 augustus dat de GGD'en dankzij bron- en contactonderzoek goed zicht hadden op het verloop van de besmettingen. Een dag later meldden de GGD Amsterdam en GGD Rotterdam-Rijnmond het arbeidsintensieve contactonderzoek te beperken vanwege capaciteitsgebrek.

Tot slot was vanaf juni 2020 het credo in de publiekscommunicatie dat iedereen in Nederland getest kon worden op het coronavirus. Maar de GGD'en ervoeren eind augustus en begin september 2020 problemen bij het opschalen van de benodigde testcapaciteit, waardoor er lange wachtrijen voor de testlocaties ontstonden.

573 Open overheid, ''Alles begint met eerder contact maken, juist als het schuurt!'', https://www.open-overheid.nl/interview/interview-actiepunt-7-dilemmalogica/ [geraadpleegd op 12-10-2021].
574 NKC, *Handreiking communicatieaanpak coronavirus* (april 2020).
575 Persconferentie minister-president Rutte en minister De Jonge, 7 april 2020, https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2020/04/07/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-na-afloop-van-crisisberaad-kabinet [geraadpleegd op 01-11-2021].
576 Persconferentie minister-president Rutte en minister De Jonge, 6 mei 2020, https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2020/05/06/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-na-afloop-van-crisisberaad-kabinet [geraadpleegd op 01-11-2021]
577 Persconferentie minister-president Rutte en minister De Jonge, 6 augustus 2020, https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2020/08/06/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-6-8-2020 [geraadpleegd op 01-11-2021.
578 Kamerstuk 25295. Nr. 537, 11 september 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Hoewel de minister sommige aankondigingen met voorbehouden omkleedde, interpreteerde (een deel van) de media en de bevolking de resultaten van bovengenoemde situaties als niet-gehaalde beloftes, waardoor de overheid aan geloofwaardigheid inboette. Door te stellige beloften en verwachtingen te communiceren, creëerde de overheid haar eigen valkuil om afgerekend te worden op besluiten die gebaseerd waren op onzekere aannamen. Daarmee voorzag de overheid weliswaar op korte termijn in de toenemende behoefte aan hoop en perspectief, maar droeg zij op lange termijn bij aan de erosie van het maatschappelijk draagvlak.

Het omgaan met weerstand

Een vijfde crisiscommunicatievraagstuk dat zich vanuit de crisis aandiende, betrof het omgaan met een toenemende weerstand vanuit de samenleving. Gedurende de coronacrisis was de uitdaging voor de Rijksoverheid om het draagvlak te behouden, omdat het vertrouwen van de bevolking noodzakelijk is om de pandemie onder controle te krijgen. Zonder draagvlak worden maatregelen immers niet opgevolgd en krijgt het virus meer ruimte om zich te verspreiden.

Parallel aan de afname van het draagvlak voor de genomen maatregelen, groeide vanaf half mei 2020 de maatschappelijke weerstand tegen de corona-aanpak. Dat het maatschappelijk draagvlak direct na het begin van een crisis hoog is en vervolgens afkalft is een bekend fenomeen.[579] Tegelijkertijd heeft het optreden van de overheid zelf ook bijgedragen aan de afname van het draagvlak in de eerste periode van de coronacrisis. In diverse persconferenties werd gewezen op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Zo zei de premier tijdens de persconferentie van 31 maart 2020 'Wat in Nederland niet werkt is een regering die zegt: je mot dit en je moet zus […].' Dat gaf onbedoeld ruimte aan mensen die zelf de afweging wilden maken of een maatregel wel op hun van toepassing was. Ook zorgden deskundigen die als adviseur voor de overheid optraden soms voor verwarring wanneer zij in de media afweken van of vooruitliepen op het overheidsbeleid. Diverse malen gaven OMT-ers in de media hun mening over mogelijke versoepelingen die op dat moment nog onderdeel van de besluitvorming waren. Ook opmerkingen van de voorzitter van het OMT, die in de media bijvoorbeeld aangaf dat het politieke – en geen wetenschappelijke - keuzes waren om mondkapjes in het OV en de publieke ruimte in te voeren, ondermijnde het publieke vertrouwen in het overheidsbeleid (zie paragraaf 8.4).

De maatschappelijke weerstand kwam nadrukkelijker op toen critici van het coronabeleid zich in de media gingen roeren. Zo zette de latere voorman van actiegroep Viruswaanzin (later Viruswaarheid) in mei 2020 in een interview vraagtekens bij de dodelijkheid van het virus, de modellen die het RIVM hanteerde en de suggestie van het RIVM dat de verspreiding van het coronavirus niet via aerosolen zou verlopen.[580] Het interview werd gezien als het begin van deze actiegroep, onder welke vlag regelmatig demonstraties in diverse steden zouden volgen, zoals in Amsterdam, Den Haag, Utrecht, Enschede en Groningen. Vanaf eind mei 2020 ontstonden er steeds meer groepen, vooral op sociale media, die de crisis definiëren in termen van macht en tegenmacht, vrijheidsberoving en

579 Dit staat in de crisisliteratuur bekend als 'rally 'round the flag'-effect.
580 Café Weltschmerz, 'Een crisis in de wetenschap, lockdown is een schande. Willem Engel en Ramon Bril, 29-05-2020, https://www.youtube.com/watch?v=H-2in_Z66F8 [geraadpleegd op 12-10-2021].

complottheorieën.[581; 582] De grote variëteit aan tegengeluiden verrijkte in veel gevallen het debat over de aanpak van de coronacrisis, maar ondermijnde ook het vertrouwen in de overheid, de reguliere media en de wetenschap. Dit stelde de overheid voor de uitdaging om te gaan met de toenemende weerstand tegen het coronabeleid.

De Rijksoverheid richtte zich met de crisiscommunicatie vooral op het informeren van de grote middengroep die reeds achter het overheidsbeleid stond en het deel van de bevolking dat nog twijfels had. Deze groepen stonden volgens het NKC het meest open voor informatie vanuit de overheid, en konden dus ook het meest bijdragen aan het bestrijden van de crisis. Wel ging de overheid in gesprek met leden van het Red-team en sommige opiniemakers die afwijkende meningen lieten horen. Uitgesproken critici van de aanpak werden soms wel als lastig en ondermijnend voor het coronabeleid ervaren,[583] maar ook gezien als een gezond onderdeel van de democratie en leveranciers van een zinvolle bijdrage aan het maatschappelijk debat. Het algemene beeld is verder dat de overheid nauwelijks in gesprek ging met crisisontkenners en mensen die bang waren dat de overheid in toenemende mate hun vrijheden afpakte. Nep-nieuwsberichten werden, afgezien van enkele situaties waarin deze tot mogelijke paniek onder de bevolking konden leiden, niet actief bestreden.

Het is niet mogelijk om vast te stellen of het negeren van tegengeluiden effect had op de weerstand tegen de maatregelen. Wel kan vastgesteld worden dat de overheid door zich vooral te richten op groepen die openstonden voor informatie vanuit de overheid, beperkt inzicht had in de achterliggende drijfveren en behoeften van groepen die zich, al dan niet expliciet, tegen het overheidsbeleid en de maatregelen keerden. Daardoor had de overheid in situaties waarin het aantal besmettingen sterk opliep en mensen zich onvoldoende aan de maatregelen hielden, geen andere sturingsmiddelen meer dan de bevolking vermanend toe te spreken. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de persconferentie van 22 juli 2020 als, na een onverwachtse toename van het aantal besmettingen, de bevolking vermanend wordt toegesproken (zie onderstaand kader). Ook tijdens de persconferentie van 6 augustus uiten de minister-president en de minister van VWS vermanende woorden, vooral richting de jongeren, die volgens de cijfers van het RIVM een groot aandeel in het aantal besmettingen hadden. In beide persconferenties wordt duidelijk dat de volgende stap verdergaande handhaving zou zijn; een volgens de minister-president en minister van JenV ongewenste situatie.[584]

581 NPO kennis, 'Welke complottheorieën rondom corona bestaan er?', https://npokennis.nl/story/56/welke-complottheorieen-rondom-corona-bestaan-er [geraadpleegd op 12-10-2021].
582 'Desinformatie. De verspreiding en effecten van desinformatie tijdens de COVID-19-pandemie.' Bron: WRR, 'COVID-19: Expertvisies op de gevolgen voor samenleving en beleid', 15-07-2021, p. 60-66.
583 VPRO, 'OMT-leden Kluytmans en Voss doen een stap terug in publieke coronadebat', 18-10-2020, https://www.vpro.nl/argos/lees/onderwerpen/wetenschap-in-de-frontlinie/2020/omt.html [geraadpleegd op 12-10-2021].
584 Landelijke persconferentie, minister-president Rutte en minister van VWS De Jonge, 24-06-2020; Landelijke persconferentie minister-president Rutte en minister van VWS De Jonge, 06-08-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Persconferentie 22 juli 2020
'Ik vind dat u dit echt als een hele ernstige waarschuwing moet zien aan iedereen die denkt: ach het kan wel. Nee mensen, het kan niet. Het virus […] is nog onder ons. Het is een levensgevaarlijk virus. We hebben echt met elkaar […] heel veel bereikt. En dat moeten we nu door, ja ik zeg het toch maar hard weer, door verslapping in ons gedrag gaan prijsgeven. Dat moeten we niet doen. […] Op enig moment ga je zeggen: we gaan strenger handhaven. En dan gaan we weer meer mensen eerder een bon geven om het zo maar te zeggen. En dan ga je ook echt nadenken: ja, moeten we dan niet […] gaan verstrengen? En ik vind […] dat we dat met elkaar moeten voorkomen. Dat is toch, ik zou bijna zeggen beneden de stand van de Nederlanders dat het zo ver zou moeten komen.'[585]

6.3 Verklarende factoren voor kwetsbaarheden in de crisiscommunicatie

Voor de crisiscommunicatie in de coronacrisis volgde de Rijksoverheid geen uitgewerkte strategie voor communicatie bij pandemieën, maar paste het de uitgangspunten toe van *informatievoorziening, schadebeperking* en *betekenisgeving*. Op basis daarvan kon ze de crisiscommunicatie waar nodig bijstellen, al naar gelang de maatregelen en het maatschappelijk sentiment ten aanzien van de maatregelen en van het kabinetsbeleid veranderden.

Als vertegenwoordiger van de crisiscommunicatie op rijksniveau zat het NKC dicht tegen de besluitvorming aan. Vertegenwoordigers van het team waren aanwezig bij overleggen als van IAO, ICCb en MCCb, maar ook bij de Catshuisoverleggen en Torentjesoverleggen. Het NKC kon daardoor anticiperen op de besluitvorming en snel acteren op wat besloten werd. Geïnterviewden geven aan dat het NKC veel ruimte en vertrouwen kreeg om de crisiscommunicatie uit te werken en uit te voeren. De persconferenties waren de piekmomenten voor het crisiscommunicatieteam. Rond die communicatiemomenten was er grote tijdsdruk om de besluiten die in de MCCb genomen waren, te communiceren met de bevolking.

Bij de uitvoering van de crisiscommunicatie werd geleund op bestaande ervaring en kennis van communicatiemedewerkers, ingehuurde communicatie- en gedragsdeskundigen en betrokken bestuurders. Eerdere ervaringen met een langdurige landelijke crisis waren er niet[586] en een crisiscommunicatiehandboek voor een grote crisis als de coronapandemie was niet voorhanden. De invulling van de doelen van crisiscommunicatie kreeg primair vorm vanuit de gestolde ervaring met eerdere, niet direct vergelijkbare, rampen en crises, waarbij werd ingespeeld op wat zich aandiende.

De crisiscommunicatie ontwikkelde zich organisch gedurende de coronacrisis. Het NKC heeft daarbij vanaf het begin diverse monitoringsinstrumenten ingezet om flexibel te kunnen inspelen op veranderingen in de crisisaanpak en het draagvlak voor de

585 Landelijke persconferentie, minister van JenV, 22-07-2020.
586 Voor de coronacrisis was de ramp met vlucht MH17 de langstdurende crisis waarbij het NKC betrokken is geweest.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

maatregelen. Het NKC toonde daarbij een groot adaptief vermogen, waarbij opgedane kennis vertaald werd naar nieuwe praktijken. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de zelfevaluatie van het NKC over de lessen uit de eerste golf (periode januari tot en met juni 2020).[587] Ook zijn gedurende de crisis ervaringen in handreikingen vastgelegd en *good practices* gedeeld met communicatieafdelingen elders binnen de overheid. Ondanks de open en lerende houding heeft het werken vanuit bestaande kennis en ervaring bijgedragen aan het ontstaan van de in de vorige paragraaf geconstateerde kwetsbaarheden in de crisiscommunicatie. In het vervolg van deze paragraaf wordt dit uitgewerkt aan de hand van een aantal verklarende factoren.

Factor 1: Wachten op de grote klap

Tijdens de eerste twee maanden van 2020 waren er weinig signalen die op een crisis duidden. Weliswaar bereikten beelden van Chinese noodhospitalen en overvolle ic's in Noord-Italië de Nederlandse huiskamers, maar in Nederland zelf waren er nog geen zichtbare, hoorbare, of tastbare signalen die op een aankomende en grootschalige crisis wezen. Hoewel het NKC op 31 januari 2020 geactiveerd werd en het vanaf dat moment de landelijke crisiscommunicatie formeel coördineerde, gebeurde dit niet vanuit het oogpunt van publiekscommunicatie, maar om de repatriëring van Nederlanders uit China goed te laten verlopen.[588] De Rijksoverheid verwees bezorgde burgers naar het RIVM, dat zich qua publiekscommunicatie beperkte tot perswoordvoering, het via *sociale media* beantwoorden van publieksvragen en het plaatsen van informatie over de ontwikkelingen op haar website.

Tevens kwam de MCCb op 3 maart voor het eerst bij elkaar, ruim nadat op 27 februari de eerste besmetting in Nederland werd vastgesteld en het OMT op 28 februari adviseerde dat Nederland zich moest voorbereiden op grote aantallen COVID-19-patiënten. Dit duidt erop dat de Rijksoverheid dacht en handelde vanuit de impliciete vooronderstelling dat er sprake is van een crisis wanneer er zichtbare, hoorbare, of tastbare signalen en gevolgen zijn die met de bevolking gecommuniceerd moeten worden. Zolang de grote klap er nog niet was, zag de Rijksoverheid geen reden om actief naar buiten te treden om de bevolking van uitgebreide informatie over de crisis te voorzien. Hierbij werd geleund op de deskundigen van RIVM en VWS, die in de beginperiode geen grote crisis voorzagen. Deze impliciete ideeën over wanneer er wel of (nog) geen sprake is van een crisis, vormt een verklarende factor voor het feit dat de publiekscommunicatie in de weken rondom de eerste besmetting in Nederland achterliep op de informatiebehoefte van de bevolking.

Factor 2: Top-down informeren onder tijdsdruk

Bij een acute en kortdurende crisis, waarbij onmiddellijk handelen vereist is, past een crisiscommunicatie die erop gericht is de burger snel, top-down en zonder ruimte voor discussie te informeren over handelingsperspectieven (bijvoorbeeld 'sluit ramen en deuren') en van regelmatige updates te voorzien. In lijn met deze kenschets voorzag de overheid – vanaf het moment dat zij besefte dat sprake was van een acute crisis – het publiek snel en veelvuldig van de laatste informatie. Voor de crisiscommunicatie

587 NKC, *Alleen samen COVID-19 beleefd vanuit het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie* (juni 2020).
588 NKC, *Alleen samen COVID-19 beleefd vanuit het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie* (juni 2020); notulen NKC kernoverleg 31 januari 2020

betekende dit dat de besluitvorming over te nemen maatregelen en de communicatieve vertaling daarvan steeds plaatsvond tussen het Catshuisoverleg op zondagmiddag en de persconferentie op maandagavond. Daarmee vond 'het maken' van de crisiscommunicatie plaats in een kort-cyclisch werkproces onder grote tijdsdruk. Dat er meer tijd was dan men aanvankelijk dacht, blijkt bijvoorbeeld uit het besluit van de overheid de persconferenties van de maandag- naar de dinsdagavond te verplaatsen. Dit besluit vond plaats na de persconferentie met vier ministers op 23 maart 2020, die door de premier als 'rommelig' werd bestempeld[589] en die zowel intern binnen de overheid als in de media[590] werd bekritiseerd.

Naarmate de crisis vorderde, bleek ook dat het top-down informeren en instrueren van de bevolking ontoereikend was. Omdat de crisis alleen bezworen kon worden als de overgrote meerderheid van de bevolking zich aan de maatregelen zou houden, was het van belang om een (communicatie)strategie te ontwikkelen waarin ruimte was voor de zorgen, vragen en (informatie)behoeften van de burger. De nadruk op het top-down informeren en instrueren van de bevolking door middel van persconferenties en de overtuiging dat de publiekscommunicatie kort-cyclisch en onder grote tijdsdruk moest plaatsvinden, vormen verklarende factoren waarom een systematische aanpak van een verbindende communicatie met de samenleving ondersneeuwde in de dagelijkse hectiek.

Factor 3: Gericht op een breed publiek

De focus van de crisiscommunicatie vanuit de Rijksoverheid lag primair op het beperken van de schade die de crisis potentieel kon veroorzaken. Daarvoor was het nodig zoveel mogelijk mensen te informeren, te overtuigen en te activeren zich aan de genomen maatregelen te houden. De crisiscommunicatie vanuit de overheid richtte zich in eerste instantie op het informeren van een breed publiek. Dit deed de overheid met name door middel van de persconferenties en de website Rijksoverheid.nl. Pas gaandeweg werd duidelijk dat de communicatie die nodig was om de gehele bevolking te bereiken, moest worden gedifferentieerd naar specifieke doelgroepen. Het was voor het NKC een terrein dat niet standaard onderdeel uitmaakt van crisiscommunicatie en waar gaandeweg werd geleerd. De omgevingsanalyses die werden gemaakt en gebruikt, gaven een algemeen beeld van het sentiment in Nederland, aangezien deze gebaseerd zijn op sociale media en reguliere media. De communicatie met moeilijk bereikbare doelgroepen, zoals laaggeletterden en mensen met een licht verstandelijke beperking, zat niet in het standaardrepertoire van het NKC. Het kostte tijd om hier een goede modus voor te vinden, waarbij sterk is geleund op de kennis en ervaring van belangenorganisaties en instellingen die zich dagelijks bezighouden met deze doelgroepen. Het denken in termen van publieksinformatie waarbij een breed en divers publiek geïnformeerd moet worden, vormt een verklarende factor waarom het tijd kostte voordat de doelgroepen die meer ondersteuning nodig hadden werden bediend.

Factor 4: Sturen op gedrag

De overheid richtte zich in de crisisaanpak primair op het voorkomen van overbelasting van de zorg en op maatregelen die nodig waren om de infectieziektenuitbraak een halt

589 Verslag debat Tweede Kamer, 26 maart 2020. Kamerstukken II 2019/20, nr. 65 item 3.
590 H. Keultjes, 'Helder communiceren over regels blijkt best lastig voor het kabinet', *Het Parool*, 26-03-2020.

toe te roepen. De communicatie kreeg daarmee als belangrijkste doel de naleving van de maatregelen te bevorderen. Dit stond deels op gespannen voet met de behoefte van burgers, namelijk dat de overheid echt naar hun zorgen en behoeften luisterde. Daar was immers alleen ruimte voor zover dit paste binnen de centrale doelstelling om de naleving van de maatregelen te bevorderen. De focus op het bevorderen van gewenst gedrag impliceerde dat de Rijksoverheid zichzelf zag als dé centrale partij die de crisiscommunicatie moest aansturen, vormgeven en beheersen. Dit terwijl de communicatie in de samenleving vaak juist buiten het bereik en de invloedssfeer van de overheid plaatsvond, zoals thuis, tussen vrienden en familie, op werk en school, in de media en op sociale media-platforms. Tevens impliceerde de focus op het bevorderen van gewenst gedrag, dat de overheid de burger niet alleen als partner zag in het bestrijden van de crisis, maar ook als partij die beïnvloed en overtuigd moest worden. Het gevolg hiervan was dat de overheid, zeker op momenten dat het aantal besmettingen toenam, meer tijd aan het informeren, overtuigen en activeren van de bevolking besteedde dan aan het faciliteren van de dialoog. Ook betekende het dat naarmate de crisis voortduurde en er meer weerstand tegen de maatregelen ontstond, de crisiscommunicatie minder sturingsmiddelen had om de burger zich aan de maatregelen te laten houden. De focus van de overheidscommunicatie op het bevorderen van gewenst gedrag vormt daarmee een verklarende factor voor het beperkt ingaan op de behoefte van de burger en gaf daarmee ruimte aan de toenemende weerstand onder de bevolking.

6.4 In het kort

De communicatie met de bevolking is een cruciaal instrument voor de Rijksoverheid geweest in de aanpak van de coronacrisis, omdat van alle Nederlanders werd gevraagd zich te houden aan opgelegde maatregelen om virusspreiding te voorkomen. De lange duur van de coronacrisis en de grote impact ervan op de gehele samenleving brachten diverse uitdagingen met zich mee voor de crisiscommunicatie, zoals het vroegtijdig inspelen op informatiebehoeften, het informeren van de gehele bevolking, het luisteren naar de behoeften van de bevolking, het bieden van perspectief en het omgaan met weerstand vanuit de bevolking. Daarbij zijn de volgende kwetsbaarheden in de crisiscommunicatie geconstateerd:

- Zolang de crisis in Nederland nog niet acuut was, volgde de crisiscommunicatie het beleid van de Rijksoverheid om het publiek niet te alarmeren. Dat resulteerde in geruststellende communicatie door het RIVM in de periode dat het virus nog niet in Nederland was vastgesteld. Toen de bezorgdheid onder de Nederlandse bevolking toenam door de sterke stijging van het aantal besmettingen en ic-opnamen in maart 2020, liep de crisiscommunicatie achter op de behoefte aan informatie vanuit de bevolking.
- Binnen de Rijksoverheid kwam in de loop van de crisis steeds meer aandacht voor de ongeveer 2,5 miljoen laaggeletterden. De overheid had beperkt zicht op de mate waarin deze groepen gedurende de crisis daadwerkelijk werden geïnformeerd, overtuigd en geactiveerd.
- Vanaf mei 2020 hadden steeds meer groepen die financieel, sociaal of psychisch te lijden onder de effecten van de afgekondigde maatregelen. Hoewel de Rijksoverheid in de loop van de crisis hier toenemende aandacht voor had, werd de hiervoor

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

benodigde 'verbindende communicatie' niet systematisch toegepast. Zo liet het NKC zich ad hoc en selectief leiden door vragen die groepen zelf hadden, ging de Rijksoverheid niet zelf proactief in gesprek met groepen zonder hulpvraag, en vond er geen terugkoppeling van gevoerde gesprekken plaats naar het NKC.
- De overheid nam de bevolking veelvuldig mee in de onzekerheden en dilemma's waar zij voor stond. Waar de overheid hoop en perspectief bood aan de bevolking, deed zij dat mede door beloften te doen en verwachtingen te schetsen die gebaseerd waren op onzekere aannames. Doordat de overheid de door haar geuite beloften en verwachtingen niet altijd kon waarmaken, droeg zij op lange termijn bij aan de erosie van het maatschappelijk draagvlak voor de crisisaanpak.
- De Rijksoverheid ging nauwelijks in gesprek met radicale tegenstanders van het coronabeleid en had weinig inzicht in de drijfveren en behoeften van groepen die zich in toenemende mate tegen de coronamaatregelen keerden. Het gevolg was dat de overheid, in situaties van teruglopende naleving van de maatregelen, geen andere sturingsmiddelen had dan de bevolking vermanend toe te spreken en de ongewenste situatie te schetsen dat er anders strenger gehandhaafd zou moeten worden.

Er zijn diverse verklarende factoren voor het ontstaan van deze kwetsbaarheden. Zo wachtte de Rijksoverheid af tot de grote klap. Vervolgens informeerde zij vooral top-down onder grote tijdsdruk; waarbij de publiekscommunicatie voornamelijk gericht was op een breed publiek en als hoofddoel had het gedrag van de bevolking te beïnvloeden. Deze factoren hangen ermee samen dat de crisiscommunicatie sterk leunde de ervaring en kennis – van communicatiedeskundigen, bestuurders en politici – opgedaan bij relatief kortdurende rampen en crises met een duidelijk begin en einde. De aanpak sloot daarmee beperkt aan op de specifieke kenmerken van de coronacrisis, zoals veranderende informatiebehoeften bij de burgers en toenemende weerstand op de crisisaanpak. Daarnaast vond communicatie over de crisis ook in grote mate in de samenleving plaats (thuis, in de media), buiten de directe invloedsfeer van de Rijksoverheid. De focus op het bevorderen van gewenst gedrag maakte dat de Rijksoverheid de burger primair zag als partij die beïnvloed en overtuigd moest worden. Het gevolg hiervan was dat de Rijksoverheid op momenten dat het aantal besmettingen toenam, meer tijd besteedde aan het informeren, overtuigen en activeren van de bevolking dan aan het faciliteren van gemeenten en veiligheidsregio's om de dialoog aan te gaan. De focus op de acute crisisaanpak maakte dat de Rijksoverheid in de aanpak voor de crisiscommunicatie slechts in beperkte mate aandacht had voor de langere termijn-effecten van de crisis.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I
De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1
Stelselbeschrijving in het kort
2
Reconstructie tot september 2020
Sectie II
Analyse van de crisisaanpak
3
De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4
De crisisorganisatie
5
De besluitvorming
6
De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7
De verpleeghuizen
Sectie III
Synthese en conclusies
8
Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9
Conclusies
10
Aanbevelingen
Bijlagen

7 DE VERPLEEGHUIZEN

Inleiding

De doelstellingen van het kabinetsbeleid en van de OMT-advisering tijdens de coronacrisis zijn: zicht houden op verspreiding van het virus, in stand houden van acute zorgcapaciteit en het beschermen van kwetsbare groepen in de samenleving. Vanuit het buitenland kwamen vroege signalen dat ouderen de belangrijkste risicogroep vormden voor het coronavirus. Veel kwetsbare ouderen met een dagelijkse zorgbehoefte wonen in Nederland samen in een verpleeghuis. Vanaf begin maart, als verpleeghuizen in Noord-Brabant en Limburg te kampen krijgen met grootschalige uitbraken, dringt binnen de sector door hoe hard het coronavirus in verpleeghuizen kan toeslaan. De opmars van het onbekende virus leidt tot veel onzekerheid en soms zelfs paniek bij betrokkenen in verpleeghuizen. De focus van de landelijke crisisaanpak ligt vooral op infectieziektebestrijding, sturing op ziekenhuisbezetting en ic-capaciteit en het vergaren van wetenschappelijke onderbouwing van maatregelen tegen de verspreiding van het coronavirus.[591] Tijdens de eerste maanden van de crisis is er sprake van schaarste, onder meer aan beschermingsmiddelen en testcapaciteit. Deze situatie vraagt om prioritering van aandacht en verdeling van middelen binnen de crisisbesluitvorming. In de beginfase gaat de aandacht vooral uit naar de situatie in de acute zorg. De niet-acute zorg, zoals die onder andere geleverd wordt in verpleeghuizen en woonzorgcentra, is veel minder in beeld. In reguliere landelijke en regionale crisisoverleggen wordt tot half maart 2020 alleen nog gesproken over verpleeghuizen als bufferlocaties voor de opvang van coronapatiënten, om de zorgcontinuïteit in de ziekenhuizen te kunnen garanderen.[592] [593] [594]

Knelpunten en dilemma's in verpleeghuizen

Verpleeghuizen kampen in het begin van de pandemie met verschillende knelpunten en (soms ethische) dilemma's. Voorafgaand aan de crisis hebben ze beperkte voorraden beschermingsmiddelen en in de eerste weken van de crisis krijgen ze geen prioriteit bij de verdeling van de middelen. Daarnaast zijn de uitgangspunten voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis strikter dan de adviezen in de handreiking voor ziekenhuispersoneel.[595] Zorgmedewerkers in verpleeghuizen kunnen volgens deze uitgangspunten onbeschermd werken als het contact vluchtig of op meer dan anderhalve meter afstand is, terwijl op die afstand het verlenen van zorg niet haalbaar is. In het bijzonder de zorg voor bewoners met dementie vraagt juist nauw contact en intensieve aandacht. Deze bewoners zijn ook niet te instrueren, zodat afstand houden onmogelijk is. 'Ze blijven niet op hun plek, grijpen je vast en hoesten je van dichtbij vol in je gezicht', aldus een verpleegkundige. De behoefte aan bescherming is dus juist groot in

591 OMT, 'Advies n.a.v. 56e OMT COVID-19', 24-01-2020; OMT, 'Advies n.a.v. 57e OMT COVID-19', 28-02-2020; OMT, 'Advies n.a.v. 58e OMT COVID-19', 08-03-2020; OMT, 'Advies n.a.v. 59e OMT COVID-19', 12-03-2020.
592 OMT, 'Advies na 57e OMT COVID-19', 28-02-2020.
593 BAO, 'Afstemmingsoverleg 28 februari', 28-02-2020.
594 NCTV, 'Verslag IAO – Corona virus', 28-02-2020.
595 RIVM, 'Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis', 03-03-2020

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

verpleeghuizen. Er wordt een vergelijking gemaakt met de richtlijn voor influenza die stelt dat zorgverlening in elk geval met een mond-neusmasker van ten minste chirurgische kwaliteit moet plaatsvinden.[596] Doordat het testen van bewoners en personeel beperkt mogelijk is, is het zicht op de exacte verspreiding beperkt. Zodra twee bewoners op een afdeling positief getest zijn, wordt de rest van de afdeling als positief beschouwd; hierdoor is er sprake van ongetest cohorteren van niet-(met-zekerheid-)besmette bewoners, met een groter risico op besmetting voor hen als gevolg. Daarnaast laten de uitgangspunten voor testbeleid en inzet zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis in de bijlage van de LCI-richtlijn Covid-19 toe dat zorgpersoneel met (lichte) klachten ongetest doorwerkt als dat noodzakelijk is voor de zorgcontinuïteit en in de praktijk gebeurt dit ook. Diverse medewerkers geven aan dat zij zich onveilig hebben gevoeld, maar ook bang waren voor de veiligheid van hun omgeving en de bewoners aan wie zij zorg leveren.

De beperkte beschermingsmiddelen en testmogelijkheden, en het beleid om zorgpersoneel te laten doorwerken met lichte klachten, verhogen de kans op introductie en verspreiding van het virus binnen verpleeghuizen. Door deze knelpunten, in combinatie met oplopende besmettingen en uitbraken, ziet de sector het sluiten van verpleeghuizen voor bezoek als enige optie om bewoners en medewerkers te beschermen. De overheid besluit op verzoek van en in overleg met de partijen uit de sector tot een landelijk bezoekverbod. Op dat moment wordt de ernst van de situatie in verpleeghuizen voor het eerst algemeen zichtbaar. Door de aanwijzing van de minister van VWS voor het sluiten van verpleeghuizen voor bezoek voelen de meeste bestuurders en professionals uit de verpleeghuissector geen ruimte om maatwerk te bieden in de uitvoering. In de praktijk is hier wel behoefte aan met het oog op het welzijn van de bewoners.

De situatie rond de sluiting van verpleeghuizen voor bezoek is een belangrijk maatschappelijk thema, met dilemma's tussen veiligheid vs. welzijn van de bewoners, naasten en zorgprofessionals en tussen het belang van het individu en de groep.[597] Verpleeghuizen zoeken naar de praktische invulling van het bezoekverbod, met de middelen die ze hebben: 'De verpleeghuizen moeten dicht, maar hoe 'dicht' moet dicht zijn? Wat als een medewerker naar buiten gaat (bijvoorbeeld met een duofiets) met een onrustige cliënt?'.[598] Soms moeten er per individueel geval afwegingen worden gemaakt, ook in terminale situaties.[599] Uit interviews blijkt dat sommige bestuurders hierbij meer vrijheid nemen dan anderen.

Hoewel de sluiting voor bezoek rust brengt in de verpleeghuizen, veroorzaakt zij ook veel emoties bij bewoners en naasten. Deze worden intenser naarmate de sluiting voor bezoek langer duurt. Vanuit familie, cliëntenraden, de branche en de politiek komen in de loop van de tijd steeds meer signalen en ontstaat meer druk om oog te hebben voor de negatieve impact van de sluiting, met als vraag wat erger is: een paar maanden langer leven in eenzaamheid, of mogelijk korter vanwege het risico op corona maar met behoud

596 RIVM, *Bijlage Influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen* (maart 2015).
597 VWS, 'Voorstel voor een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling in verpleeghuizen', 02-05-2020.
598 ROAZ Zuid-Limburg, 'Verslag bestuurlijk ketenoverleg', 19-03-2020.
599 RONAZ Brabant, 'Verslag DB [dagelijks bestuur] RONAZ, 20-03-2020.

van autonomie, contact met naasten en kwaliteit van leven?[600] [601] [602] In de regio signaleert het ROAZ dat het niet mogen bezoeken van familie in verpleeghuizen als traumatisch en niet menselijk wordt ervaren, zeker als de situatie langer gaat duren en de sterfte in de verpleeghuizen hoog is. Ook durven ouderen of mensen die moeten herstellen (van COVID-19 of andere gezondheidsproblemen) niet meer naar een verpleeghuis te verhuizen, waardoor in thuissituaties meer crises voorkomen.[603]

Dit nooit weer

Gezien de risico's van besmetting voor de kwetsbare populatie en de schaarste aan middelen om die te beschermen, is het begrijpelijk dat de sluiting van verpleeghuizen voor bezoek op verzoek van de sector is doorgevoerd. Echter, uit vrijwel alle interviews met mensen uit de verpleeghuissector, of het nou om bestuurders, teamleiders, verplegenden, verzorgenden, specialisten ouderengeneeskunde, naasten of bewoners gaat, blijkt dat zij het op één punt eens zijn: de landelijke sluiting van verpleeghuizen voor bezoek mag in de toekomst nooit meer voorkomen. De randvoorwaarden moeten daarbij op orde zijn, zoals de beschikbaarheid van voldoende beschermingsmiddelen en testmogelijkheden.

Naar aanleiding van de motie Marijnissen/Bergkamp beschrijft de minister van VWS, na raadpleging van partijen uit de langdurige zorg, (de 'care'), de geleerde lessen met betrekking tot verpleeghuizen in de Kamerbrief van 17 juli 2020.[604] In de brief erkent hij de grote belasting voor verpleeghuispersoneel en bestuurders, de steun van brancheorganisaties, professionele beroepsorganisaties en cliëntenorganisaties en het dilemma tussen veiligheid enerzijds en kwaliteit van leven en menselijkheid anderzijds. Ook partijen uit de sector formuleren lessen uit de coronacrisis in een position paper.[605] Beide documenten benadrukken het belang van een goede landelijke en regionale positionering van verpleeghuiszorg ('care' niet los zien van 'cure'); de zorg voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en testcapaciteit; ruimte voor maatwerk bij een bezoekregeling (in overleg met zorgprofessionals); en basisveiligheid in alle verpleeghuizen, met nadruk op kwaliteit van leven en hygiëne en infectiepreventie (HIP). Daarnaast moet er volgens de Kamerbrief aandacht zijn voor de zorgcontinuïteit en moet de mogelijkheid benut worden om maatregelen te nemen naar aanleiding van signalen (belang van een goede monitoring). Ook het SCP benadrukt de noodzaak tot maatwerk voor bezoek bij een corona-uitbraak in verpleeghuizen.[606]

600 LOC, 'brief aan MCCb, betreft: dringende oproep maatwerk bezoek verpleeghuizen', 31 maart 2020.
601 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 247.
602 A. The, 'Doden in verpleeghuizen: zoek niet naar schuldigen maar richt je op kwaliteit van leven', *NRC Handelsblad*, 14-04-2020.
603 ROAZ Brabant, 'Verslag drukteteam GGZ 01 05 2020', 01-05-2020.
604 Kamerbrief VWS, 'Lessen verpleeghuizen met het oog op een eventuele tweede golf', 16-07-2020, kenmerk 1709971-207318-LZ.
605 Position paper ActiZ, V&VN, Verenso en Zorgthuisnl – geleerde lessen langdurige zorg Covid-19, 30-06-2020.
606 SCP, *Het leven in een verpleeghuis: Landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019* (februari 2021).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Dit hoofdstuk bespreekt de drempels waar de verpleeghuissector tegenaan liep bij het agenderen van zijn knelpunten tijdens de eerste periode van de coronacrisis (paragraaf 7.1) en waar veerkracht van de sector toe heeft geleid (paragraaf 7.2). Daarnaast wordt ingegaan op de hygiëne en infectiepreventie binnen verpleeghuizen (paragraaf 7.3). Ter illustratie van de analyse zijn citaten van betrokkenen opgenomen in kaders.

7.1 Agendering van knelpunten moeilijk

De knelpunten en soms ethische dilemma's binnen de verpleeghuissector blijven in eerste instantie onderbelicht in de landelijke en regionale advies- en besluitvorming over de crisisaanpak. De verpleeghuissector heeft daar aanvankelijk lage prioriteit. Binnen de verpleeghuissector groeit daardoor de behoefte om zijn knelpunten binnen de crisisstructuren te agenderen. Hierbij loopt de sector tegen een aantal drempels aan.

Gebrek aan aansluiting bij de crisisstructuur
Dat er aanvankelijk weinig aandacht is voor de problemen in de verpleeghuizen, is mede te verklaren door de crisisstructuur van VWS, de nationale crisisstructuur en de regionale crisisstructuren (veiligheidsregio met GHOR, ROAZ, etc.). Hierbinnen zijn de perspectieven en belangenvertegenwoordiging van acute zorg en ziekenhuiszorg, infectieziektebestrijding en wetenschap dominant. Dit is te zien aan de leidende positie van het OMT in de advisering, de samenstelling van het OMT, de verhoudingen binnen VWS en de verhoudingen binnen de nationale crisisstructuur. In het OMT zitten voornamelijk experts op het gebied van virologie, microbiologie, epidemiologie en de acute zorg. De verpleeghuissector is in de eerste periode niet direct vertegenwoordigd in adviserende en besluitvormende crisisgremia zoals het OMT en het BAO.[607]

De crisiscoördinatie binnen VWS is belegd bij de directie Publieke Gezondheid (PG), omdat crises waarvoor VWS moet opschalen altijd de volksgezondheid raken. Omdat een gezondheidscrisis geassocieerd wordt met acute zorg, ziekenhuizen en ambulances, is de directie Langdurige Zorg, die over de verpleeghuissector gaat daar van origine minder bij betrokken. De directeur Langdurige Zorg nam wel deel aan het IAO. Uit interviews blijkt dat binnen de verpleeghuissector het gevoel heerst dat hun belang tussen de belangen van alle andere partijen nauwelijks in beeld komt bij de crisisstructuur.

De focus op de acute zorg is ook zichtbaar bij de regionale crisisafstemming over de patiëntenspreiding en de verdeling van middelen, die tijdens deze crisis loopt via het ROAZ. Aanvankelijk is de langdurige zorg niet in alle regio's goed aangesloten bij het ROAZ. Binnen het ROAZ gaat de aandacht van nature vooral uit naar middelenverdeling onder ziekenhuizen en ambulancediensten en naar het voorkomen en oplossen van dreigende tekorten aan ic-bedden. Dit alles heeft als gevolg dat in veel regio's de toch al schaarse beschermingsmiddelen aanvankelijk niet of nauwelijks aan verpleeghuizen worden toebedeeld.

Omdat de sector hard wordt getroffen door het virus, door de ongelijkheid in maatregelen en door de negatieve effecten hiervan, neemt de toenmalige voorzitter van

607 Deelnemerslijsten OMT/BAO jan-half maart.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Verenso het initiatief om aan te sluiten bij het OMT.[608] [609] Later nemen ook andere deskundigen uit de ouderenzorg deel. Vertegenwoordigers vanuit de verpleeghuissector die deelnemen (vaak eenmalig, een enkeling structureel) aan het OMT, voelen zich lange tijd niet of in beperkte mate gehoord, zo blijkt uit interviews. De brancheorganisaties ActiZ en Zorgthuisnl schuiven tijdelijk aan in het BAO en diverse koepelorganisaties uit de langdurige zorg (inclusief ActiZ en Zorgthuisnl) sluiten aan in de koepeloverleggen met VWS.[610] Ook overlegt VWS met cliëntenorganisaties. In tegenstelling tot het BAO is het koepeloverleg geen adviserend of besluitvormend overleg. De directie Langdurige Zorg kan binnen VWS de opgehaalde (knel)punten meenemen in de crisisbesluitvorming, maar het is bij de koepels niet altijd duidelijk of dat ook gebeurt. Op regionaal niveau zijn het ontstaan van RONAZ'en of de vertegenwoordiging van de verpleeghuizen bij het ROAZ, vaak via aansluiting van een belangenbehartiger namens alle regionale zorgorganisaties, voorbeelden van de toenemende organisatiegraad en belangenbehartiging tijdens de crisis.

Doordat de sector aansluiting vindt bij nationale en regionale crisisgremia, lukt het in de loop van de tijd om de impact van de maatregelen onder de aandacht te brengen en knelpunten met betrekking tot beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en testen te agenderen. Ook al probeert Verenso meerdere belangen uit de langdurige zorg onder de aandacht te brengen in het OMT (bijvoorbeeld ook de thuiszorg), als vertegenwoordiger van de specialisten ouderengeneeskunde blijft het medisch perspectief dominant. Hoewel er wel op is aangestuurd vanuit de sector, lukt het niet om het verpleegkundig perspectief een positie te geven in het OMT, terwijl dit wel nuttig kan zijn om de verbinding met de praktijkprofessionals te vergroten.

Citaten

'Binnen het ROAZ ging de aandacht vooral uit naar ziekenhuizen, persoonlijke beschermingsmiddelen voor ziekenhuizen en een mogelijk tekort aan ic-bedden. Omdat de aandacht voor de verpleeghuiszorg daarbij ver achter bleef, hebben wij als verpleeghuisbestuurders aangedrongen op de oprichting van een RONAZ.' - bestuurder verpleeghuis

'De organisatiegraad van verpleeghuizen was niet altijd even goed. Het RONAZ is versneld ontstaan door de pandemie. In begin was het lastig om een aanspreekpunt voor de verpleeghuissector te bepalen. Ook kostte het tijd voordat informatie bij de juiste personen in de instellingen aankwam. […] In plaats van met alle afzonderlijke organisaties in gesprek gaan over gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, had men daar graag [meteen] een RONAZ-vertegenwoordiger voor gebruikt. Dit werd wel steeds beter in verloop van tijd.' – betrokkene ROAZ

608 Voorzorg, 'Voorzorg 08 Nienke Nieuwenhuizen', *podcast*, 15 september 2020.
609 OMT, 'deelnemerslijst 60e OMT COVID-19', 16-03-2020; en recentere deelnemerslijsten
610 BAO 'Afstemmingsoverleg 9 maart', 09-03-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Pluriformiteit

Verpleeghuizen in Nederland kennen een grote diversiteit, in de bewoners, de gebouwen, de zorg die er wordt geleverd en de manier waarop ze zijn georganiseerd. Ze zijn een thuis voor de mensen die er wonen, van mensen met licht somatische problematiek tot psychogeriatrische aandoeningen tot echtparen van wie de één wel en de ander geen zorg ontvangt. Sommige bewoners hebben een eigen voordeur en anderen verblijven op een gesloten afdeling. Er zijn organisaties met meerdere locaties met duizenden (zorg)medewerkers en een uitgebreide staf van ondersteunend personeel op het gebied van HR, kwaliteit en veiligheid, communicatie en infectiepreventie, tot organisaties die met één bestuurder en een klein zorgteam kleinschalig wonen (en zorg) aanbieden aan maximaal tien bewoners. Verschillende zorgverleners zijn er werkzaam, waaronder helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde.

De ervaren knelpunten variëren en de pluriforme verpleeghuissector kent diverse beroepsverenigingen (bijv. Verenso, V&VN, NIP, NHG, NU91), belangenverenigingen (bijv. LOC, Alzheimer Nederland) en brancheorganisaties (ActiZ, Zorgthuisnl), die geen van allen een officiële positie hebben in de crisisstructuur om belangen namens de sector te behartigen. Uit de acute zorg en de ziekenhuissector staan tijdens de crisis boegbeelden op om de belangen van de sector te behartigen. De verpleeghuissector heeft geen duidelijk boegbeeld tijdens de crisis.[611] Uit interviews ontstaat het beeld dat de 'care'-sector een 'bescheiden sector' is, die niet gewend is snel van zich te laten horen. ActiZ en Verenso proberen tijdens de crisis als woordvoerder namens de sector op te treden, maar vanwege de diverse belangen en meningen in de pluriforme sector is dat lastig.

Hoewel tijdens de crisis wel sprake is van meer eenduidigheid en gedeelde belangen, blijft de organisatiegraad van de sector laag en 'wordt er met meerdere tongen gesproken', volgens verschillende geïnterviewden. Een voorbeeld hiervan is de discussie over het dilemma tussen kwaliteit van leven en veiligheid van de verpleeghuisbewoners, met betrekking tot het bezoekverbod en de versoepeling daarvan. Terwijl voor sommige partijen uit de sector de ingeperkte kwaliteit van leven van bewoners voldoende aanleiding is om snel te willen versoepelen, houden anderen lange tijd vast aan veiligheid, gebrek aan beschermingsmiddelen en testcapaciteit als argumenten om het versoepelen uit te willen stellen.[612] [613] [614] [615] Tijdens de eerste golf van de coronacrisis is de belangenbehartiging vanuit de sector richting advisering en crisisbesluitvorming versnipperd. Bestuurders en belangenbehartigers uit de sector geven aan dat de pluriformiteit en lage organisatiegraad van de sector de onderlinge samenwerking en het effectief inbrengen van belangen bemoeilijkt.

611 IFV, *Lessen uit de coronacrisis: het jaar 2020* (juni 2021).
612 Ministerie van VWS, verslag van overleg met patiënten en cliëntenorganisaties, 25 maart 2020.
613 LOC, 'brief aan MCCb, betreft: dringende oproep maatwerk bezoek verpleeghuizen', 31 maart 2020.
614 LUMC, 'Corona in verpleeghuizen: informatie via crisisteams', 25-05-2020; LUMC, 'Corona in verpleeghuizen: informatie via crisisteams', 15-06-2020.
615 OMT, 'Advies na 64e OMT COVID-19', 15-04-2020; OMT, 'Advies na 65e OMT COVID-19', 22-04-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Gebrek aan inzicht

Besmettingscijfers en ic-capaciteit in ziekenhuizen zijn aanvankelijk de enige harde data waarop in de crisisbesluitvorming wordt gestuurd. Voor de langdurige zorg zijn geen volledige data beschikbaar en de verspreiding en impact van het virus in verpleeghuizen zijn daardoor niet goed in beeld bij de advies- en besluitvormingsgremia en worden daardoor onderschat. Dit is mede een gevolg van de strenge casusdefinitie om in aanmerking te komen voor een test voor bewoners en personeel, het beleid om tot maximaal twee bewoners met een positieve testuitslag per verpleeghuisafdeling te testen (en vervolgens ongetest te cohorteren) en daarmee de beperkte registratie van COVID-19-besmettingen in de verpleeghuizen bij GGD en RIVM. Ook veel voorkomende atypische verschijnselen bij bewoners (zoals vallen en een delier) en a- en presymptomatische verspreiding onder kwetsbare ouderen en het gebrek aan testcapaciteit spelen hierbij een belangrijke rol. [616] [617]

Het verkrijgen van meer inzicht in en de onderbouwing van de knelpunten in de verpleeghuissector en het vinden van aansluiting op de crisisstructuur kost tijd. Om in beeld te komen en een urgentiebesef te realiseren bij de crisisadviseurs en besluitvormers, voelt de verpleeghuissector zich genoodzaakt om de impact van de crisis, problemen en maatregelen cijfermatig te onderbouwen. Binnen enkele weken na het starten van een eigen registratie door specialisten ouderengeneeskunde wordt de onderschatting van de mate waarin het virus zich verspreidt en slachtoffers maakt in de verpleeghuizen duidelijk. Naarmate de tijd verstrijkt, wordt naast de besmettingen en COVID-19-gerelateerde sterfte onder bewoners en de veiligheid van medewerkers ook de impact op kwaliteit van leven en het welzijn van bewoners van de maatregelen steeds meer duidelijk. De sector gebruikt de verkregen inzichten om de knelpunten in verpleeghuizen binnen de crisisstructuur te onderbouwen. Ook lukt het om hiermee aandacht te krijgen van de politiek en van diverse media, die in eerste instantie ook voornamelijk op de cure waren gericht.

Hierdoor krijgen de knelpunten binnen de verpleeghuissector op landelijk en regionaal niveau meer aandacht en worden zijn belangen meegewogen in de advisering en crisisbesluitvorming. Dit resulteert onder meer in de gelijkstelling van testmogelijkheden en de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen op basis van het risico op besmetting van handelingen in plaats van op basis van sectoren.[618] Een ander voorbeeld van onderbouwing van knelpunten is het onderzoek door Amsterdam UMC, Erasmus UMC en GGD Amsterdam naar de verspreiding van COVID-19 in verpleeghuizen. Dit bevestigt het vermoeden van besmettingen met atypische verschijnselen en de hoge mate van a- en presymptomatische verspreiding binnen verpleeghuizen.[619] De resultaten van dit onderzoek hebben, na bespreking en advisering in het OMT, bijgedragen aan het besluit om preventief mond-neus-maskers te gebruiken in verpleeghuizen.[620]

616 A. Kimball, et al., 'Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility — King County, Washington, March 2020', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 03-04-2020.
617 J.J.S. Rutten, et al., 'Covid-19 in verpleeghuizen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 20-07-2020.
618 Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 249, p. 3 en p. 12-14.
619 B. Buurman en C. Hertogh, COVID-19 *studie in verpleeghuizen* (augustus 2020).
620 OMT, 'Advies na 76e OMT COVID-19 advies, 27-08-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Citaat
'We waren genoodzaakt om de media te gebruiken om gehoord te worden. Dat lukte pas met de besmettings- en sterftecijfers in de verpleeghuizen, daar sloegen de media op aan. Terwijl we vooral de bescherming van de zorgmedewerkers onder de aandacht wilden brengen.' - Een belangenbehartiger uit een koepelorganisatie

7.2 Veerkracht van de sector

Het omgaan met de impact van de crisis in de verpleeghuissector vraagt om aanpassingsvermogen van bestuurders en medewerkers van verpleeghuizen om acuut in te spelen op knelpunten en te anticiperen op wat komen gaat. De flexibiliteit die daarvoor nodig is, wordt in de crisisliteratuur aangeduid met de term (institutionele) veerkracht.[621] [622] Voorbeelden van veerkracht zijn in de verpleeghuissector op tal van plekken te herkennen, bijvoorbeeld in (regionale) samenwerking en structuren, het verkrijgen van persoonlijke beschermingsmiddelen via allerlei alternatieve wegen, het organiseren van testcapaciteit en het omgaan met de bezoekregeling bij sluiting en heropening van de verpleeghuizen voor bezoek.

Samenwerking en structuren

Een vorm van veerkracht en zelforganisatie is dat bestaande structuren nieuwe taken oppakken om zo de bijzondere situatie aan te kunnen.[623] Zo worden bestaande regionale bestuurlijke overlegstructuren en netwerken van zorgorganisaties bijvoorbeeld opgeschaald tot wekelijks of zelfs dagelijks overleg om onderling af te stemmen over de aanpak van de knelpunten die spelen binnen de verpleeghuizen, waaronder de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen. Ook het opzetten van nieuwe structuren voor nieuwe taken is een vorm van zelforganisatie. De IGJ rapporteert dat de ROAZ-structuur onvoldoende kennis had van en oog voor de VVT-sector.[624] In vijf regio's richten langdurige zorgpartijen een RONAZ op om zo als niet-acute zorg verbinding te maken met het ROAZ. Een ander voorbeeld van nieuwe structuren zijn de corona-crisisteams in de verpleeghuizen, zowel centraal als lokaal, afhankelijk van de grootte van de organisatie. Daarnaast stellen sommige organisaties ook een ethische commissie in, omdat er al heel snel veel vragen komen over ethische kwesties. Deze commissie houdt zich bezig met alle vragen rondom ethiek, dilemma's en uitzonderingen voor individuele bewoners.

621 IFV, *Versterken van veerkracht. Naar een gezamenlijke aanpak van ongekende crises* (maart 2020).
622 U. Rosenthal en A. Kouzmin, *Crisis Management and Institutional Resilience: An Editorial Statement. Journal of Contingencies and Crisis Management* (1996).
623 M. van Duin, *Veerkrachtige crisisbeheersing: nuchter over het bijzondere* (februari 2011).
624 IGJ, *Verpleging, verzorging en thuiszorg tijdens de coronacrisis* (september 2020).

Citaat

'De ethische commissie, die vrij snel werd opgericht, besprak het toepassen van maatwerk op het coronabeleid en gaf advies aan medewerkers. De commissie was er kort gezegd voor vraagstukken met betrekking tot bewoners, om de menselijke maat te waarborgen. Voor het crisisteam was het fijn om deze kwesties uit handen te kunnen geven. Er kwamen veel vragen binnen rond uitzonderingen op de bezoekregeling. Omdat alle vragen centraal besproken werden konden ze ook eenduidig beantwoord worden.' - specialist ouderengeneeskunde, kwaliteitsadviseur

Verkrijgen van persoonlijke beschermingsmiddelen

Bij de eerste acute schaarste aan beschermingsmiddelen, vroeg in de crisis, halen verpleeghuizen beschermingsmiddelen bij bijvoorbeeld dierenklinieken, boerenbedrijven of schoonheidssalons. Ondanks de centrale verdeling geven diverse bestuurders van verpleeghuizen, maar ook zorgkoepels en brancheorganisaties, aan dat binnen het ROAZ de bevoorrading van verpleeghuizen geen prioriteit heeft. [625] [626] Uit interviews blijkt dat op diverse plekken in Nederland verpleeghuisorganisaties vervolgens zelfstandig of gezamenlijk beschermingsmiddelen inkopen die zoveel mogelijk aan de geldende normen voldoen. Ze helpen elkaar met het in kaart brengen van behoeften en door een verdeelsysteem voor de schaarse middelen in de regio op te zetten. Voorbeelden hiervan zijn gelegenheidsconsortia en gemeenschappelijke depots in o.a. Brabant en Zuid-Holland. Beschermingsmiddelen die te koop worden aangeboden zijn duur, niet altijd van goede kwaliteit of dreigen bij de grens te stagneren, dus het blijft continu spannend of er voldoende middelen beschikbaar zijn.[627] Verpleeghuizen geven in interviews en crisisdagboeken[628] aan dat ze kunnen voldoen aan de uitgangspunten voor gebruik van beschermingsmiddelen buiten de ziekenhuizen in de bijlage van de LCI-richtlijn, waarin rekening gehouden is met schaarste, maar dat de voorraden vaak niet groot genoeg zijn om tegemoet te komen aan de behoefte aan beschermende middelen van zorgmedewerkers in de praktijk.

625 Ministerie van VWS, 'Verslag: Breed overleg zorgkoepels inzake COVID-19', 16-03-2020.
626 ActiZ en Zorgthuisnl, 'Brief aan de minister voor Medische Zorg 16 maart: Samen voor zorgcontinuïteit', 16-03-2020.
627 Dagblad van het Noorden, 'Zwendel met mondmaskers: vooral verpleeghuizen dupe van omvangrijke handel in slecht werkende kapjes', 16-05-2020.
628 UNC-ZH/UNO-UMCG rapportage crisisdagboeken week 13 (03-04-2020) en week 14 (10-04-2020)

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Citaten

'We hebben onder andere asbestpakken gedragen, dunne pakken die niet goed op hun plaats bleven, vuurwerkbrillen en materialen van boerenbedrijven. We pakten alles aan, want het was beter dan niets.' – zorgmedewerker verpleeghuis

'Mondkapjes mochten niet standaard gedragen worden en continu veranderden de richtlijnen omtrent de hulpmiddelen. Eerst moesten we FFP2 mondkapjes dragen bij een van besmetting verdachte bewoner, vervolgens was een chirurgisch mondmasker ook voldoende en alleen als je langer dan een kwartier binnen anderhalve meter van een besmette bewoner kwam. Soms moesten we een volledig pak dragen, om op andere dagen met blote armen een coronapatiënt te moeten verzorgen. Als er al schorten waren, dan moesten we ze hergebruiken [……] Het liefste hadden we gehad dat ons eerlijk werd verteld dat er niet genoeg persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar waren.' – zorgmedewerker verpleeghuis

Organiseren van testcapaciteit

Vanwege het belang van de zorgcontinuïteit, de beperkte testcapaciteit en de strenge casusdefinitie om voor een test via de GGD in aanmerking te komen, komt het voor dat verpleeghuispersoneel met lichte klachten ongetest moet doorwerken. Ziekenhuispersoneel kan gemakkelijker getest worden via de eigen ziekenhuislaboratoria. Vanaf begin april wordt de casusdefinitie verruimd en krijgen zorgmedewerkers uit verpleeghuizen voorrang bij de teststraten van de GGD, maar dat komt in de praktijk stapsgewijs van de grond. Het duurt ruim een maand voordat alle belemmeringen, zoals wachttijden van meer dan 48 uur op testuitslagen, zijn opgelost.[629] In de tussentijd voelen verpleeghuisorganisaties zich genoodzaakt om, al dan niet gezamenlijk of met behulp van een regionaal laboratorium of ziekenhuis, eigen testcapaciteit te organiseren.

Omgaan met bezoekregeling

De impact van het bezoekverbod op de bewoners verschilt. Volgens zorgmedewerkers gedijen de bewoners en personeel op de psychogeriatrische afdelingen bij de rust, terwijl in verzorgingshuizen en op somatische afdelingen het gemis van bezoek zeer groot is. Bewoners voelen zich eenzaam en soms letterlijk opgesloten. Verpleeghuismedewerkers verzinnen verschillende manieren om contact tussen bewoners en hun naasten mogelijk te maken. Ze organiseren initiatieven als beeldbellen, babbelramen, ontmoetingstenten, gesprekscontainers, visite-karren en hoogwerkers die familie voor het raam van een bewoner brengen. Ook nemen ze, bij gebrek aan vrijwilligers en mantelzorgers, de organisatie en begeleiding van interne activiteiten op zich.

629 D. Stokmans en M. Lievisse Adriaanse, 'Hoe Nederland de controle verloor: De corona-uitbraak van dag tot dag', *NRC Handelsblad*, 19-06-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Voorafgaand aan de opening van verpleeghuizen stellen partijen uit de sector gezamenlijk de handreiking voor bezoekbeleid in verpleeghuizen in corona-tijd op.[630] Verpleeghuizen vertalen dit ieder op eigen wijze naar beleid op maat voor de betreffende locatie en situatie. Betrokkenen geven aan dat dit een basis heeft gelegd om maatwerk toe te kunnen passen bij toekomstige golven.

Citaten
'Er werd al snel van alles geregeld om contact tussen de bewoners en familie te bewerkstelligen. Zwaaien vanaf de parkeerplaats naar bewoners op het balkon ('balkonscene') werd ook als leuk/fijn ervaren door bewoners en familie. Beeldbellen was voor een deel van de bewoners een uitkomst, maar niet voor allemaal. Raambezoeken waren niet prettig, omdat je elkaar wel van dichtbij ziet, maar je kan elkaar niet aanraken of goed communiceren, dus dat deed meer kwaad dan goed. Daarnaast werden activiteiten georganiseerd, zoals muziekoptredens op de parkeerplaats. Externe activiteiten of binnen met vrijwilligers gingen allemaal niet door. Bij alles was er veel hulp van de medewerkers, zij liepen nog een stapje harder voor de bewoners. Ze deden alles wat in hun mogelijkheden lag, dag en nacht, terwijl de familie besefte dat ze gestrest waren en mentaal op.' - Naasten van bewoners van een verpleeghuis

7.3 Hygiëne en infectiepreventie (HIP) in verpleeghuizen

De kans op verspreiding van infectieziekten in verpleeghuizen waar kwetsbare ouderen met elkaar (samen)wonen is groot. Dat is mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf, de lagere weerstand van bewoners, het intensieve contact tussen bewoners en verschillende zorgmedewerkers en tussen bewoners onderling. Ook zijn bij bepaalde bewoners, zoals bij mensen met dementie, hygiënemaatregelen lastiger te handhaven.[631] [632]

Tijdens de coronacrisis benoemen diverse partijen zoals OMT en Verenso het belang van infectieziektebestrijding en hygiëne en infectiepreventie (HIP) binnen verpleeghuizen.[633] [634] Zoals blijkt uit de 'handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd' voor het (opnieuw) toelaten van bezoek, waarbij door de sector zelf de volgende randvoorwaarden worden benoemd: voldoende beschermingsmiddelen, strikte naleving van de (hygiëne-) richtlijnen van het RIVM en persoonlijke hygiënemaatregelen bij bezoekers. [635] [636]

630 ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl, *Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd* (mei 2020).
631 S. Paauw, 'Impact tweede golf op verpleeghuizen groot', *Medisch Contact*, 10-12-2020.
632 RIVM, 'Hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalig wonen', https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/verpleeghuizen [geraadpleegd op 12-10-2021].
633 OMT, 'Advies na 64e OMT COVID-19', 15-04-2020.
634 NVAG en Verenso, 'COVID-19 (behandel)advies voor SO en AVG in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen (mits hoofdbehandelaar)', 08-04-2020.
635 ActiZ, Alzheimer Nedelrand, LOC, NIP, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl, *Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd* (mei 2020).
636 NVAG en Verenso, 'Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg', 04-08-2020.

Infectiepreventiebeleid in verpleeghuizen

Verpleeghuizen zijn verantwoordelijk voor hun eigen infectiepreventiebeleid. Zij beleggen de uitvoering van het HIP-beleid veelal binnen de organisatie. Vanuit hun medische verantwoordelijkheid zijn de specialisten ouderengeneeskunde voor infectiepreventie en hygiënerichtlijnen hierbij betrokken.[637] Zorginstellingen kunnen ook infectiepreventie- deskundigen van de GGD, van ziekenhuizen of als ZZP'ers inhuren voor ondersteuning bij HIP.[638] Bij wet zijn verpleeghuizen verplicht om de GGD op de hoogte te stellen van een ongewoon aantal zieken met aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard.[639] Het is gebruikelijk (niet wettelijk verplicht) dat de GGD bij uitbraken van meldingsplichtige ziekten ondersteuning biedt bij het nemen van de juiste maatregelen om de uitbraak goed te monitoren en te beheersen. De focus van de infectieziektenpreventie ligt binnen verpleeghuizen sinds 2016, mede door programma's van VWS directie Langdurige Zorg, voornamelijk op antibioticaresistentie (ABR). Hier zijn het toepassen van kennis over HIP en verandering van gedrag van zorgverleners onderdeel van.[640] [641] De IGJ toetst het infectiepreventiebeleid in verpleeghuizen.[642]

Minder aandacht voor en kennis over HIP in verpleeghuizen

In Nederland is de trend dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, eventueel met ondersteuning en verzorging aan huis. Bij het instellen van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 werden instellingen waar ouderen langdurig wonen en die medische zorg leveren verpleeghuizen genoemd. Verpleeghuiszorg is multidisciplinair en omvat welzijn, zorg, activiteiten, zingeving en (para)medische behandeling.[643] Ondanks dat de gemiddelde zorgzwaarte van bewoners in verpleeghuizen toenam, kwam in de sector steeds meer aandacht voor wonen (huiselijkheid), autonomie en kwaliteit van leven.[644] De witte doktersjassen bij artsen zijn verdwenen en er wordt meer gewerkt met vrijwilligers en mantelzorgers. Ondertussen bleven de gebouwen en de medewerkers hetzelfde, terwijl actualisatie van richtlijnen en bijscholing van personeel op het gebied van HIP achterbleven.[645] Gebouwen zijn vooral gericht op wooncomfort en niet altijd op mogelijkheden voor infectieziektenpreventie of –bestrijding.[646] [647]

Hoewel er verschillen zijn tussen locaties en organisaties, krijgt HIP volgens diverse geïnterviewden over het algemeen binnen verpleeghuizen te weinig aandacht. De coronacrisis heeft dat blootgelegd. [648] [649] [650] Verpleeghuizen gebruiken de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) voor het vormen en actualiseren van hun eigen infectiepreventiebeleid. Echter begin 2017 zijn alle activiteiten van de WIP gestaakt.

637 IGJ, Verdiepende analyse na infectiepreventiebezoeken aan verpleeghuizen (februari 2021).
638 Zorgnetwerken ABR NH_FL, *Deskundigen infectiepreventie in het verpleeghuis: Een inventarisatie van de belangrijkste werkzaamheden in Noord-Holland en Flevoland* (april 2019).
639 Artikel 26 Wet publieke gezondheid.
640 https://www.vilans.nl/projecten/antibioticaresistentie-in-de-zorg, geraadpleegd 27 juli 2021
641 Zorg voor beter, 'Hygiëne', https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene?utm_medium=301&utm_source=direct&utm_campaign=www.resistentiepreventie.nl [geraadpleegd op 12-10-2021].
642 IGJ, 'Toetsingskader infectiepreventie en antibioticabeleid in de verpleeghuiszorg', 1-11-2018.
643 Werkgroep: ActiZ, BTN, NPCF, Verenso, V&VN, *Kwaliteit in dialoog, kwaliteitskader ouderenzorg: Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover?* (juni 2016).
644 Waardigheid en trots, *Verpleeghuiszorg 2025: Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen.* (juni 2019).
645 M. Levi, 'Lessons learned van de eerste COVID19 piek in Nederland – blik vanuit London', 03-08-2020.
646 S. Paauw, 'Impact tweede golf op verpleeghuizen groot', *Medisch contact*, 10-12-2020.
647 H. Nies en M. Minkman, 'Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19', 03-08-2020.
648 J. Hamers, 'Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19', 31-07-2020.
649 Rijksoverheid, 'Documenten lessons learned corona - gespreksverslag Langdurige Zorg', 31-08-2020.
650 M. Levi, 'Lessons learned van de eerste COVID19 piek in Nederland – blik vanuit London', 03-08-2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Daardoor zijn deze richtlijnen verouderd.[651] [652] Inhoudelijk dienen de richtlijnen nog steeds hun doel, maar het uitblijven van updates heeft als gevolg dat het onderwerp minder onder de aandacht komt, wat consequenties kan hebben voor de implementatie en toepassing van HIP in de dagelijkse praktijk.[653] Tegelijkertijd is door afnemende budgetten de capaciteit voor ondersteuning vanuit de GGD bij infectieziektenpreventie en -bestrijding steeds verder afgenomen.[654] [655] [656] Tijdens de crisis staan de GGD'en wel open voor vragen van alle verpleeghuizen, al komt uit interviews naar voren dat in de praktijk wel regionale verschillen worden ervaren in de tijdigheid en kwaliteit van de ondersteuning.

Citaat

'Ik heb al in 2017 binnen een verpleeghuis een enorme strijd gehad om handdesinfectans op elke kamer te hebben, want dat was 'niet huiselijk'. Verbeterpunten uit hygiëneaudits gaf ik door aan directies toen nieuwbouw op stapel stond, met tips voor de nieuwbouw. Houd bijvoorbeeld rekening met aparte afdeling in verband met cohorteren en het scheiden van schone en vuile werkzaamheden. Dit werd aan de kant geschoven, 'want het moest huiselijk zijn'. Daar lopen we nu enorm tegenaan; ik ben heel druk met onderzoeken van mogelijkheden voor het aanbrengen van tijdelijke sluizen'. – Deskundige infectieziektepreventie GGD

Zorg- en kwaliteitsmedewerkers van verpleeghuizen bevestigen dat de kennis van hygiëne en goed routinematig gebruik van beschermingsmiddelen verschilt tussen medewerkers en gauw 'versloft' als je er met elkaar niet scherp op blijft. In 2018 stelt de IGJ vast dat bij een groot deel van bezochte verpleeghuizen de infectiepreventie en het antibioticabeleid niet op orde zijn en vraagt ze extra aandacht hiervoor.[657] Volgens evaluatieonderzoek uit 2019 heeft het programma 'Aanpak ABR in verpleeghuizen' op het gebied van hygiënisch werken gezorgd voor een inhaalslag, maar het is moeilijk aan te tonen hoe groot die precies is geweest.[658] Een recent promotieonderzoek naar handhygiëne in verpleeghuizen in Nederland laat zien dat ruim zestig procent van het personeel de handhygiëneregels niet goed naleeft.[659]

651 Zoals voor Handhygiëne, Infecties in het verpleeghuis en woonzorgcentrum, Persoonlijke beschermingsmiddelen, Persoonlijke hygiëne medewerker, en Norovirus.
652 Berenschot, *Evaluatieonderzoek programma ABR antibioticaresistentie* (september 2019).
653 Het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI), met partijen uit de medisch specialistische zorg, de openbare gezondheidszorg en de langdurige zorg, is in oprichting en zal de werkzaamheden van de voormalige WIP voortzetten en in de periode van 2021-2025 de verouderde WIP-richtlijnen herzien. Bron: RIVM, 'Werkgroep Infectie Preventie (WIP)', https://www.rivm.nl/werkgroep-infectie-preventie-wip, [geraadpleegd op 12-10-2021];
S. Broersen, 'Nieuw samenwerkingsverband voor infectiepreventie komt eraan', *Medisch Contact*, 20-02-2019.
654 M. van Twillert, 'Ik koos voor de M van maatschappij', *Medisch Contact*,16-09-2020.
655 A. Rouvoet en H. Backx, 'Publieke gezondheidszorg heeft sterker fundament nodig', *Trouw*, 14-11-2020.
656 GGD GHOR – De ervaring die de GGD bij de coronacrisis heeft opgedaan, Rouvoet in webinar IFV Gezondheidscrises: op zoek naar de dialoog, 16 maart 2021. https://www.youtube.com/watch?v=MHU6yTV6eWg.
657 IGJ, *Factsheet Infectiepreventie in de verpleeghuiszorg* (november 2018).
658 Berenschot, *Evaluatieonderzoek programma ABR antibioticaresistentie* (september 2019).
659 G.R. Teesing, 'Improving Hand Hygiene in Nursing homes: Results of the HANDSOME study', 02-07-2021.

Een recent onderzoek van de IGJ concludeert op basis van infectiepreventiebezoeken dat medewerkers onvoldoende volgens de richtlijnen voor infectiepreventie werken. Zo weten ze bijvoorbeeld niet altijd hoe en wanneer zij volgens de richtlijn beschermingsmiddelen moeten dragen. Bestuurders zien deze tekortkomingen niet altijd en doen er daarom te weinig aan. 'Herhaalde audits, praktijkscholing van zorgmedewerkers, schoonmakers en overige medewerkers en kennisdeling door specialisten ouderengeneeskunde zouden van meerwaarde zijn', zo luidt een overweging uit het in februari 2021 gepubliceerd IGJ rapport.[660]

Citaat
'De toepassing van hygiënemaatregelen en correct gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in verpleeghuizen laat in de praktijk nogal eens te wensen over. Externe expertise vanuit GGD of ziekenhuis of van een ZZP-er is dan nodig, want verpleeghuismedewerkers missen de kennis die een infectiepreventiedeskundige heeft. Dat is begrijpelijk, want de laatste jaren zijn veel functies uitgekleed. Verzorgenden moeten een duizendpoot zijn, maar dan gaat er dus kennis verloren.'
- Deskundige infectieziektepreventie GGD

Een infectieziekte-uitbraak zet de verpleeghuissector op scherp
In verpleeghuizen is voldoende kennis en routine op het gebied van HIP bij (zorg) medewerkers van groot belang, van helpende tot verpleegkundige en van schoonmaker tot locatiemanager. Door uitbraken van een infectieziekte, en in het bijzonder tijdens de coronacrisis, neemt het bewustzijn over HIP toe en daarmee de kennis en routines op dit gebied bij (zorg)medewerkers.[661] In verpleeghuizen die vlak voor de coronapandemie een uitbraak van het norovirus of het griepvirus hebben doorgemaakt zijn zorgmedewerkers actief bekend met de hygiënemaatregelen, waardoor personeel vaak routinematig HIP blijven toepassen bij een coronavirus-uitbraak. Bestaande richtlijnen en protocollen geven daarbij houvast. Tijdens de coronacrisis hebben verpleeghuisorganisaties en branche- en beroepsverenigingen daarom sterk ingezet op effectief HIP-beleid, inclusief geprotocolleerd werken en het instrueren van zorgmedewerkers.[662] Daarbij maken ze gebruik van posters, instructiekaarten, uitlegvideo's, handreikingen en trainingsmateriaal, gebaseerd op de (dan geldende) richtlijnen van het RIVM. Onderling wisselen organisaties protocollen en instructiemateriaal uit, zodat niet iedere organisatie zelf het wiel hoeft uit te vinden. De onbekendheid met en angst voor het coronavirus, de verminderde aandacht voor HIP, tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen en de wisselende richtlijnen maken het routinematig en correct toepassen van HIP echter lastig.

660 IGJ, *Verdiepende analyse na infectiepreventiebezoeken aan verpleeghuizen* (februari 2021).
661 S. Paauw, 'Impact tweede golf op verpleeghuizen groot', *Medisch contact*, 10-12-2020.
662 E:M+MA., *Geleerde lessen corona-uitbraak: Ervaringen zorgorganisaties verpleeghuiszorg* (juli 2020).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Citaten
'Door de recente uitbraak [van het norovirus] waren we al gericht op het voorkomen van virusuitbreiding door isolatie en persoonlijke beschermingsmiddelen.' – Medewerkers verpleeghuis

'Zelfs waar ervaring was met het norovirus werd het vaak niet goed gedaan, omdat corona veel paniek bracht. Veel medewerkers konden dan niet meer normaal nadenken. (…) Psychisch hebben veel medewerkers het erg zwaar gehad. Het idee dat ze het mee naar huis konden nemen, of juist het verpleeghuis in, gaf veel stress. Er is maximaal ingezet op het instrueren van de medewerkers op elk niveau, maar dit betekent niet dat het altijd goed gaat' - Locatiemanager verpleeghuis

Hygiëne infectiepreventie in balans met huiselijkheid
Welbevinden heeft een fysieke en een sociale component en is niet het één of het ander. Voor goede verpleeghuiszorg moet het medisch perspectief integraal en met de juiste deskundigheid in balans zijn met wonen en welzijn. Wanneer de aandacht voor effectief HIP- beleid binnen verpleeghuizen niet structureel is, bestaat het risico dat de kennis en bijbehorende gedragsverandering niet geborgd worden, waardoor deze onvoldoende paraat zijn bij een nieuwe uitbraak.[663] Het bereiken en vasthouden van goede HIP in verpleeghuizen kan hand in hand gaan met huiselijkheid en het welbevinden van de bewoners.[664] Het uitgangspunt daarbij is dat onder alle omstandigheden focus op het ene, zo min mogelijk ten koste mag gaan van de aandacht voor het andere.

7.4 In het kort

Verpleeghuizen in Nederland zijn tijdens de eerste maanden van de coronacrisis hard getroffen. Dit valt deels te verklaren doordat de verpleeghuispopulatie kwetsbaar is voor het virus, maar ook andere factoren spelen hierbij een rol. Een belangrijke factor is de aanvankelijk beperkte aandacht en prioritering voor de knelpunten in verpleeghuizen bij de crisisaanpak, die tegenstrijdig is aan de doelstelling om juist kwetsbare groepen te beschermen.

De 'care' heeft van oudsher een andere status dan de 'cure'. In de eerste periode van de coronacrisis kwam dit pijnlijk naar voren. In de landelijke en regionale voorbereiding op (infectieziekte)crises ging veel aandacht uit naar acute zorg en de ziekenhuiszorg en weinig naar verpleeghuiszorg. Binnen de crisisadvisering en -besluitvorming was de cure sterker vertegenwoordigd dan de care. De focus van de crisisaanpak lag op het sturen op ziekenhuis- en ic-bezetting. Het ROAZ verdeelde schaarse beschermingsmiddelen in eerste instantie op basis van gebruik onder normale omstandigheden. Hierdoor ging het overgrote deel ervan naar de cure sector en slechts een klein gedeelte naar de care sector, waaronder verpleeghuizen. Terwijl gezien de omvang van de kwetsbare groep en het soort zorghandelingen het risico in verpleeghuizen groot was. De crisisaanpak vanuit VWS leunde aanvankelijk op expertise en initiatieven vanuit het zorgveld, waarbij de cure

663 E:M+MA., *Geleerde lessen corona-uitbraak: Ervaringen zorgorganisaties verpleeghuiszorg* (juli 2020).
664 https://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/hygiene-en-infectiepreventie-is-onderdeel-van-goede-zorg/

sector een betere positie bekleedde dan de care sector. Mede hierdoor konden de knelpunten binnen de verpleeghuissector langere tijd onderbelicht blijven. De vanzelfsprekendheid waarmee schaarse middelen naar de cure-sector gingen terwijl er sprake was van grote risico's in de verpleeghuizen, leggen het risico bloot dat schuilgaat in een crisisaanpak waarin bestaande structuren en onderlinge verhoudingen leidend zijn. Dit kan leiden tot een aanpak die niet aansluit bij de risico's van de crisis en waarbij kwetsbaren uit het zicht blijven.

Het aantal COVID-19-uitbraken in verpleeghuizen nam sterk toe. Door de schaarse middelen werd de kans op introductie en verspreiding van het virus in verpleeghuizen vergroot. Om bewoners en medewerkers in verpleeghuizen toch te kunnen beschermen, was daarom een noodgreep nodig: een landelijk bezoekverbod. Deze maatregel bleek effectief, maar heeft tot veel discussie geleid over de proportionaliteit van de maatregel vanwege de negatieve impact die het heeft gehad op het welzijn van veel verpleeghuisbewoners, hun naasten en personeel. De veerkracht van de sector en het vermogen om zelf tot oplossingen te komen hebben de negatieve impact van de crisis én het bezoekverbod verzacht, maar niet kunnen voorkomen.

Om meer in beeld te komen en een urgentiebesef te creëren bij de crisisadviseurs en besluitvormers, is het nodig geweest om de impact van het coronavirus en de (potentiële) gevolgen van knelpunten en maatregelen inzichtelijk te maken door cijfermatige onderbouwing, signalen van professionals en met sprekende beelden via de media. Dankzij deze inzichten verkreeg de sector een betere positie in de landelijke en regionale gremia voor crisisadvisering en besluitvorming om knelpunten effectief te agenderen.

Zoals de nationale crisisstructuur niet was voorbereid op de pandemie, was ook de verpleeghuissector hier niet op voorbereid. Er waren geen afspraken over vertegenwoordiging van de sector binnen de gremia voor advisering en besluitvorming. Het in positie komen en het organiseren van vertegenwoordiging verliep daardoor ad hoc en werd bemoeilijkt door de pluriformiteit en de lage organisatiegraad van de sector. Als gevolg bleef de cure leidend en is het perspectief van de care in de eerste periode van de crisis op alle niveaus onderbelicht gebleven, met als gevolg dat juist de ervaringen en deskundigheid uit de dagelijkse praktijk in advies- en besluitvorming werden gemist.

In verpleeghuizen is de afgelopen jaren door groeiende aandacht voor kwaliteit van leven, autonomie en huiselijkheid sprake van ontmedicalisering. Dit heeft mede tot gevolg dat de hygiëne en infectiepreventie (HIP) binnen verpleeghuizen ondergeschikt raakt. De kennis over en affiniteit met HIP en de routine bij het toepassen daarvan bij verpleeghuismedewerkers neemt hiermee af. Ook dit heeft de kans op introductie en verspreiding van het virus binnen verpleeghuizen vergroot. Naast medische zorg en cohortering krijgt HIP tijdens de coronacrisis ineens veel aandacht. De verschuiving naar het medisch perspectief tijdens de crisis ging, met de sluiting voor bezoek, echter ten koste van autonomie en welzijn van bewoners. De crisis heeft een spanningsveld laten zien tussen medisch handelen en de aandacht voor welzijn, terwijl beide perspectieven nodig zijn om te voorzien in de behoeften van kwetsbare zorgbehoevende ouderen. De balans tussen het medisch perspectief en de behoefte aan huiselijkheid en kwaliteit van leven in verpleeghuizen is een continu aandachtspunt, zowel binnen als buiten crisistijd. Dat vraagt een integrale benadering van én goede zorg én welbevinden in de laatste

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

levensfase – en daar hoort ook het behouden en onderhouden van expertise op het gebied van hygiëne en infectiepreventie bij.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

SECTIE III SYNTHESE EN CONCLUSIES

De derde en laatste sectie van dit rapport brengt de analyses van sectie II samen in een nadere analyse. Deze zogenoemde synthese vindt zijn weerslag in hoofdstuk 8, dat ingaat op de wijze waarop betrokken partijen in de periode tot september 2020 zijn omgegaan met de coronacrisis. Hoofdstuk 8 benoemt daarbij de belangrijkste inzichten, pijnpunten en lessen. Hoofdstuk 9 en 10 bevatten respectievelijk een opsomming van de conclusies en de aanbevelingen van dit onderzoek.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie II Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

8 INZICHTEN UIT EEN LANGDURIGE CRISIS MET LANDELIJKE IMPACT

Inleiding

De coronapandemie heeft geleid tot een (inter)nationale langdurige crisis. Wat begon als een gezondheidscrisis breidde zich in snel tempo uit tot een brede maatschappelijke crisis die op een dergelijke schaal niet eerder was voorgekomen. Binnen hele korte tijd werden veel mensen getroffen en werd de gezondheidszorg zwaar belast. Het omgaan met een crisis van deze aard en omvang heeft veel gevraagd van eenieder. Velen hebben hun uiterste best gedaan om naar eer en geweten een bijdrage te leveren aan het bestrijden van het virus en het beheersen van de crisis. Ook dit is zichtbaar geworden in dit onderzoek en dat verdient veel waardering en respect. Zeker in het licht van de onzekerheden op basis waarvan ingrijpende besluiten moesten worden genomen. Een crisis is per definitie onzeker en zal in de meeste gevallen anders verlopen dan verwacht, en dat geldt des te meer voor een crisis van deze aard en omvang. Improvisatie en aanpassingen zijn nodig om onverwachte knelpunten te kunnen aanpakken. Omdat onzekerheid en onvoorspelbaarheid niet uniek zijn voor de coronacrisis, moeten lessen niet worden gezocht in het *voorkomen* van onzekerheid, maar in de wijze waarop betrokken partijen met onzekerheid omgingen. In dit onderzoek, waarin de Onderzoeksraad heeft gekeken naar de voorbereiding en de eerste periode van de coronacrisis (tot september 2020), zijn verschillende pijnpunten zichtbaar geworden.

Slachtoffers en patiënten

Het overlijden van circa 10.000 mensen als gevolg van het virus in de eerste golf was zeer aangrijpend. Zij kwamen allemaal in korte tijd te overlijden. Zij waren van betekenis voor hun omgeving en hun dierbaren die in veel gevallen geen afscheid van hen konden nemen. Pijnlijk is het gegeven dat veel mensen zijn overleden die extra kwetsbaar waren omdat zij voor hun dagelijkse zorg afhankelijk waren van derden, onder meer in verpleeghuizen. Zowel de kwetsbaren als degenen die hen verzorgden konden onvoldoende worden beschermd. Op familie en zorgpersoneel heeft dit diepe indruk gemaakt. Daarnaast zijn duizenden mensen ziek geworden. Sommigen zo ernstig dat ziekenhuisopname noodzakelijk was, soms met langdurig verblijf op de intensive care. Velen zijn inmiddels hersteld; velen kampen nog steeds met de gevolgen.

Anticiperend vermogen in de strategie

Tijdens de coronacrisis was de mate van onzekerheid op verschillende vlakken groter dan bij eerdere crises die de Rijksoverheid moest aanpakken. Ook onder onzekere omstandigheden wordt de overheid geacht om een strategische koers uit te zetten en de crisis aan te pakken. Het signaal van de WHO op 7 februari 2020 over dreigende wereldwijde tekorten aan beschermingsmaterialen leidde in Nederland niet direct tot voorbereiding op het scenario dat ook in Nederland schaarste in beschermingsmiddelen zou kunnen ontstaan.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Toen het virus zich in Nederland aandiende, was de koers in eerste instantie gericht op het indammen van het virus. Daarbij waren de experts verrast door het scenario van een grillig virus dat zich verder onder de radar had verspreid dan verwacht. Dit kwam mede doordat de casusdefinitie strikt werd gehanteerd, waardoor mensen die niet direct in verband konden worden gebracht met (reizen uit) Noord-Italië of China in eerste instantie niet werden getest. Pas toen experts doorkregen dat het virus zich in Brabant veel breder had verspreid, stapten beleidsmakers over naar een zogenoemde mitigatiestrategie. Deze overgang van indammen naar mitigatie was een wezenlijke verandering van strategie.

De strategie van de overheid bestond uit drie ankerpunten: 1) zicht op en tegengaan van de verspreiding; 2) het beheersbaar houden van de belasting van de zorgsectoren; 3) de bescherming van kwetsbaren. Bij die drie de thema's is terug te zien dat de overheid sterk acteerde op de situatie van de dag. Het anticiperend vermogen bleef daarbij achter. Het carnaval, gekoppeld aan de terugkomst van vakantie- en feestgangers uit Italië, bleek een brandhaard te zijn geworden. Bij beleidsmakers drong het besef door dat het onhaalbaar was om corona nog buiten Nederland te houden. Desondanks anticipeerde de overheid niet op een landelijke uitbraak: het doel was om de uitbraak zoveel mogelijk beperkt te houden tot Brabant. Op 10 maart 2020 werd inwoners van Brabant geadviseerd zoveel mogelijk thuis te werken. Na twee dagen bleek dit louter regionale advies al onhaalbaar en werd een thuiswerkadvies voor het hele land afgegeven. Toen de besmettingscijfers in de zomer van 2020 opnieuw opliepen, toonden beleidsmakers opnieuw een gebrekkig vermogen om op de situatie te anticiperen. Oplopende besmettingscijfers vormen een eerste indicatie voor een toename van de ic-belasting. Het kabinet handelde pas op het moment dat de ic-cijfers ook daadwerkelijk opliepen.

Volgens de Onderzoeksraad had, vanaf het moment dat de mitigatiestrategie werd gehanteerd, sterker kunnen worden geanticipeerd op de toekomstige behoefte aan testcapaciteit en ziekenhuiscapaciteit. Dit met als doel om de strategie daadwerkelijk te kunnen uitvoeren. Door alleen te testen aan de hand van een strikte casusdefinitie werd het strategische doel van het kabinet om zicht te krijgen op het virus onvoldoende waargemaakt. Ook in het beschermen van de kwetsbaren is onvoldoende geanticipeerd op de manier waarop deze strategie uiteindelijk handen en voeten kon krijgen. De verpleeghuissector moest met minimale bescherming de zorg verlenen, wat haaks stond op het uitgangspunt dat de bewoners van verpleeghuizen moesten worden beschermd.

De overheid opereerde sterk van dag tot dag maar de noodzaak om te anticiperen op de middellange termijn is onderbelicht geweest in de eerste periode van de crisis. Er was door de aandacht voor de acute crisisbeheersing nauwelijks aandacht voor het doordenken van onwenselijk geachte maar niet onwaarschijnlijke scenario's voor de (nabije) toekomst en voor de voorbereiding op consequenties daarvan. Dit geldt ook voor de periode die daaraan vooraf ging, toen het virus reeds in China was vastgesteld. Beleidsmakers vertrouwden erop dat Nederland goed was voorbereid. Daarmee is kostbare tijd verloren gegaan die gebruikt had kunnen worden om daadwerkelijk invulling te geven aan een gekozen strategie.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Schaarste
De schaarste aan middelen in de eerste periode van de crisis leidde tot risico's die niet direct inzichtelijk of oplosbaar waren en waarbij de gekozen verdeelsleutels nieuwe knelpunten en risico's opleverden. Het terughoudend testen was deels strategie maar deels ook het gevolg van schaarste met een zichzelf versterkend effect, met name de laboratoriumcapaciteit was een discussiepunt. De beschikbare ic-capaciteit kwam zwaar onder druk te staan en alle niet-acute zorg moest worden stilgelegd voor het opnemen van de coronapatiënten. Het tekort aan beschermende middelen zoals mondkapjes en beschermende kleding in de eerste weken van de uitbraak van de pandemie leverde extra risico's op voor de verdere verspreiding van het virus. Met name in combinatie met het ontbreken van voldoende kennis over de wijze waarop het virus zich verspreidde. Dit maakte de kwetsbaren nog kwetsbaarder. De prioritering van het beschikbaar stellen van middelen in de acute zorg in de ziekenhuizen leek navolgbaar, maar dat zich daarnaast een zogenoemde 'stille ramp' voltrok in de verpleeghuizen was buitengewoon pijnlijk.

Advisering
Beschikbare data liepen geregeld achter de feitelijke situatie aan. Deze data hadden maar een beperkte voorspellende waarde. Bij de adviezen en besluiten die hierop gebaseerd werden was dit niet altijd transparant en werden de consequenties en de risico's van de onzekerheden onvoldoende meegewogen.

Ontbreken van sturingsregie
De wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel is ingericht verhoudt zich in een crisissituatie niet goed tot de wijze waarop een crisis normaal gesproken wordt aangepakt. De vergaande decentralisatie en versnippering van het zorglandschap maken het complex om eenduidig regie te voeren in deze omvangrijke crisis. Het ontbreken van centrale sturing op cruciale onderdelen in de inhoudelijke crisisaanpak leidde tot onduidelijkheid, regionale verschillen in de aanpak en bypasses in de structuur.

Afkalvend draagvlak
Het draagvlak binnen de bevolking voor de crisisaanpak was in eerste instantie groot. Dat gold ook voor de steun voor de medewerkers in de zorg en de crisisaanpak. Maatregelen werden grotendeels begrepen en nageleefd. Dit draagvlak kalfde om uiteenlopende redenen af na enige tijd, met name vanaf de zomer van 2020. Bepaalde bevolkingsgroepen werden onvoldoende bereikt. Sommige sectoren voelden zich onvoldoende gehoord.

Leeswijzer
De gesignaleerde pijnpunten maken duidelijk dat het nodig is om te willen leren van de wijze waarop is omgegaan met deze crisis. Op basis van de analyses in de hoofdstukken 4 tot en met 7 maakt de Onderzoeksraad in dit hoofdstuk 8 een bredere analyse van de wijze waarop in de periode tot september 2020 met deze brede, langdurige, landelijke crisis is omgegaan. Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste inzichten uit deze periode. Hieronder wordt per thema geschetst welke pijnpunten zichtbaar werden en vervolgens welke oplossingsrichtingen er zijn om hier in de toekomst anders mee om te gaan. 8.1 gaat in op de voorbereiding van een crisis, 8.2 kijkt naar de sturing gedurende de crisis, het omgaan met onzekerheden komt aan de orde in 8.3, in 8.4 wordt ingezoomd op het

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

draagvlak gedurende de crisis. Tot slot worden in 8.5 nut en noodzaak beschreven van reflecteren tijdens een dergelijke brede crisis, in relatie tot de eerder genoemde punten.

8.1 (Doordachte) Voorbereiding op een langdurige crisis met landelijke impact

Een langdurige infectieziektecrisis met landelijke impact
Voorafgaand aan de coronapandemie waren binnen het stelsel van infectieziektebestrijding in Nederland veel betrokken partijen actief met de voorbereiding op infectieziekte-uitbraken. In vergelijking met andere landen scoorde Nederland relatief hoog met zijn voorbereiding op een pandemie. De Rijksoverheid beschikte al sinds de jaren negentig over een opschalingsstructuur specifiek voor infectieziekte-uitbraken; er werd regionaal jaarlijks geoefend op infectieziektebestrijding en flitsrampen; en er lagen meerdere draaiboeken met procedures voor tijdens een uitbraak. Zoals vastgesteld in hoofdstuk 3 waren de partijen die het meest betrokken waren bij infectieziektebestrijding in Nederland (het ministerie van VWS, het RIVM en de GGD'en) voorbereid op relatief kleinschalige en begrensde infectieziekte-uitbraken met uitsluitend gevolgen voor de gezondheidszorg. De voorbereiding om een infectieziekte-uitbraak te bestrijden was echter niet gericht op een crisis met landelijke impact, zoals de coronacrisis. Daardoor ondervonden betrokken partijen in de eerste maanden van de pandemie problemen bij het opschalen van middelen en capaciteit om de crisis te bestrijden of te beheersen. VWS kreeg een centrale rol in de crisisaanpak, maar tijdens de oefeningen op de voorbereiding op infectieziektebestrijding is deze centrale rol van VWS niet aan de orde geweest. VWS moest daardoor samen met andere partijen improviseren om de crisis te bestrijden, wat resulteerde in de oprichting van coördinatiestructuren als het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT).

De inrichting van de nationale crisisstructuur maakt daarnaast geen onderscheid tussen de aanpak van zogenoemde flitscrises enerzijds, en langdurige crises anderzijds. De coronacrisis is te kenmerken als een langdurige crisis, met een *aanloopfase* (dreiging) van december 2019 tot eind februari 2020, een *acute fase* in maart die eerst in het teken stond van het indammen van het aantal besmettingen en daarna in het teken van het ombuigen van de stijgende lijn van ziekenhuisopnames, gevolgd door een *langdurende fase* vanaf april waarin de maatschappelijke effecten van de maatregelen steeds meer op de voorgrond traden. In de zomer van 2020 startte de aanloop naar een nieuwe acute fase toen het aantal besmettingen weer opliep, wat zou leiden tot de 'tweede golf'.

De huidige inrichting van de nationale crisisstructuur is met name gericht op de acute fase van een crisis. Daarbij moeten betrokken partijen op basis van onvolledige kennis en adviezen snel en doelgericht besluiten nemen en tot actie overgaan. Tijdens de eerste periode van de coronacrisis bleek dat ook in de aanloopfase zinvol gebruik kon worden gemaakt van (een deel van) de structuur. Dit met als doel om activiteiten uit te voeren in het kader van het voorkomen van de uitbraak van het virus, zoals een zorgvuldige repatriëring van reizigers uit risicolanden, en de ontwikkelingen actief te monitoren. Een langdurige crisis met brede maatschappelijke gevolgen vraagt een brede inbreng vanuit verschillende expertises en invalshoeken om zorgvuldiger een overwogen keuze te

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

kunnen maken tussen dilemma's. De huidige inrichting van het stelsel voorziet echter niet in mechanismen om de benodigde brede inbreng voor een langdurige crisis te faciliteren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de afstemming tussen een groot aantal betrokken partijen, om de rol van de politieke factor en het afleggen van verantwoording, en om de benodigde tijd voor reflectie. Daar waar deze aspecten, onder meer in de vorm van nieuwe overlegstructuren, een plek kregen in de bestaande structuur kwam dat voort uit het ad hoc improviseren van betrokkenen. Zij waren niet het gevolg van een voorbereid plan.

De aanpak gericht op de acute crisisfase en de aanpak gericht op lange termijneffecten in een langdurige crisis stellen verschillende eisen aan de crisisorganisatie en besluitvormingsstructuur. Tegelijkertijd heeft de coronacrisis laten zien dat de fasen niet altijd duidelijk te onderscheiden zijn: ze bestaan naast elkaar. Een effectieve aanpak van een dergelijke crisis vraagt om mechanismen om de benodigde aanpassingen aan de crisisorganisatie en besluitvormingsstructuur te signaleren en te faciliteren.

Voorbereiden en agenderen van scenario's
Voorbereiding op toekomstige langdurige crises met landelijke impact begint met een inventarisatie van nieuwe en bestaande (*worst case*) crisisscenario's. Vervolgens moeten de scenario's ook concreet worden gemaakt door de mogelijke consequenties van het scenario in kaart te brengen en na te gaan wat er nodig is om die consequenties het hoofd te kunnen bieden. Voorbeelden van benodigdheden zijn crisisstructuren, planvorming, vaardigheden bij betrokken mensen en opschalingscapaciteit (*surge capacity*) voor de crisisaanpak. In 2019 heeft de NCTV de *Nationale Veiligheidsstrategie* opgesteld. Daarin bracht de NCTV in kaart welke dreigingen de nationale veiligheidsbelangen raken en maatschappelijke ontwrichting veroorzaken en waarop ingezet wordt om de weerbaarheid tegen deze dreigingen te vergroten. Dit document bevat de inventarisatie van waarschijnlijke scenario's, maar bevat geen concrete uitwerking van de brede maatschappelijke consequenties van deze scenario's en wat er voor nodig is om die consequenties te kunnen mitigeren.

Om de uitgedachte scenario's met bijbehorende consequenties vervolgens te kunnen omzetten in daden ter voorbereiding is het van belang dat een instantie of persoon de voorbereiding op de uitgedachte crisisscenario's kan agenderen, zowel in het politieke als het publieke debat. Het doel hiervan is om betrokken bestuurders bewust kennis te laten maken met de geïdentificeerde scenario's, zodat zij doordrongen raken van het belang ervan en zich kunnen inbeelden wat deze scenario's behelzen. Vervolgens kunnen de betrokken bestuurders een risico-inschatting en expliciete keuzes maken over de prioritering van en de investeringen in de voorbereiding op dergelijke crisisscenario's. Het afleggen van verantwoording hierover in het publieke debat helpt om de zichtbaarheid van de problematiek en het gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel (departement-overstijgend) te vergroten. Dit om ervoor te zorgen dat de voorbereiding op dergelijke scenario's niet te weinig aandacht krijgen in de waan van de dag.

Het voorbereiden door planvorming en oefenen op basis van de verschillende crisisscenario's vormt de basis om een crisis te bestrijden. In een crisis zal echter ook altijd een beroep worden gedaan op het improvisatie- en aanpassingsvermogen van mensen en de bij de crisisaanpak betrokken partijen. Een crisis is namelijk per definitie

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

onzeker en zal in de meeste gevallen anders verlopen dan verwacht. Improvisatie en aanpassingen in een crisis zijn nodig voor een op de lopende crisis afgestemde aanpak en om onverwachte knelpunten te kunnen aanpakken. Dit betekent dat de voorbereiding op de crisisaanpak kan worden versterkt door betrokken partijen al in de voorbereiding te trainen op improvisatie en het planmatig doorvoeren van veranderingen tijdens crisissituaties. Hiermee wordt adaptief vermogen gecreëerd, wat ervoor moet zorgen dat in een crisis improviseren en het doorvoeren van aanpassingen aan de crisisorganisatie op een weloverwogen en gestructureerde manier kan plaatsvinden en niet aan het toeval wordt overgelaten.

Condities om adaptief vermogen in te zetten tijdens een crisis
Een vooraf vanuit de voorbereiding bedachte organisatie- en besluitvormingsstructuur zal veelal niet volledig aansluiten bij de behoeften die ontstaan in de aanpak van een specifieke crisis. Dit geldt zeker wanneer er sprake is van een langdurige crisis met landelijke gevolgen op meerdere terreinen. Deelnemende partijen in de crisisstructuur zullen zo nodig aanpassingen aan de crisisstructuur moeten doen om een beoogd resultaat te halen. Een langdurige crisis met landelijke gevolgen vraagt daarom een crisisstructuur die adaptief vermogen versterkt om in te kunnen spelen op de specifieke crisissituatie. Tegelijkertijd vraagt een dergelijke crisis om adaptief vermogen dat ervoor zorgt dat de crisisstructuur waar nodig wordt aangepast.

Om optimaal gebruik te kunnen maken van het adaptief vermogen is het van belang in de voorbereiding een methode te ontwikkelen die dit faciliteert. Betrokkenen in een crisisorganisatie moeten blijven toetsen of de structuren die zij vanuit de voorbereiding inzetten effectief zijn of dat zij daarin eventuele knelpunten signaleren. Daar waar nodig kunnen betrokkenen de bestaande structuur aanpassen. Het is van belang dat de betreffende leidinggevende in de crisisstructuur deze aanpassingen expliciet maakt en dat nadrukkelijk markeert. Dit voorkomt dat er onduidelijkheden ontstaan over de rollen en posities in de aangepaste structuur. Daarnaast moeten betrokkenen zich realiseren dat de aanpassingen een beroep doen op de flexibiliteit van de oorspronkelijk bedachte structuur. Voor aanpassingen zijn mogelijk ander gedrag of andere vaardigheden nodig. Door het ongemak hierover gedurende de crisis te benoemen, krijgt het leren werken in de nieuwe structuur vorm. Het creëert bovendien helderheid en agendeert het inregelen van de nieuwe structuur. Het adaptief vermogen van partijen in de coronacrisis komt hieronder aan bod.

8.2 Sturing in landelijke crises

In de eerste fase van de coronacrisis zijn zowel de structuur van infectieziektebestrijding en de nationale crisisstructuur als de regionale crisisstructuren van de veiligheidsregio's ingezet. De bestaande, voorbereide structuren waren voor bestuurders en adviseurs niet altijd passend voor de omvang, de brede impact en de lange duur van de crisis te hanteren. Dat heeft zich vertaald in aanpassingen van de crisisstructuur, met name door het toevoegen van nieuwe onderdelen in de structuur.

Als aanpassingen in de structuur niet doordacht of niet expliciet gemaakt zijn, is er risico op een wildgroei aan structuren en onduidelijkheid over de aanpassing daarvan. Dit

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

wordt in onderstaande paragrafen op diverse punten verder toegelicht. Het laat zien dat in de interactie tussen structuur en adaptief vermogen verbeteringen mogelijk zijn. Dat geldt voor de nationale crisisstructuur, de sturing op de gezondheidszorg en de verbinding tussen het nationale en regionale niveau. Ook het gevolg van wijzigingen in de structuur voor *checks and balances* komt aan bod.

De nationale crisisstructuur
Bij een nationale crisis is het van belang dat de verhouding tussen de nationale crisisstructuur en een vakdepartement helder is. De inzet van de nationale crisisstructuur heeft als doel dat, wanneer de nationale veiligheid in het geding is, de Rijksoverheid tot een samenhangende aanpak komt inclusief de coördinatie van maatregelen en de besluitvorming daarover. Met het oog op een integrale aanpak moet helder zijn dat de leiding over de crisis, zodra de nationale crisisstructuur wordt opgeschaald, overgaat van de minister van een vakdepartement naar de MCCb.

In de coronacrisis lag het primaat in eerste instantie bij de minister voor Medische Zorg en na zijn aftreden bij de minister van VWS. Dat vloeide voort uit de aard van de crisis en was gebaseerd op diens wettelijke verantwoordelijkheid bij een epidemie van een infectieziekte A. Bij de opschaling van de nationale crisisstructuur vond geen expliciete overgang plaats van de leidende rol van de minister van VWS naar de MCCb, voorgezeten door de minister-president. Daardoor werd niet gemarkeerd dat een bredere blik op en een integrale aanpak van de crisis nodig was. Binnen de nationale crisisstructuur bestond geen gedeeld beeld over wie de leiding had over de crisis. In de praktijk hield de minister van VWS een centrale rol in de crisisaanpak. Dat uitte zich onder andere in het gegeven dat het OMT, een adviesorgaan van de minister van VWS, de belangrijkste adviseur van de gehele MCCb werd en bleef. Deze posities van de minister van VWS en van het OMT hebben eraan bijgedragen dat het kabinet vasthield aan de drie centrale strategiepunten, te weten: zicht op de verspreiding van het virus, voldoende zorgcapaciteit en bescherming van kwetsbaren, ondanks het feit dat deze punten niet gerealiseerd werden, en hoewel de crisis zich steeds breder ontwikkelde.

De verbreding van de gevolgen van de crisis werd ook zichtbaar in de uitbreiding van het aantal deelnemers in de crisisteams binnen de nationale crisisstructuur. Daardoor kwam snelle en daadkrachtige besluitvorming in het gedrang. De minister-president deed daarom een aanpassing op de nationale crisisstructuur door het organiseren van afstemming in een kleinere samenstelling in het Torentjesoverleg en het Catshuisoverleg. De sturing in de crisis verplaatste zich hiermee informeel naar andere gremia dan de MCCb. Ook voor deze overleggen ontstond bij de betrokken partijen een verschillend beeld van de verhouding tot de besluitvorming en advisering in de nationale crisisstructuur. Het is een signaal dat het expliciet maken van de aanpassing en het markeren daarvan, als onderdelen van adaptief vermogen, hebben ontbroken.

Sturing op de gezondheidszorg
Vanuit zijn wettelijke verantwoordelijkheid om leiding te geven aan de infectieziektebestrijding van een epidemie van een infectieziekte A, kan de minister van VWS de voorzitters van de veiligheidsregio aanwijzingen geven hoe zij regionaal de bestrijding ter hand moeten nemen. Die bevoegdheid heeft de minister niet in relatie tot partijen in het zorgveld. Dit terwijl het leiding geven aan de infectieziektebestrijding wel

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

vraagt om een sturende en coördinerende rol richting zorgveld. De reguliere situatie in het zorgveld kenmerkt zich door autonomie en eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen, met een overlegcultuur tussen zorgveld en ministerie waarin de sectorale- en beroepsverenigingen een belangrijke vertegenwoordigende functie hebben. Het ministerie noch de koepelorganisaties hebben doorzettingsmacht of andere instrumenten om individuele zorginstellingen te kunnen aansturen. Ook heeft nooit een landelijke voorbereiding plaatsgevonden, waarin het leidinggeven aan de infectieziektebestrijding is geoefend. Het gebrek aan uitwerking, ervaring met en voorbereiding op de leidende rol van het ministerie van VWS leidde tijdens de coronapandemie tot een aantal knelpunten.

Bij deze knelpunten speelde ook de versnipperde inrichting van de (crisis)organisatie van VWS een rol. Het contact met het veld vond plaats vanuit de afzonderlijke directies. De structuur om voor het departement alle informatie en ontwikkelingen bij elkaar te brengen ontbrak, ondanks het instellen van een nieuw afstemmingsoverleg voor de bewindspersonen en de ambtelijke top. Om die reden kwam de inbreng vanuit bepaalde sectoren, zoals de verpleeghuissector, niet altijd direct terecht in het besluitvormingsproces op landelijk niveau. Op het regionale niveau konden partijen uit de verschillende disciplines elkaar eenvoudiger vinden. Zo werd de bestaande ROAZ-structuur in alle regio's uitgebreid met vertegenwoordigers vanuit de niet-acute zorg. In die overleggen kwam bijvoorbeeld de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen onder de acute en niet-acute zorg in de regio's aan de orde.

Tijdens de coronapandemie ontstonden knelpunten in de gezondheidszorg als geheel door de toename van het aantal patiënten, de maatregelen en de conflicterende belangen die ontstonden door schaarste aan onder meer persoonlijke beschermingsmiddelen en testcapaciteit. Deze vraagstukken waren niet op te lossen op het niveau van individuele zorginstellingen of in samenwerkingsverbanden in regio's of in sectoren, waardoor de noodzaak tot instellings- en sector-overstijgende (en dus: landelijke) afspraken en sturing toenam. In de zoektocht van VWS naar manieren om landelijk te kunnen sturen, ontstond al improviserend een variatie in regievormen, wat onduidelijkheid gaf over de verantwoordelijkheden en sturing binnen de gezondheidszorg.

De onderlinge afstemming die nodig was om de landelijke samenwerking tot stand te brengen en daadwerkelijk te laten functioneren, ging ten koste van de snelheid die in de acute fase van een crisis nodig is. Ook leidde het er toe dat er binnen VWS en bij adviserende partijen in eerste instantie vooral oog was voor de knelpunten in de acute zorg. Deze sector is door zijn taken en verantwoordelijkheden vaker betrokken bij gezondheidscrises. Daarnaast speelt de informele hiërarchie binnen de zorg mee, waarin de (academische) ziekenhuizen bovenaan staan en andere zorgsectoren, zoals verpleeghuizen, meer onderaan.

De crisis heeft laten zien dat de interne crisisstructuur van VWS en de structuren voor de verbinding met en tussen de zorgpartijen niet toereikend waren. De nieuwe landelijke coördinatiepunten, de aanpassingen in de departementale crisisstructuur, het instellen van verschillende projectgroepen binnen het ministerie, het gebruiken van reguliere afstemmings- en besluitvormingslijnen en de combinatie van de departementale met de

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

nationale crisisstructuur maakten het geheel voor veel betrokkenen zeer complex en onvoorspelbaar.

Om effectief te kunnen sturen op de gezondheidszorg in een nationale crisis, zijn andere mechanismen nodig dan in de reguliere situatie. Het gaat enerzijds om het creëren van de mogelijkheid tot centrale sturing en doorzettingsmacht en anderzijds om het inrichten van een landelijke crisisstructuur, zowel binnen het zorgveld als in de verbinding tussen VWS en het zorgveld. Ook binnen deze crisisstructuur is ruimte voor adaptief vermogen nodig inclusief het vermogen tot het inpassen van de genoemde elementen, zodat aanpassingen in de structuur de complexiteit niet vergroten of tot onduidelijkheid of vertraging in de besluitvorming leiden.

De verbinding tussen nationaal en regionaal niveau
In de aanpak van een nationale crisis kunnen de partijen op nationaal en regionaal niveau niet zonder elkaar. De verbinding tussen de nationale crisisstructuur en partijen als de veiligheidsregio's en de GGD'en op regionaal niveau is echter niet goed geborgd.

In de coronacrisis namen in eerste instantie de voorzitters van de Brabantse veiligheidsregio's besluiten tot maatregelen om verspreiding van het virus te beperken, wat vervolgens overging in een nationale aanpak met uitvoering door de veiligheidsregio's. De voorzitters van de veiligheidsregio's zijn erin geslaagd om zich te verenigen via het Veiligheidsberaad. Met een vertegenwoordiging van de voorzitters van de veiligheidsregio's in de MCCb, van directeuren veiligheidsregio's in de ICCb en door de aanwijzingen van de minister van VWS, kwam de ontbrekende verbinding tussen de regio's en het Rijk alsnog tot stand. Ook de oprichting van het LOT-C heeft bijgedragen aan de verbinding tussen Rijk en regio's.

In de zomer 2020 koos het kabinet ervoor om de nationale crisisstructuur af te schalen. Vanaf dat moment lag de aanpak van de infectieziektebestrijding bij de veiligheidsregio's, terwijl de aanpak van de (lange termijn) maatschappelijke effecten op nationaal niveau werd belegd in de nieuw in te richten programmastructuur. Door het afschalen van de nationale crisisstructuur raakte het Veiligheidsberaad zijn plek in de MCCb en daarmee de rechtstreekse verbinding met het Rijk weer kwijt. Dat heeft het nemen van maatregelen vertraagd op het moment dat in de zomer het aantal positieve testen weer toenam. De veiligheidsregio's, die op dat moment nog steeds in een opgeschaalde situatie functioneerden, misten een aanspreekpunt om de kaders voor de regionale aanpak met het Rijk af te stemmen.

De minister van VWS kan de GGD'en bij een epidemie van een A-ziekte formeel aansturen via de voorzitters van de veiligheidsregio's. Om meer zicht en grip te krijgen op het testen en traceren als belangrijk onderdeel in de corona-aanpak, kreeg de minister steeds meer behoefte om de GGD'en rechtstreeks te kunnen aansturen. In de praktijk bleek dit moeilijk, mede doordat de onderlinge verbinding en coördinatie tussen de GGD'en moeizaam verliep. Waar de voorzitters van de veiligheidsregio's bewust eensgezindheid voorop stelden, slaagden de directeuren publieke gezondheid (de directeuren van de GGD'en) daarin nog niet met elkaar. De initiatieven om voor bepaalde thema's coördinerend DPG'en aan te wijzen en vertegenwoordiging via de

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

branchevereniging GGD GHOR Nederland te laten lopen, boden hiervoor niet direct soelaas.

Op de vraag naar verbinding tussen crisisorganisaties op nationaal en regionaal niveau hebben het kabinet en de veiligheidsregio's in de eerste fase van de coronacrisis een antwoord gevonden door aanpassingen in de structuur. De vertegenwoordiging van de veiligheidsregio's in de nationale crisisstructuur blijkt geen structurele borging te zijn voor de verbinding, omdat deze vervloog zodra het kabinet in de zomer de nationale crisisstructuur afschaalde. Het laat zien dat betrokkenen het aanpassen van de structuur goed moeten doordenken en expliciet maken, zodat een versterking van de crisisstructuur in stand blijft bij daarop volgende wijzigingen.

Evenwichtige besluitvorming en rolvastheid
Binnen de crisisstructuur zoals die is bedacht, bestaan *checks and balances* om tot navolgbare en evenwichtige besluitvorming te komen. Met de vele wijzigingen in de structuur, en gezien de ad hoc wijze waarop deze vaak tot stand kwamen, kwam een aantal van deze *checks and balances* in het gedrang en raakte het evenwicht verstoord. Naast de formele crisisstructuur ontstond steeds meer een parallelle structuur waarin *checks and balances* niet geborgd waren en waarin rollen vermengd raakten. Door het ontbreken van evenwicht ontstond ruimte voor dominanties, waarbij andere perspectieven ondergesneeuwd raakten.

Zo leidde de dominantie van het perspectief van infectieziektebestrijding er in de praktijk toe dat naast dit perspectief het perspectief op bredere maatschappelijke effecten onderbelicht bleef. In dezelfde lijn hield de minister van VWS een dominante positie binnen de nationale crisisstructuur. Binnen de 'witte kolom' waren de perspectieven en belangenvertegenwoordiging van de acute zorg en infectieziektebestrijding dominant ten opzichte van die van de langdurige zorg en de bredere gezondheidsproblematiek, zoals de uitgestelde zorg en kwaliteit van leven. Daarnaast hebben de inzet op bronbestrijding, op acute problematiek en op de korte termijn geprevaleerd boven de inzet op effectbestrijding en de problematiek op langere termijn. Deze dominanties waren in de acute fase van de crisis behulpzaam om complexiteit te reduceren en snel te kunnen handelen. De betrokken bewindspersonen hebben niet bewust voor deze focus gekozen, maar hebben gereageerd op wat zich op dat moment aandiende. Daardoor werd het lastig af te wijken van ingeslagen paden rond de drie strategiepunten (zicht op verspreiding, voorkomen van overbelasting van de zorg, beschermen van kwetsbaren) en de balans tussen de perspectieven opnieuw te overwegen. Het gevaar van tunnelvisie lag zo ook op de loer.

In de advies- en besluitvormingsroute van de nationale crisisstructuur langs de lijn van IAO-ICCb-MCCb zijn *checks and balances* ingebouwd om tijdens een crisis tot evenwichtige en gedragen besluiten te komen. Naarmate de crisis langer duurde en een bredere impact kreeg, werd het aantal deelnemers aan met name de MCCb echter steeds groter, wat de uiteindelijke besluitvorming steeds complexer maakte. Vanuit de behoefte van de ministers van VWS, JenV, voor Medische Zorg en van de minister-president om in klein verband informeel met elkaar te overleggen ontstond het Torentjesoverleg, dat op het hoogtepunt van de crisis bijna dagelijks plaatsvond. Gaandeweg kreeg dit Torentjesoverleg echter steeds meer het karakter van een

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

(voorbereidend) besluitvormend gremium, parallel aan en voorlopend op de formele crisisstructuur. Hierdoor werd het besluitvormingsproces ondoorzichtig. Datzelfde geldt voor het Catshuisoverleg. Dat overleg werd in het leven geroepen vanuit een behoefte om te reflecteren op de ontwikkelingen en informatie te verzamelen van diverse deskundigen. Ook dit overleg werd echter al vrij snel gebruikt om voorafgaand aan de MCCb in een kleiner gezelschap de besluitvorming voor te bereiden.

Het ontstaan van parallelle besluitvormingsstructuren lokte meer complexiteit uit binnen de besluitvorming. Omdat afwijkingen van de structuur niet expliciet werden gemaakt en de taken van nieuwe gremia in relatie tot die van de bestaande gremia niet helder waren, werd de totstandkoming van de besluitvorming onduidelijk. Ook werden de besluitvormingsstructuren niet tussentijds geëvalueerd. Betrokkenen die door de aanpassingen het gevoel hadden hun invloed binnen de besluitvormingsstructuur te verliezen, gingen daarom op zoek naar andere wegen om hun belangen in te brengen. Hierdoor werd de complexiteit nog extra vergroot, terwijl tegelijkertijd de transparantie van de besluitvorming verminderde.

Omdat de gewijzigde structuren niet transparant werden gemaakt, vergrootte het daarnaast ook de behoefte aan informatie bij Kamerleden en media. Die wilden weten waarom de Rijksoverheid afweek van de formele crisisstructuren en waar de echte besluitvorming nu plaatsvond. De vele vragen hierover leverden, naast de vele vragen over de crisisaanpak, weer een nieuwe uitdaging op voor de crisisorganisatie, omdat capaciteit moest worden vrijgemaakt om deze vragen te beantwoorden. Omdat het ministerie van VWS ervoor koos de vragen in eigen huis door de medewerkers te laten beantwoorden, die dit deden naast hun werkzaamheden voor de crisis, leverde dit een grote druk op de crisisorganisatie op.

Ook niet als zodanig gemarkeerde wijzigingen in de adviesrol van het OMT zorgden ervoor dat *checks and balances* verminderden. Het OMT heeft als taak de minister van VWS te adviseren en te voeden met kennis, vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding. Doordat de voorzitter van het OMT in vrijwel alle formele en informele crisisteams aanwezig was, verdween echter de nodige distantie die het team van (wetenschappelijke) adviseurs zou moeten hebben tot de besluitvorming waarbij geacht wordt breder te kijken dan het thema infectieziekten. Ook vond op sommige momenten een rolvermenging plaats tussen OMT en BAO. Het BAO verloor door de snelle opeenvolging van OMT-adviezen en besluitvorming zijn functie om de haalbaarheid van de adviezen goed te kunnen toetsen. Hiermee viel, zonder dat dit expliciet werd gemaakt, een belangrijke check in de adviseringslijn weg.

In zijn adviezen over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen hield het OMT al rekening met de schaarste hiervan, zonder dat het OMT expliciet maakte dat het de schaarste meewoog in het advies. Hiermee liep het OMT vooruit op de haalbaarheid van zijn adviezen over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in de praktijk, een afweging die niet door het OMT, maar door het BAO gemaakt zou moeten worden. Evenwichtige crisisbesluitvorming vraagt ook om rolvastheid en expliciete communicatie over de aannames.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De belangrijke positie die de voorzitter van het OMT kreeg, bevestigde ook het beeld dat infectieziektebestrijding belangrijker was dan andere belangen. Meer distantie zorgt voor een evenwichtiger belangenafweging. Ook wordt daarmee voorkomen dat het OMT in de ogen van de buitenwereld verantwoordelijk wordt voor het beleid of in een positie komt waarin het wordt verleid om het kabinetsbeleid te verdedigen. De kracht van het adviesteam zit juist in het gegeven dat het zich vrij moet voelen om zich te beperken tot een inhoudelijk advies vanuit zijn specifieke expertises op het gebied van infectieziekten en zich niet over aanpalende gebieden hoeft uit te laten, en evenmin de beleidsbeslissingen van het kabinet hoeft te verdedigen.

Om de crisisbesluitvorming evenwichtig te houden is het daarnaast nodig om oog te hebben voor de impact van de crisis op andere vlakken dan de gezondheidszorg. Tijdens de coronacrisis hebben vele organisaties adviezen uitgebracht aan het kabinet over maatschappelijke effecten van de maatregelen voor de samenleving. Het gaat om wetenschappelijke raden en planbureaus maar ook om ad hoc opgerichte gremia, zoals de werkgroep Halsema en het Red Team. Deze organisaties hadden echter geen formele plek in de crisisstructuur en de crisisstructuur bleek evenmin in staat om improviserend een dergelijke aansluiting structureel tot stand te brengen. De adviezen over de maatschappelijke effecten van de maatregelen voor de samenleving kregen hierdoor in de afwegingen van de MCCb bij de besluitvorming geen gelijkwaardige positie ten opzichte van de OMT-adviezen. Het perspectief van infectieziektebestrijding bleef dominant. Ook signalen en adviezen over de uitvoerbaarheid van de besluiten kregen onvoldoende aandacht in de besluitvorming. Weliswaar nam het Veiligheidsberaad deel aan de MCCb, maar andere organisaties die belangrijk waren in de uitvoering van de besluiten, zoals verpleeghuizen en de GGD'en, werden daar onvoldoende bij betrokken. Door het ontbreken van een brede uitvoeringstoets werden mede hierdoor meerdere besluiten genomen die tot problemen in de uitvoering leidden.

Voor een navolgbare en evenwichtige besluitvorming zijn *checks and balances* noodzakelijk, juist ook tijdens een langdurige crisis. De vele ad hoc aanpassingen in de crisisstructuur die niet expliciet werden gemarkeerd en geëvalueerd, leidden tot onevenwichtigheid in de besluitvorming en vermindering van transparantie. Het is daarom noodzakelijk dat aanpassingen in de crisisstructuur goed worden doordacht en gemarkeerd, waarbij wordt geanticipeerd op deze risico's. Daarnaast is het noodzakelijk dat rollen en verantwoordelijkheden van adviseur en besluitvormer duidelijk zijn gescheiden, en dat de besluitvormer een breed palet aan adviezen afweegt. Op deze manier wordt de afweging van adviezen en belangen prominent en zichtbaar, wat kan bijdragen aan draagvlak voor beleid.

8.3 Omgaan met onzekerheid

Het is inherent aan crises dat crisisteams bij de besluitvorming over de aanpak te maken krijgen met onzekerheid over en onvoorspelbaarheid van informatie. Het verloop van een crisis is immers onzeker en in hoge mate onvoorspelbaar. Ook gedurende de coronacrisis hebben onzekerheid en onvoorspelbaarheid zich op verschillende momenten en niveaus gemanifesteerd. Zo bestond aan het begin van de crisis onduidelijkheid over de mate van besmettelijkheid en de verspreiding van het virus. Daarbij had het ontstaan

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

van mutaties met andere eigenschappen invloed op de modellering van de impact van het virus in Nederland. Dit veroorzaakte tevens onzekerheid over de effectiviteit van de geadviseerde maatregelen en de op basis van de adviezen genomen besluiten. Over de neveneffecten van de maatregelen, bijvoorbeeld op sociaal-maatschappelijk vlak, was gedurende de crisis eveneens sprake van onzekerheid. Omdat onzekerheid en onvoorspelbaarheid niet uniek zijn voor de coronacrisis, moeten lessen niet worden gezocht in het voorkomen van onzekerheid, maar in de wijze waarop hiermee wordt omgegaan.

In de onderzochte periode wordt zichtbaar dat de adviseurs en besluitvormers vooral inzetten op het reduceren van onzekerheid. Een van de manieren waarop naar zekerheid werd gestreefd is door houvast te zoeken in kwantificeerbare infectieziekte- en ziekenhuisdata zoals opnamecapaciteit, ligduur in de ziekenhuizen, besmettingscijfers en R-waardes. Naast het feit dat deze specifieke data het dominante perspectief van infectieziektebestrijding voedden en in stand hielden, kennen deze cijfers zoals alle data hun beperkingen en kunnen zij niet zonder duiding. Zo geven ruwe besmettingscijfers geen indicatie over de ernst van de gevolgen van een besmetting. Dit onderzoek laat zien dat zowel in de advisering als in de besluitvorming niet altijd helder werd gecommuniceerd over de onzekerheden en beperkingen van de gebruikte data. Hierdoor kon een beeld ontstaan dat betrokkenen zekerder waren over het effect en resultaat van de adviezen en besluiten dan dat in werkelijkheid het geval was.

In de beginperiode van de coronapandemie communiceerden deskundigen, inclusief deskundigen van het RIVM en het OMT, met de samenleving over de (beperkte) risico's die het virus voor Nederland zou kunnen betekenen. Zij deden uitspraken over de besmettelijkheid en overdraagbaarheid van het virus die gebaseerd waren op eerdere uitbraken van andere virussen. De onbekendheid met de eigenschappen van het nieuwe virus en dus de onzekerheid over het mogelijke verloop van de uitbraak, kreeg veel minder accent in de advisering en publieke communicatie. Mogelijk voorkwam dit onrust, maar door geen voorbehoud te maken dat het virus zich mogelijk anders zou gedragen dan verwacht, bleef de gevoelde urgentie bij beleidsmakers en het brede publiek in de eerste maanden van 2020 laag.

Door vooral sterk te leunen op *wel* beschikbare data gingen deze data een dominante rol spelen, waardoor andere – niet kwantificeerbare - informatie in eerste instantie niet werd betrokken in de advisering en besluitvorming. Zo kwamen signalen met betrekking tot oplopende besmettingen en sterfgevallen onder bewoners van verpleeghuizen in het vroege voorjaar van 2020 niet goed over het voetlicht bij adviseurs en besluitvormers. 'Harde' cijfers hierover ontbraken, mede doordat er nauwelijks werd getest in de verpleeghuizen en sterfgevallen alleen werden meegenomen in de coronacijfers als de overledene positief was getest op corona. De focus in de aanpak van de pandemie lag volledig op de maximale capaciteit van ic-afdelingen. Pas toen de verpleeghuizen hun besmettingen en sterfgevallen kwantitatief in beeld gingen brengen, drong de urgentie van de hoge mate van besmetting in die sector echt door tot de adviseurs en besluitvormers.

Een andere wijze waarop betrokken partijen naar onzekerheidsreductie zochten, was door het in gang zetten van onderzoek om besluiten te onderbouwen en legitimeren.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Door gericht op zoek te gaan naar cijfers en wetenschappelijke onderbouwing voor te geven adviezen en te nemen besluiten werd onzekerheid op dat specifieke gebied gereduceerd. Hierin schuilt echter ook een risico. De specifieke data uit de onderzoeken, die ook beperkingen kennen, kregen dermate veel gewicht dat andere relevante informatie buiten beeld raakte. Hierdoor ontstond het risico van tunnelvisie, waarbij selectief gebruik wordt gemaakt van de beschikbare data. Vanaf maart 2020 kwamen bijvoorbeeld signalen uit het buitenland dat ouderen atypische en asymptomatische kenmerken vertoonden bij een COVID-19 besmetting. Deze werden gedurende het voorjaar gevolgd door vergelijkbare signalen uit de Nederlandse praktijk. Deze signalen vormden echter geen aanleiding om de casusdefinitie en het verstrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen voor verpleeghuizen aan te passen. Pas na aanvullend onderzoek adviseerde het OMT in augustus 2020 ook bij verpleeghuizen het preventieve gebruik van beschermingsmiddelen.

Toen de coronacrisis zich ontwikkelde van een infectieziekte-uitbraak tot een maatschappelijke crisis, werd de roep om meer aandacht te schenken aan de maatschappelijke effecten groter. Het bleek echter niet eenvoudig om effecten als de eenzaamheid onder ouderen, toenemende maatschappelijke onrust of zorgen over het welzijn van jongeren inzichtelijk te maken, laat staan te kwantificeren. Het vergaren van signalen op sociaal-maatschappelijk terrein en op het vlak van ethiek en welzijn ten behoeve van de besluitvorming gebeurde niet structureel en was geen onderdeel van de formele crisisstructuur. Ook werden de wel beschikbare kwalitatieve data en signalen niet structureel van een duiding voorzien in relatie tot de kwantitatieve data van de infectieziektebestrijding. Hierdoor kreeg, ondanks alle adviezen en signalen over de effecten van de maatregelen van partijen buiten de crisisstructuur, de kwalitatieve informatie geen gelijkwaardige positie ten opzichte van kwantitatieve informatie. De kwantitatieve data over besmettingen, ic-bezetting en R-waardes bleef daarmee de dominante factor in de advisering en besluitvorming.

De coronacrisis bleek te groot en te complex om een belangrijk deel van de onzekerheden weg te nemen door het verzamelen van informatie en het uitvoeren van nader onderzoek. Dit vraagt om een andere manier van omgaan met deze onvermijdelijke onzekerheid bij een crisis van deze omvang. Enerzijds moeten adviseurs en besluitvormers zich ervan bewust zijn dat zij bij het gebruik van data als sturingsinformatie rekening houden met de beperkingen daarvan. Het gaat hierbij onder andere om het feit dat beschikbare data achterlopen bij de feitelijke situatie, dat data een beperkte voorspellende waarde hebben en dat zij beperkingen hebben in validiteit en compleetheid. Bovendien is het van belang dat adviseurs en besluitvormers in hun adviezen en besluiten helder zijn over de zekerheden en onzekerheden die een rol hebben gespeeld bij de advisering en besluitvorming.

Anderzijds moeten de adviseurs en besluitvormers oog blijven houden voor scenario's die niet direct worden ondersteund door de beschikbare data, maar desondanks wel realistisch kunnen zijn. Door vooral te sturen op vastgestelde data als basis voor de advisering en besluitvorming, ontstaat een (te) beperkt beeld van de werkelijkheid en een onterecht gevoel van zekerheid. Door ook andere – kwalitatieve – informatie gelijkwaardig te positioneren ten opzichte van kwantitatieve informatie en dat te duiden ontstaat een meervoudigheid aan inzichten en bronnen. Die meervoudigheid draagt

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

vervolgens bij aan een completer beeld van de situatie en van de kansen en risico's die bepaalde ingrepen met zich meebrengen. Door ook expliciet oog te houden voor factoren en scenario's die op basis van de data niet direct te verwachten zijn, kan eerder en flexibel worden ingegrepen, wanneer deze situatie zich onverhoopt toch voordoet.

8.4 Behoud van draagvlak in een langdurige crisis

In een langdurige crisis waarin de bevolking bijdraagt aan het onder controle krijgen van de situatie, valt of staat het succes van de aanpak met het draagvlak onder de bevolking. Bij de coronacrisis was vooral het draagvlak voor de gedragsmaatregelen van belang. Naleving hiervan was immers de belangrijkste succesfactor voor het terugdringen van het aantal besmettingen. Het creëren van publiek draagvlak voor het overheidsbeleid is in de periode tot september 2020 in belangrijke mate gelukt; veel mensen begrepen en accepteerden de maatregelen en probeerden deze ook na te leven. Toch is het de overheid na de eerste maanden van de coronacrisis niet gelukt om het grote draagvlak voor de maatregelen vast te houden. Onder de bevolking was het draagvlak voor de maatregelen in maart en april 2020 vrij stabiel en vond ongeveer 70% van de mensen dat de overheid de juiste maatregelen trof. Geleidelijk daalde dit percentage tot ongeveer 50% in augustus. Mensen begonnen de maatregelen als beklemmend te ervaren en stelden in die periode het overheidsbeleid in toenemende mate ter discussie.

Een deel van de verklaring voor het afnemende draagvlak is te herleiden tot het optreden van de overheid zelf. Zo wezen de minister-president en de minister van VWS in de persconferenties in maart en april regelmatig op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Dat kan averechts werken, omdat daarmee niet alleen een appel gedaan werd op ieders eigen betrokkenheid, maar mensen dit ook konden interpreteren als ruimte om zelf het nut en de noodzaak van maatregelen af te wegen en desgewenst van maatregelen af te wijken. Ook het niet kunnen waarmaken van te stellige beloften en verwachtingen gebaseerd op onzekere aannames, droeg bij aan de erosie van het maatschappelijk draagvlak.

Vanwege het grote belang van publiek draagvlak voor het overheidsbeleid tijdens een langdurige crisis met grote impact op de bevolking, wordt hier stilgestaan bij wat er nodig is om draagvlak onder de bevolking te creëren, te behouden en – indien nodig – te versterken. Dit gaat verder dan het op de juiste manier inrichten van publiekscampagnes om de bevolking tot het juiste gedrag te bewegen. Het creëren, behouden en versterken van draagvlak wordt ook beïnvloed door de uitvoerbaarheid van besluiten, het benutten van deskundigheid en de sentimenten die in de maatschappij leven. Deze drie aspecten worden hieronder verder uitgewerkt. Hierbij wordt opgemerkt dat de aspecten niet helemaal scherp af te bakenen zijn. Zo kunnen ervaringen van bij de uitvoering betrokken partijen tevens onderdeel zijn van de deskundigheid om de crisis te bestrijden, maar vormen zij ook onderdeel van wat er in de maatschappij leeft.

Uitvoerbaarheid van de genomen besluiten
Voor het creëren, opbouwen en – indien nodig – versterken van het draagvlak, is het van belang dat de overheid zicht heeft op de uitvoerbaarheid van de genomen besluiten. Uitvoerbaarheid heeft daarbij zowel betrekking op de implementatie van besluiten, als

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

op de ervaren inconsistentie van maatregelen en op de mate waarin mensen moeite hebben de maatregelen daadwerkelijk na te leven.

Met betrekking tot de implementatie van besluiten bleek het vertrouwen van de bevolking in de crisisaanpak te dalen wanneer de aansluiting tussen beleid en uitvoering haperde en als door de overheid geuite beloftes en verwachtingen in de praktijk niet haalbaar bleken. Voorbeelden hiervan zijn de eerder in dit rapport beschreven situaties waarin de overheid op de lange termijn bijdroeg aan de erosie van het maatschappelijk draagvlak, doordat zij stellige beloften en verwachtingen niet altijd konden waarmaken.

Ook de door burgers ervaren inconsistenties in het beleid of het gevoel dat de overheid met twee maten mat, zette het draagvlak onder druk. Een voorbeeld hiervan is dat zorgmedewerkers in de thuiszorg en verpleeghuizen, die volgens de voorschriften van het RIVM in geval van noodzaak mochten doorwerken bij lichte klachten, in de praktijk vanwege de zorgcontinuïteit geacht werden naar hun werk te komen. Dit stond haaks op de maatschappelijke norm om thuis te blijven bij klachten. Door dergelijke inconsistenties maakten medewerkers zich zorgen over zowel hun eigen gezondheid, als die van de bewoners aan wie zij zorg leverden en hun families. Andere voorbeelden van ervaren inconsistenties zijn de oproep vanuit de overheid om thuis te werken terwijl bewindslieden dat zelf lang niet altijd deden, en het juridische onderscheid tussen groepsvorming en samenscholing, waardoor in de maatschappij onduidelijkheid ontstond of groepen van meer dan drie personen in de openbare ruimte nu wel of niet waren toegestaan.

Tot slot daalt het draagvlak in de samenleving voor het overheidsbeleid als (in principe welwillende) burgers of professionals problemen ervaren in het toepassen van de maatregelen binnen hun specifieke private en professionele context. Zo ervoeren zorgverleners in ziekenhuizen en verpleeghuizen problemen met het toepassen van persoonlijke beschermingsmiddelen, was er sprake van toenemende eenzaamheid onder ouderen en jongeren, konden in verpleeghuizen velen niet goed afscheid nemen van hun dierbaren en stierven er mensen in eenzaamheid.

Bovenstaande voorbeelden laten zien dat in een langdurige crisis de aansluiting tussen beleid en uitvoering grote uitdagingen kent, beloftes en verwachtingen niet altijd haalbaar blijken, en maatregelen in sommige gevallen inconsistent zijn of als zodanig ervaren worden. Dit ondermijnt het vertrouwen van de bevolking en van professionals op het uitvoerende niveau in de crisisaanpak, waardoor ook de naleving van maatregelen, als belangrijkste onderdeel van de uitvoering in deze crisis, onder druk komt te staan. Zoals eerder uiteengezet, vormt de uitvoerbaarheid van besluiten geen onderdeel van de advisering van de besluitvormers in de nationale crisisstructuur. Om vroegtijdig zicht te krijgen op de uitvoerbaarheid van besluiten is het van belang besluiten vroegtijdig te toetsen op uitvoerbaarheid. Daarbij moeten de verschillende groepen die de besluiten uitvoeren, naleven of handhaven, gehoord worden en een stem hebben in daarvoor geëigende overlegstructuren.

Benutten van deskundigheid
Voor het creëren, opbouwen en – indien nodig – versterken van het draagvlak, is het daarnaast van belang op welke wijze de beschikbare kennis geduid wordt en een plaats krijgt in de crisiscommunicatie. Kennis omvat daarbij zowel kennis van alle relevante

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

aspecten die de crisis veroorzaken, als van de manier waarop de crisis het best bestreden kan worden en de effecten en impact van de maatregelen op de samenleving.

Wetenschappelijke kennis die via het OMT op de tafel van de besluitvormers kwam richtte zich op de 'harde' data van het RIVM, zoals besmettingscijfers, ziekenhuisopnames en leeftijdsgroepen. Meer 'zachte' data – zoals aangeleverd door kennisinstituten en planbureaus als de SER, het CPB, het SCP, de WRR, RVS, de Onderwijsraad en de Gedragsunit werden wel besproken maar minder meegenomen in de besluitvorming. Hierdoor werden de gevolgen van de maatregelen op de samenleving ondergeschikt aan het onder controle krijgen van het virus. Ook tijdens de persconferentie van 24 juni 2020 geeft de minister van VWS aan dat hij zich laat leiden door de signalen van het dashboard, die dagelijks in het signaleringsoverleg Infectieziekten van het RIVM worden besproken.[665] Mede daardoor had de overheid geen passend antwoord op het toenemend ongenoegen over maatschappelijke thema's als oplopende leerachterstanden, toenemende eenzaamheid, knellende grondrechten, uitgestelde zorg en afgenomen kwaliteit van leven in zorgcentra, dat het draagvlak langzaam maar zeker deed afnemen. Ook kregen deskundige ad hoc organisaties die vanuit de samenleving oplossingen aandroegen, zoals het Red Team en anderen, nauwelijks toegang tot de crisisorganisatie. Wel werden veel van dergelijke oplossingen gedeeld in het brede maatschappelijke debat. Een samenhangend plan, waarin de Rijksoverheid op basis van een brede inventarisatie van deskundigen de lijnen uitzette om met Veiligheidsregio's en gemeenten het gesprek aan te gaan over de maatschappelijke zorgen die voortkwamen uit de eerste fase van de coronacrisis, ontbrak.

De kennis die wetenschappers in het maatschappelijk debat deelden, had een belangrijke functie om draagvlak voor de maatregelen op te bouwen en te bestendigen. De wijze waarop die kennis werd ingebracht deed echter soms ook afbreuk aan het draagvlak. Zo droegen diverse aan het OMT verbonden experts, maar ook gedragsdeskundigen en wetenschappers uit andere disciplines, bij aan het draagvlak doordat zij de wetenschap over het coronavirus via interviews, praatprogramma's, podcasts en andere uitingen, toegankelijk maakten voor een breed publiek. Tegelijkertijd zorgden de uitspraken van wetenschappers die als adviseurs betrokken waren bij de corona-aanpak voor publieke verwarring, wat bijdroeg aan de afname van publieke vertrouwen en draagvlak. Zo liepen het hoofd van het LCPS en de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care eind april 2020 vooruit op de besluitvorming in het MCCb door over mogelijke versoepelingen te spreken, iets wat tijdens crises ongebruikelijk is voor adviseurs. Een complicerende factor bij deze publieke optredens was dat het voor buitenstaanders niet altijd helder was of deze experts in talkshows aanschoven als lid van het OMT, als onafhankelijk adviseur met een specifieke expertise, of als vertegenwoordiger van hun eigen branche of beroepsvereniging. Dat de voorzitter van het OMT benadrukte dat het politieke keuzes waren om mondkapjes in het openbaar vervoer (mei 2020) en in de publieke ruimte (augustus 2020) te verplichten, terwijl hij zelf openlijk twijfelde aan het nut ervan, hielp evenmin om draagvlak voor de afgekondigde maatregelen te behouden.

665 Persconferentie minister-president en minister VWS, 24 juni 2020, https://www.rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2020/06/24/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-na-afloop-van-crisisberaad-kabinet-24-6-2020

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Door deze uitspraken werd het beleid van de overheid ondermijnd door adviseurs van diezelfde overheid.

De crisis laat zien dat, ondanks alle inspanningen, er niet optimaal gebruik is gemaakt van de beschikbare kennis en dat de communicatie over de beschikbare kennis te wensen overliet. Voor een optimale benutting van deskundigheid is van belang dat de overheid de verschillende kennispartijen vroegtijdig, systematisch en transparant een plek geeft in daarvoor geschikte overlegstructuren. Het doel hiervan is enerzijds om relevante adviezen optimaal te kunnen benutten in de besluitvorming, en anderzijds tegenover de samenleving te kunnen verantwoorden dat er breed advies ingewonnen is, dat de verschillende argumenten gewogen zijn, en dat het belangrijk is het gesprek hierover breed te blijven voeren. Daarmee draagt het benutten van deskundigheid zowel bij aan een adequate aanpak van de crisis, als aan het opbouwen, behouden en versterken van draagvlak voor de maatregelen.

Zicht op wat er in de maatschappij leeft
Om het draagvlak op te bouwen, te behouden en – indien nodig – te versterken, is het tot slot van belang dat de overheid een actueel beeld heeft van wat er in de maatschappij leeft. Zo is het belangrijk te kunnen anticiperen op wat er op de langere termijn met het draagvlak gebeurt wanneer mensen hun betrokkenheid bij de crisis beginnen te verliezen en er 'crisis-moeheid' rondom de maatregelen dreigt. Deels anticipeerde de Rijksoverheid hierop door tijdens de coronacrisis het sentiment in de samenleving voortdurend te monitoren en de opgehaalde informatie steeds als vertrekpunt te gebruiken bij belangrijke overleggen, zoals het IAO, het Catshuisoverleg, het ICCb en het MCCb. De manier waarop de overheid de informatie benutte gaf echter een beperkt zicht op de situatie, doordat informatie vooral werd gebruikt als 'foto van de dag' en niet systematisch werd benut om de besluitvorming te ondersteunen bij het anticiperen op de behoeften van de samenleving op de langere termijn.

De crisis en de maatregelen om de crisis te beteugelen hadden grote gevolgen voor veel sectoren. Een voorbeeld hiervan is de horeca, die vanaf 15 maart 2020 hard werd geraakt. De belangen waren groot. Nadat Koninklijke Horeca Nederland op 15 mei (opnieuw) de noodklok luidde over de enorme omzetverliezen en op 19 juni alle gesprekken met het kabinet opschortte, startte de organisatie op 16 juli een kort geding tegen de Staat om versoepelingen af te dwingen. Ook het zorgpersoneel werd hard geraakt door de crisis. Omdat de zorg in toenemende mate te maken kreeg met hoge werkdruk, onveilige werksituaties en personeelsuitstroom, kwamen zorgverleners begin september in actie voor betere arbeidsvoorwaarden, lagere werkdruk en meer autonomie. Ook andere sectoren, zoals de kappers, sportbonden, culturele instellingen en sekswerkers, werden geraakt en kwamen op voor hun belangen.

De verschillende sectoren waren niet in alle gevallen en in dezelfde mate vertegenwoordigd in overlegstructuren of in staat zich via de media te organiseren. Het gevolg was dat sommige groepen hun belangen beter konden behartigen dan andere. Een voorbeeld hiervan is dat vertegenwoordigers vanuit de verpleeghuissector zich lange tijd niet of in beperkte mate gehoord voelden met betrekking tot een betere verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen tussen de acute zorg en de langdurige zorgsector. Ook andere groepen, zoals kinderen en jongeren, verpleegkundigen, artsen

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

die kanttekeningen plaatsten bij het coronabeleid en individuen die opkwamen voor hun persoonlijke of economische vrijheden, voelden zich niet of in beperkte mate gehoord en lieten zich daarom in de media horen. Daardoor ontstond een dynamiek waarin betrokken partijen hun belangen buiten de overlegstructuren om behartigden, waarin sommige partijen meer dan andere gehoord werden.

Om zicht te krijgen op wat er in de maatschappij leeft, is het nodig dat de overheid de maatschappelijke dynamiek tijdens een langdurige crisis onderkent en in kaart brengt. Dan kan duidelijk worden welke belangen er voor de verschillende betrokken partijen op het spel staan en hoe de verschillende belangen, na beoordeling en weging, zo goed mogelijk een plaats kunnen krijgen in het beleid. Dat vraagt om het bijhouden van ontwikkelingen in het maatschappelijke debat, het blootleggen van patronen hierin en het verwerken van deze patronen in de crisisaanpak en de crisiscommunicatie. Deze werkwijze draagt bij aan het democratisch proces en is tevens een signaal naar het publiek dat de overheid burgers niet alleen wil informeren, overtuigen en activeren zich aan de maatregelen te houden, maar ook aandacht heeft voor de impact hiervan op hun persoonlijke en professionele leven.

Informeren én betrekken
Het creëren, behouden en – indien nodig – versterken van draagvlak in een langdurige crisis ontstaat niet alleen vanuit het informeren, overtuigen en activeren van de burger, maar ook vanuit betrokkenheid met hen die geraakt worden door de crisis en de maatregelen om die te bestrijden. Daarom is het nodig dat de overheid bij een crisis vroegtijdig zicht krijgt op de uitvoerbaarheid van de genomen besluiten, optimaal gebruik maakt van een brede deskundigheid, en zoveel mogelijk zicht heeft op wat er in de maatschappij leeft. Hoewel de overheid op deze aspecten initiatieven ontplooit heeft, laat dit onderzoek zien dat er meer aandacht nodig was voor de uitvoerbaarheid van besluiten, het benutten van kennis en het zicht op wat er in de maatschappij leeft. Om dit te bereiken is het nodig dat bij alle betrokken partijen – variërend van koepelorganisaties, uitvoeringsorganisaties en planbureaus, tot burgers, professionals, experts en afgevaardigden van specifieke doelgroepen – in een vroeg stadium van een crisis gehoord en betrokken worden, waardoor hun inzichten beter meegewogen kunnen worden bij de besluitvorming en de gekozen crisisaanpak op adequate wijze verantwoord kan worden in de crisiscommunicatie.

8.5 Tot slot

De coronapandemie was – en is – voor Nederlandse begrippen een crisis van ongekende omvang. De enorme inzet van velen, die voor medewerkers in het hart van de crisisorganisatie tot op de dag van vandaag voortduurt, heeft niet kunnen voorkomen dat de crisis eenieder heeft geraakt. Mensen werden niet alleen getroffen door het virus zelf, maar ook door de ingezette maatregelen.

Het is een illusie om te denken dat vooraf bedachte structuren en werkwijzen volledig aansluiten bij de behoeften die ontstaan in de aanpak van een langdurige crisis met landelijke impact. Dit vraagt om een planmatige aanpak die start in de voorbereiding, bijvoorbeeld door betrokken partijen al in de voorbereiding te trainen op improviseren

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

en het planmatig doorvoeren van veranderingen in crisissituaties. Hiermee wordt adaptief vermogen gecreëerd, wat ervoor moet zorgen dat in een crisis aanpassingen aan de crisisorganisatie op een weloverwogen en gestructureerde manier kan plaatsvinden en niet aan het toeval hoeft te worden overgelaten.

Adaptief vermogen houdt ook in dat betrokkenen in de fase waarin losse signalen mogelijk tot een crisis gaan leiden, deze signalen goed oppikken en duiden, waarbij een continue reflectie plaatsvindt of de feiten en signalen moeten leiden tot een aanpassing van de bedachte aanpak. Juist in de fase waarin nog onzeker is welke kant het zal opgaan, is het van belang op basis van scenario's vooruit te denken en daar doordacht de structuur op in te richten. Daarmee wordt voorkomen dat betrokken partijen achter de feiten aanlopen.

Ook wanneer de crisis in volle gang is, is het van belang dat betrokkenen in de crisisorganisatie hun werkwijze en de gebruikte structuren regelmatig tegen het licht houden om te beoordelen of deze nog passend zijn en waar aanpassingen nodig zijn. Aanpassingen die tijdens de onderzochte periode zijn gedaan aan de structuur voorzagen ieder voor zich weliswaar in een specifieke behoefte, maar doordat aanpassingen onvoldoende doordacht waren en er niet op werd gereflecteerd, kwamen de gevolgen van de aanpassingen niet goed in beeld. Dit had gevolgen voor de *checks and balances*. Er ontstond onevenwichtigheid in de besluitvorming en vermindering van transparantie. Dit werkte tevens door in het draagvlak in de samenleving.

Niet alleen reflectie op de crisisstructuur is van belang. Het is, zeker in crises met onzekerheden op veel vlakken, ook van belang dat besluitvormers reflecteren op de sturingsinformatie waarop zij hun besluiten baseren, en dat zij tevens de gehanteerde strategie regelmatig tegen het licht houden. Waar het in het begin van de coronacrisis te verklaren was dat de beschikbare medische data leidend waren, was dit minder navolgbaar in de periode daarna, toen de crisis zich ontwikkelde van een infectieziektecrisis naar een bredere maatschappelijke crisis. In het vasthouden aan bepaalde sturingsinformatie afkomstig van een selecte groep adviseurs schuilt het risico van tunnelvisie dat het zicht op de brede maatschappelijke impact en op de gevolgen voor kwetsbare groepen vertroebelt. Een reflectie waarin ter sprake komt of de vergaarde sturingsinformatie bijdraagt aan een brede scope en bruikbaar is om de aanpak van de crisis op te baseren, kan dit ondervangen. Als het beleid in de crisis is gebaseerd op een beperkte set aan variabelen, schuilt het gevaar dat het draagvlak voor maatregelen afkalft. Mensen herkennen zich niet of niet langer in de aanpak van de crisis en voelen zich onvoldoende gehoord als de maatschappelijke effecten van maatregelen een lagere prioriteit krijgen.

In een langdurige landelijke crisis is één ding zeker: zelfs met een goede voorbereiding zullen crisisbestrijders voor verrassingen komen te staan. Dit maakt het van cruciaal belang dat in voorbereiding op een crisis, in de fase in aanloop naar de crisis en tijdens de crisis zelf reflectieruimte wordt ingebouwd. Waar behoefte ontstaat om structuren of werkwijzen aan te passen, is het van belang dat deze goed doordacht en expliciet gemaakt worden, waarbij ook eventueel ongemak wordt benoemd dat wijzigingen met zich meebrengen. De reflectie moet zich in elk geval richten op de vraag of de bestaande structuur effectief is en waar deze moet worden aangepast, op de vraag welke

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

sturingsinformatie en strategie gebruikt moeten worden om besluiten op te baseren, en op het vraagstuk of iedereen die het aangaat goed bereikt wordt. Zonder dergelijke reflectiemomenten komt het adaptief vermogen dat in elke crisis van deze omvang noodzakelijk is, onvoldoende uit de verf. Daardoor ontstaan knelpunten die de effectieve aanpak van de crisis verminderen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I
De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1
Stelselbeschrijving in het kort
2
Reconstructie tot september 2020
Sectie II
Analyse van de crisisaanpak
3
De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4
De crisisorganisatie
5
De besluitvorming
6
De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7
De verpleeghuizen
Sectie III
Synthese en conclusies
8
Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9
Conclusies
10
Aanbevelingen
Bijlagen

9 CONCLUSIES

Dit hoofdstuk bevat de conclusies die volgen uit het onderzoek naar de aanpak van de coronacrisis in de periode tot september 2020. Het is van belang om te kijken naar leerpunten om toekomstige pandemieën, en andere langdurige crises met brede (inter) nationale impact, beter het hoofd te kunnen bieden. Dit wordt in hoofdstuk 10 vertaald in aanbevelingen.

Voorbereiding op een pandemie
De partijen die het meest betrokken waren bij infectieziektebestrijding in Nederland waren voorbereid op kleinschalige en begrensde infectieziekte-uitbraken met (enkel) gevolgen voor de gezondheidszorg. Er bestonden wel scenario's die voorsorteerden op de komst van een maatschappij-ontwrichtende pandemie, maar de voorbereiding om een infectieziekte-uitbraak te bestrijden was niet gericht op een langdurige crisis met brede landelijke gevolgen. Dit is mede verklaarbaar doordat betrokken partijen recente ervaringen met infectieziektecrises als referentie gebruikten. Bovendien fluctueerde de prioriteit voor infectieziektebestrijding op de bestuurlijke en politieke agenda door de jaren heen. Voor de aanpak van de coronacrisis betekende dit dat de betrokken partijen moesten improviseren bij het opschalen in middelen en capaciteit. VWS heeft een centrale rol in deze crisisbestrijding. Hoe de leidinggevende rol van de minister van VWS bij de bestrijding in de praktijk vorm krijgt, is niet expliciet uitgewerkt in de hand- en draaiboeken. Ook is deze rol niet aan bod gekomen in oefeningen.

Improvisatie- en aanpassingsvermogen
Veel partijen lieten in de crisisaanpak een groot improvisatie- en aanpassingsvermogen zien. Deze enorme inzet van betrokkenen was onmisbaar en was cruciaal om de coronacrisis het hoofd te kunnen bieden. Het resulteerde in de oprichting vancoördinatiestructuren als het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding, Landelijk Consortium Hulpmiddelen en Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit.

Omgaan met onzekerheden
In deze crisis was sprake van veel onzekerheden, bijvoorbeeld over de ontwikkeling van het virus en het effect van de maatregelen. Ook in de wetenschap bestonden verschillen van inzicht en spraken studies elkaar soms tegen. Adviseurs en besluitvormers hebben in deze crisis op verschillende manieren geprobeerd om onzekerheden zoveel mogelijk te reduceren. Bij het gebruik van de wel beschikbare data werd onvoldoende inzicht gegeven in de beperkingen van deze data, zoals het feit dat data achterlopen op de feitelijke situatie, een beperkte voorspellende waarde hebben en/of beperkingen hebben in validiteit en compleetheid. In de RIVM-modellen die ten grondslag lagen aan de OMT-adviezen werd rekening gehouden met een onzekerheidsmarge. In de besluitvorming werd primair geacteerd op de OMT-adviezen zelf. De adviezen werden met meer zekerheid en stelligheid gegeven dan op basis van de discussie binnen het OMT en op grond van de stand van de wetenschap verwacht mag worden. Daarbij bleven in de adviezen alternatieve scenario's buiten beeld. Hoewel deze vaak wel aan de

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

orde kwamen in de technische briefings van de voorzitter van het OMT, werd in de besluitvorming beperkt geanticipeerd op minder gunstige scenario's.

Realisatie van strategische doelen
De snelle ontwikkeling van de pandemie in een context van onzekerheden zorgde ervoor dat in de beginfase van de coronacrisis de strategie werd gewijzigd van indammen naar mitigeren. Naast deze termen gebruikte het kabinet verschillende andere termen voor de aanpak zoals groepsimmuniteit, maximaal controleren en *flatten the curve*. Feitelijk was de strategie van het kabinet drieledig: zicht op verspreiding, het beheersbaar houden van de belasting van de zorgsector, en het beschermen van de kwetsbaren. De aanpak was in de praktijk vooral gericht op het beheersbaar houden van de belasting van de ziekenhuiszorg.

Zicht op verspreiding virus
De casusdefinitie die de overheid in februari en maart 2020 hanteerde, was te beperkt om inzicht te krijgen in de verspreiding van het virus in Nederland: alleen in zeer specifieke gevallen werden mensen met klachten als potentieel besmet beschouwd. Daarnaast hanteerde Nederland tot juni een restrictief testbeleid, waarin slechts enkele doelgroepen zich konden laten testen. Ook dat heeft het zicht op de verspreiding van het virus beperkt, en had bovendien tot gevolg dat Nederland minder testmateriaal kreeg toebedeeld dan landen met een ruimer testbeleid. Met het oog op de mondiale schaarste aan testmateriaal was grootschalig testen in de eerste maanden van de crisis niet mogelijk. Echter, ook binnen de context van schaarste aan materialen en capaciteit, waren er wel mogelijkheden om meer te kunnen testen. Deze mogelijkheden zijn onbenut gebleven, waardoor werd gestuurd op basis van onvolledige informatie over de verspreiding van het virus.

Bescherming kwetsbaren
Eén van de drie strategische doelstellingen was het beschermen van de kwetsbaren. Hier is zichtbaar invulling aan gegeven voor de kwetsbaren die werden opgenomen in de ziekenhuizen. De bescherming van kwetsbare ouderen binnen verpleeghuizen heeft gedurende de eerste golf weinig aandacht gekregen. Door het restrictieve testbeleid werd het zicht beperkt op het verloop van de besmettingen en de grote aantallen slachtoffers in verpleeghuizen. De verpleeghuissector werd aanvankelijk niet betrokken in de besluitvorming en werd lang achtergesteld bij de verdeling van schaarse middelen.

Bredere maatschappelijke effecten
In de eerste weken van de coronacrisis is de infectieziektebestrijding logischerwijs allesoverheersend geweest in de advisering en besluitvorming. Ook de economische effecten kregen al snel aandacht. De nationale crisisorganisatie stuurde primair op cijfers die voorhanden waren, zoals besmettingscijfers, R-waarde en ic-capaciteit. De perspectieven en belangenvertegenwoordiging van de acute zorg en infectieziektebestrijding bleven gedurende de gehele onderzochte periode dominant ten opzichte van die van de langdurige zorg en de bredere gezondheidsproblematiek. Zachte informatie over maatschappelijke effecten als eenzaamheid, mentale gevolgen en leerachterstanden raakten mede onder tijdsdruk onderbelicht in de advisering en besluitvorming. Dit zorgde ervoor dat de maatschappelijke effecten op de lange termijn beperkt zijn meegewogen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Afstand tussen beleid en uitvoering
Door grote afstand tussen beleid en uitvoering was er op rijksniveau weinig zicht op de uitvoeringspraktijk bij organisaties zoals verpleeghuizen, GGD'en en veiligheidsregio's. Zowel in de advisering, met name van het BAO, IAO en de ICCb, als in de besluitvorming in de MCCb, ontbrak daardoor in veel gevallen het perspectief vanuit de praktijk, waardoor bij het formuleren van maatregelen te weinig rekening werd gehouden met behoeften en haalbaarheid. In de uitvoering leidde dit tot knelpunten, extra druk en onbegrip.

Communicatie en draagvlak
De communicatie met de bevolking was een cruciaal instrument voor de Rijksoverheid in de aanpak van de coronacrisis, omdat van alle Nederlanders werd gevraagd zich te houden aan maatregelen om verspreiding van het virus te voorkomen. De overheid communiceerde vaak en veel richting de bevolking. Hierbij instrueerde de overheid het publiek vooral top-down om de gedragsmaatregelen te volgen en richtte zich daarbij met name op het brede publiek. Deze crisiscommunicatie-aanpak droeg eraan bij dat het draagvlak voor de maatregelen tot mei 2020 hoog was. Het lukte echter niet het hoge draagvlak vast te houden.

Vanaf half mei 2020 werd de maatschappelijke weerstand tegen de corona-aanpak steeds zichtbaarder. De crisiscommunicatie van de Rijksoverheid sloot niet goed aan op het toenemende aantal mensen dat psychisch, sociaal en financieel te lijden had onder de crisis en de gevolgen van de maatregelen. Daarnaast werd het draagvlak beïnvloed door beperkte uitvoerbaarheid van besluiten, het beperkt benutten van brede advisering over maatschappelijke effecten, en het gegeven dat groepen burgers en professionals zich niet gehoord voelden. Ook kwam de communicatie die was gericht op doelgroepen zoals laaggeletterden, mensen met een licht verstandelijke beperking, mensen met een migratie-achtergrond en jongeren, pas vanaf mei 2020 en in beperkte mate op gang.

Aansturing zorgveld tijdens de crisis
De gezondheidszorg in Nederland is decentraal georganiseerd, met een hoge mate van autonomie voor zorginstellingen en zorgprofessionals. In tijden van crisis ontbreekt het aan een formele crisisstructuur met coördinatie- en sturingsmogelijkheden om problemen die instellingen, gezondheidssectoren of regionale samenwerkingsverbanden overstijgen snel en adequaat het hoofd te bieden. Hierdoor moest geïmproviseerd worden om dergelijke problemen, zoals de evenredige verspreiding van patiënten over ziekenhuizen en de schaarste aan hulpmiddelen het hoofd te bieden. Omdat het ministerie van VWS zelf niet over de benodigde kennis en expertise beschikte, was het voor een effectieve aanpak sterk afhankelijk van het zorgveld.

Nationale crisisstructuur
Bij het activeren van de nationale crisisstructuur vond geen expliciete overdracht plaats van de leidende rol van de minister van VWS naar de Ministeriële Commissie Crisisbesluitvorming. In de praktijk hield de minister van VWS een centrale rol in de crisisbestrijding en werd niet gemarkeerd dat een bredere blik op een integrale aanpak van de crisis nodig was. Door de lange duur en de omvang van de crisis zijn begrijpelijkerwijs aanpassingen gedaan in de crisisstructuur. Echter, hierdoor ontstond steeds meer een parallelle structuur naast de formele crisisstructuur. Daarin waren *checks*

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

and balances minder geborgd, bijvoorbeeld doordat de inhoudelijke afweging en besluiten vooral plaatsvonden in het Catshuis- en Torentjesoverleg in plaats van in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing. Daarnaast raakten rollen van betrokken partijen vermengd, zoals tussen het OMT en het BAO. Doordat de voorzitter van het OMT, verantwoordelijk voor epidemiologische advisering, in vrijwel alle crisisteams aanwezig was, bleef het perspectief van infectieziektebestrijding dominant. De dominantie van dit perspectief maakte het moelijker voor adviseurs en besluitvormers om breder te kijken dan het thema infectieziekten. De aanpassingen in de crisisstructuur hadden tot slot ook tot gevolg dat er geen eenduidig beeld bij de betrokken partijen bestond ten aanzien van de besluitvorming in de crisisorganisatie.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

10 AANBEVELINGEN

De Onderzoeksraad voor Veiligheid onderzocht in dit eerste deelrapport op welke wijze in Nederland is omgegaan met de coronacrisis tot september 2020. De crisis begon als een gezondheidscrisis. Deze breidde zich binnen enkele weken uit tot een crisis van ongekende omvang met brede maatschappelijke impact. De Onderzoeksraad wilde weten: waarom is het gegaan zoals het is gegaan en wat valt daarvan te leren?

Het doen van aanbevelingen vereist op dit moment enige terughoudendheid, omdat de coronacrisis nog gaande is en vervolgonderzoek nog loopt. Toch geeft de Onderzoeksraad op basis van dit deelrapport al aanbevelingen, zodat de aanpak van de huidige coronacrisis en toekomstige langdurige crises met landelijke impact verbeterd kan worden. Gegeven zijn verantwoordelijkheid voor de aanpak van dergelijke crises, richt de Onderzoeksraad al zijn aanbevelingen aan het kabinet.

Langdurige crises met een onzeker verloop: voorbereiden en aanpassen
Onzekerheid is onlosmakelijk verbonden met crises, zeker wanneer zij langdurig en breed zijn. Om beter met onzekerheden in langdurige crises om te kunnen gaan, en de voorbereiding op grootschalige crisisscenario's te versterken, doet de Onderzoeksraad de volgende aanbevelingen:

1. Versterk de voorbereiding op langdurige maatschappij-ontwrichtende crises door scenario's uit te werken met de denkbare consequenties en de wijze waarop deze het hoofd geboden kunnen worden. Besluit vervolgens over de gewenste status van paraatheid en monitor de totstandkoming daarvan.

2. Ontwikkel de vaardigheid om te kunnen improviseren, onder meer door ermee te oefenen in de voorbereiding op een crisis. Vergroot de mogelijkheden om te kunnen improviseren door buffers in capaciteit en variëteit in werkwijzen te organiseren. Markeer, communiceer en reflecteer *tijdens* een crisis regelmatig op tussentijdse aanpassingen in aanpak en organisatie.

3. Blijf tijdens een crisis uiteenlopende scenario's in kaart brengen, ook minder waarschijnlijke met veel impact, en anticipeer daarop. Expliciteer de mate van onzekerheid in geschetste scenario's. Benoem aannames, validiteit of beperkingen van de gebruikte informatie in zowel de adviezen als de besluiten.

4. Borg dat zowel hoogwaardige actuele kwantitatieve data alsook kwalitatieve data en minder zekere informatie in adviezen en besluiten worden betrokken. Zorg daarmee voor een zo goed mogelijk actueel beeld van het verloop van de crisis en inzicht in de uitvoering en effectiviteit van de maatregelen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

5. Identificeer (nieuwe) kwetsbare groepen tijdens crises. Onderken tijdig de specifieke risico's voor deze groepen en handel ernaar. Bewaak structureel of de aanpak voor deze groepen effectief is.

De nationale crisisstructuur

De onzekerheden en – deels onvoorziene – problemen die een langdurige crisis met zich meebrengt, vragen om een crisisorganisatie die daar flexibel op kan inspelen. Om effectief te kunnen sturen dient de crisisorganisatie voor alle partijen helder te blijven. De Onderzoeksraad doet daarom de volgende aanbevelingen:

6. Expliciteer de kabinetsbrede verantwoordelijkheid als een crisis overgaat van een departement naar de nationale crisisstructuur. Formuleer een departement-overstijgende strategie en maak het oplossen van problemen tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

7. Pas de nationale crisisstructuur op de volgende punten aan, zodat deze beter is toegerust op de aanpak van langdurige crises:
   - Waarborg de eenheid van overheidsbeleid door tijdens een landelijke crisis de verbinding met de veiligheidsregio's te leggen en te behouden.
   - Verbeter de uitvoerbaarheid van strategie en besluiten, door een voorafgaande operationele uitvoeringstoets en een voortdurende terugkoppeling van het verloop van de uitvoering.
   - Organiseer parallel en afzonderlijk van elkaar advisering aangaande de acute problematiek en de lange-termijnproblematiek. Borg dat beide typen perspectieven expliciet worden meegewogen in de besluitvorming.

8. Pas de crisisstructuur voor het zorgveld aan, zodat de minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen.

9. Bewaak de rolvastheid en borg de eigenstandige positie van bestuurders als besluitvormers en deskundigen als adviseurs. Heldere scheiding van rollen draagt bij aan het begrip voor en de navolgbaarheid van het overheidsoptreden en versterkt de democratische legitimiteit van besluiten.

Maatschappelijk draagvlak

In een langdurige landelijke crisis is draagvlak voor de crisisaanpak onontbeerlijk. Met de crisiscommunicatie moeten alle relevante doelgroepen bereikt worden en deze communicatie moet effectief inspelen op de zorgen en vragen van burgers. Om de crisiscommunicatie te versterken beveelt de Onderzoeksraad aan:

10. Anticipeer in een langdurige landelijke crisis op een daling van het maatschappelijk draagvlak en richt de communicatiestrategie daarop in. Onderneem daartoe de volgende acties:
    - Voorzie in de informatiebehoefte van alle doelgroepen en benut voor het bereiken van deze groepen ook partijen die dicht bij hen staan;

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

- Bevorder dat overheidspartijen en bewindslieden onzekerheden omtrent de crisis en effectiviteit van maatregelen benoemen met als doel onrealistische verwachtingen te voorkomen;
- Borg de inbreng vanuit sociale en gedragswetenschappen in het crisis- en communicatiebeleid;
- Ga met behulp van lokale partijen stelselmatig in gesprek met burgers om hun zorgen, vragen en behoeften een plek te kunnen geven in het crisis- en communicatiebeleid.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Inhoud

Samenvatting

Beschouwing

Aanbevelingen

Lijst van afkortingen en begrippen

Inleiding

Sectie I
De feiten en gebeurtenissen tot september 2020

1
Stelselbeschrijving in het kort

2
Reconstructie tot september 2020

Sectie II
Analyse van de crisisaanpak

3
De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis

4
De crisisorganisatie

5
De besluitvorming

6
De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid

7
De verpleeghuizen

Sectie III
Synthese en conclusies

8
Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact

9
Conclusies

10
Aanbevelingen

Bijlagen

BIJLAGEN

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie II Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

ONDERZOEKSVERANTWOORDING

A.1 Aanleiding tot het onderzoek

In december 2019 werd het coronavirus dat de ziekte COVID-19 kan veroorzaken voor het eerst vastgesteld in China. Daarna verspreidde het zich in hoog tempo over de rest van de wereld. Op 11 maart 2020 stelde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vast dat er sprake was van een pandemie. Twee weken eerder, op 27 februari 2020, werd in Nederland voor de eerste keer een patiënt positief getest op het virus. In Nederland nam het aantal besmettingen daarna snel toe. In de eerste helft van maart 2020 volgden landelijke maatregelen om verdere verspreiding van het virus te voorkomen elkaar in hoog tempo op. Scholen en horeca moesten hun deuren sluiten, thuiswerken was het devies en anderhalve meter afstand houden werd de norm. De snelheid waarmee het virus zich verspreidde en de dreigende overbelasting van de zorg, met name op de intensive care, maakten deze ingrijpende maatregelen noodzakelijk. Daarnaast was er in de zorg sprake van beperkte testcapaciteit en een tekort aan beschermende middelen. In de tweede helft van april 2020 lag het aantal geregistreerde sterfgevallen als gevolg van de ziekte COVID-19 boven de 4.000 mensen.

De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft de ontwikkelingen rond de opkomst van het coronavirus gevolgd en vanaf het moment dat de eerste besmetting Nederland bereikte werd dossier opgebouwd rond dit thema. Vervolgens werd een afwegingskader[666] opgesteld, waarna de Raad op 5 mei 2020 besloot om onderzoek te doen naar de aanpak van de coronacrisis met als doel lessen te trekken voor de toekomst.[667]

Door de aard, omvang en de impact van de crisis, ontstond behoefte aan een onafhankelijke evaluatie, ook bij de crisisaanpak betrokken partijen. Talloze belanghebbenden zijn daartoe initiatieven gestart, zoals door maatschappelijke en wetenschappelijke instanties, zorginstellingen en anderen. Ook de Rijksoverheid heeft op eigen initiatief lessen geformuleerd.[668] Daarnaast heeft de Tweede Kamer inmiddels besloten tot een parlementaire enquête naar het coronabeleid.[669] De onafhankelijke positie van de Onderzoeksraad en diens ervaring met omvangrijke, complexe

666 Ter voorbereiding op besluitvorming wordt voor ieder onderzoek een afwegingskader opgesteld. Vanuit verschillende invalshoeken wordt hierin gereflecteerd op een eventueel te starten onderzoek (waaronder de relevantie en mogelijke focus van een onderzoek).
667 Dit besluit volgde op het principebesluit van de Raad van 21 april 2020.
668 Kamerbrief VWS, 'Lessons learned Covid-19', 01-09-2020, kenmerk 1736332-209353-PG.
669 Tweede Kamer besloot hiertoe op 4 november 2021.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

evaluaties[670], maken het voor de hand liggend dat de Raad een onafhankelijk onderzoek doet naar de aanpak van de coronacrisis. De meerwaarde zit onder meer in de bescherming die aan betrokkenen wordt geboden, waardoor zij vrijuit kunnen spreken; een belangrijke randvoorwaarde om te kunnen leren van deze crisis. Bevoegdheden van onderzoekers en de waarborgen rond vertrouwelijkheid van alle onderzoeksinformatie zijn in de wet verankerd.[671] In combinatie met de gestructureerde werkwijze van de Raad, stelt dit onderzoekers in staat om nieuwe informatie te ontsluiten en te agenderen. De Onderzoeksraad is in de positie om een integrale analyse te maken van de aanpak, waarbij vanuit verschillende (actor)perspectieven wordt gekeken en met een bepaalde mate van afstand tot het geheel wordt geëvalueerd.

Het kabinet verzocht de Onderzoeksraad per brief van 1 mei 2020 tot onderzoek: *"[…] Mede namens de minister-president wil ik het volgende verzoek bij u neerleggen. Het voltallige kabinet, in het bijzonder de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing, is al geruime tijd intensief betrokken bij de aanpak van het coronavirus. Hoewel vorderingen worden gemaakt is het eind van die crisis nog niet in zicht. Toch lijkt het het kabinet verstandig nu alvast na te denken over de toekomstige afbouw en nazorg van deze crisis. Een vast onderdeel van die fase is een onafhankelijke evaluatie van de crisisaanpak. Gelet op de ongekende omvang en impact van de coronacrisis op onze maatschappij zijn wij van mening dat de Onderzoeksraad bij uitstek de positie heeft om de crisisaanpak van het kabinet in al zijn relevante aspecten te evalueren. […]"*

A.2 Doelstelling en onderzoeksvraag

Op 5 mei 2020 besloot de Onderzoeksraad om onderzoek te doen naar de aanpak van de coronacrisis. In reactie op het verzoek van het kabinet heeft de Onderzoeksraad aangegeven dat het onderzoek onder meer betrekking zou hebben op de voorbereiding op een pandemie, de crisisbeheersing en -organisatie, de getroffen maatregelen en de uitfasering van deze maatregelen. Daarnaast is aangegeven dat ook gekeken zou worden naar de effecten van de coronacrisis op de veiligheid van kwetsbare mensen in de samenleving, bijvoorbeeld door het wegvallen van reguliere zorg of maatschappelijke diensten.[672]

Hoofddoel van het onderzoek is om van de coronacrisis te leren, om daarmee een veiliger samenleving te kunnen creëren. De Onderzoeksraad richt zich op de wijze waarop deze pandemie is aangepakt, en tracht specifiek de lessen te destilleren die voor toekomstige pandemieën relevant zijn, alsmede voor grootschalige crisisbeheersing en -bestrijding (zoals overstromingen, landelijke cyberaanvallen, uitvallen van vitale nutsvoorzieningen, en dergelijken). Ook tracht de Raad met het onderzoek een bijdrage te leveren aan het maatschappelijke debat over de coronacrisis door zo feitelijk mogelijk de crisisaanpak inzichtelijk te maken.

670 Met evaluaties worden hier zowel summatieve als formatieve evaluaties bedoeld. Zie ook: 'Evaluation Theory, Models & Applications' van Stufflebeam & Shinkfield (2007).
671 Rijkswet Ovv.
672 Het besluit tot onderzoek en het bepalen van de focus is de eigenstandige verantwoordelijkheid van de Onderzoeksraad.

De focus van het onderzoek ligt op de risico's voor de volksgezondheid en veiligheid, zowel bij de voorbereiding van een pandemie als bij het beheersen daarvan. De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

Welke lessen kunnen we vanuit het perspectief van volksgezondheid en veiligheid trekken ten aanzien van de wijze waarop de coronacrisis is beheerst door de betrokken partijen in Nederland?

Bij de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag staan drie hoofdvragen centraal:
1. Wat is er gebeurd?
2. Hoe kunnen we begrijpen dat het is gegaan zoals het gegaan is?
3. Wat kunnen we hiervan leren?

A.3 Organisatie van het onderzoek

De pandemie duurt bij het verschijnen van dit rapport inmiddels twee jaar. Naast de lange duur zijn onder andere de onzekerheid en de vele belangen die tegen elkaar afgewogen moeten worden kenmerkend voor deze crisis. De aard, omvang en lengte van de coronacrisis dwingt de Onderzoeksraad keuzes te maken in het onderzoek. Omdat de crisis nog voortduurt, acht de Raad het onmogelijk om alle relevante onderwerpen zowel te onderzoeken binnen één onderzoek, als de resultaten daarvan binnen afzienbare tijd beschikbaar te kunnen stellen. Om het onderzoek naar de coronacrisis beheersbaar te houden, heeft de Raad het onderzoek opgedeeld in deelonderzoeken die na elkaar starten. Ieder deelonderzoek heeft zijn eigen focus en afbakening.

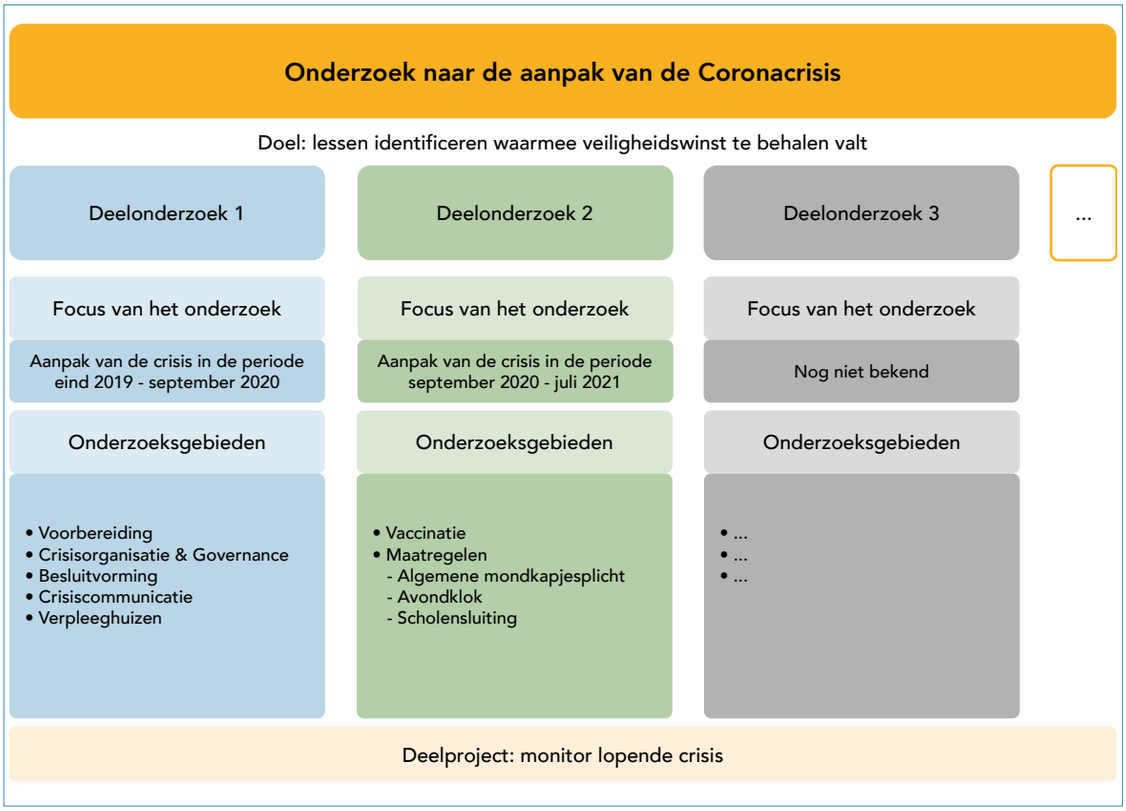
Het voorliggende eerste deelonderzoek heeft betrekking op de aanpak van de crisis vanaf de start van de crisis (inclusief de aanloop) tot september 2020. Daarbij ligt de focus op vijf onderzoeksgebieden: voorbereiding, crisisorganisatie & governance, besluitvorming, crisiscommunicatie, en verpleeghuizen. Het tweede deelonderzoek is inmiddels gestart en heeft betrekking op de aanpak van de crisis in de periode september 2020 tot juli 2021.[673] De focus van het tweede onderzoek ligt op vaccinatie en de maatregelen mondkapjes, avondklok en de tweede scholensluiting.[674] Het derde deelonderzoek wordt momenteel voorbereid, waarvan de afbakening in tijd en de focus nog niet bekend zijn. Zo nodig zullen meer deelonderzoeken gestart worden, waarbij samenhang tussen de deelonderzoeken wordt nagestreefd.

Gedurende de gehele coronacrisis wordt de actualiteit bijgehouden vanuit een deelproject monitor lopende crisis. Op deze wijze kunnen de onderzoeksteams van de deelonderzoeken zich volledig richten op hun onderzoek, zonder mogelijk relevante nieuwe informatie of ontwikkelingen te missen.

673 Datum afhankelijk van onderzoeksbevindingen
674 December 2021

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Onderstaand figuur A.1 geeft de organisatie van het onderzoek schematisch weer.



Figuur A.1: Schematisch overzicht van het onderzoek met deelonderzoeken.

A.4 Focus en onderzoeksvragen van deelonderzoek 1

Deze vijf onderzoeksgebieden zijn zowel in delen (binnen vier deelprojecten) als in zijn totaliteit (met het gehele onderzoeksteam) onderzocht. Voor ieder onderzoeksgebied zijn aanvullende onderzoeksvragen geformuleerd.

Voorbereiding
Binnen dit deelproject is in kaart gebracht wat de uitgangspositie was van de crisisorganisatie in Nederland op het moment kort voor de corona-uitbraak, zowel voor wat betreft de besluitvorming als de operationele uitvoering. Hierbij is ook gekeken naar de voorbereiding van de operationele crisisbestrijding vanaf de meeste recente pandemie in Nederland (Mexicaanse griep, 2009). De ontstaansgeschiedenis van de nationale crisisstructuur was geen onderdeel van dit onderzoek. Ook de internationale voorbereiding op een pandemie was geen onderdeel van dit onderzoek.

Hoofdvragen bij dit deelproject waren:

I. *Op welke wijze waren de betrokken partijen in Nederland voorbereid op het beheersen van een pandemie (eind 2019) en hoe is deze voorbereiding tot stand gekomen?*

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

II. *In hoeverre was Nederland voorbereid op kritische aspecten van de crisisbeheersing zoals die naar voren zijn gekomen in de coronacrisis (COVID19), eerdere uitbraken van infectieziektes en (rampen)oefeningen met grootschalige infectieziekte-uitbraak? En wat maakt het begrijpelijk dat deze kritische aspecten wel of niet zijn meegenomen in de voorbereiding?*

III. *Hoe kan de voorbereiding verbeterd worden voor een eventuele nieuwe crisis als gevolg van een pandemie in Nederland?*

Onderliggende vragen[675] waren onder andere:

- Welke partijen zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van deze voorbereiding?
- Welke partijen zijn betrokken geweest bij deze voorbereiding en wat hebben zij gedaan? Wat maakt dat begrijpelijk?
- Welke crisisplannen waren eind 2019 beschikbaar, en waaraan geven deze plannen invulling?
- Op welke manier en door wie wordt de voorbereiding op een pandemie getraind en geoefend?
- Hoe wordt in deze voorbereiding omgegaan met onzekerheid en onvoorspelbaarheid van een crisis, en op welke wijze is in de voorbereiding geanticipeerd op veerkracht en improvisatievermogen in de crisisaanpak?
- In welke mate is in de voorbereiding rekening gehouden met kritische aspecten die naar voren zijn gekomen in de coronacrisis? Wat maakt dit begrijpelijk?
- Wat waren de adviezen en lessen uit studies, evaluaties na eerdere uitbraken van infectieziektes, en wat is daarmee gebeurd? Wat maakt dat begrijpelijk?
- Wat waren de adviezen en lessen uit (rampen)oefeningen met grootschalige infectieziekte-uitbraak in Nederland, en wat is daarmee gebeurd? Wat maakt dat begrijpelijk?
- Welke aspecten zijn van belang waarmee Nederland in de toekomst ook rekening moet houden in de bestuurlijke en praktische voorbereiding op de crisisaanpak van een toekomstige, ongewisse pandemie?
- Op welke punten heeft de bestaande voorbereiding in positieve zin bijgedragen aan de aanpak van de coronacrisis? En in negatieve zin?
- Hoe kan de organisatiestructuur betrokken bij de voorbereiding en/of het proces van voorbereiding op een pandemie worden verbeterd?

Crisisorganisatie & Governance [676]

Binnen dit deelproject is de inrichting en werking van de nationale crisisstructuur en de organisatie van infectieziektebestrijding op nationaal niveau onderzocht. Er is gekeken naar zowel actoren die een vast onderdeel zijn van de structuur, als nieuwe actoren die tijdens de crisis aan de structuur zijn toegevoegd. De focus binnen dit deelproject lag op de kernspelers. De werking van de crisisstructuur binnen specifieke regio's en de verschillen in de werking van de crisisstructuur tussen regio's zijn niet onderzocht. Het onderzoek heeft zich evenmin gericht op het functioneren van individuele organisaties als GGD'en en veiligheidsregio's. Alleen daar waar het nodig was om het stelsel van infectieziektebestrijding en de besluitvorming daarbinnen te begrijpen, is ingezoomd op

675 Deze vragen zijn richtinggevend geweest en worden niet allemaal beantwoord in het eindrapport.
676 Gezien de raakvlakken tussen en overlap in onderzoeksvragen zijn de onderzoeksgebieden Crisisorganisatie & Governance en Besluitvorming onderzocht binnen één deelproject.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

betrokken afdelingen/overleggen binnen organisaties, bijvoorbeeld bij het ministerie van VWS en het RIVM. De rol van organisaties als de Nederlandse Zorgautoriteit, zorgverzekeraars en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd vielen buiten de scope van dit onderzoek, net als de organisatie en werking van de handhaving van de openbare orde gedurende de coronacrisis door BOA's en politie en/of de naleving van de getroffen coronamaatregelen.

Hoofdvragen bij dit deelproject waren:

I. *Hoe is het stelsel van partijen en de overlegstructuur voor aansturing en uitvoering van de aanpak van de coronacrisis (de bestrijding van het virus evenals het beheersen van de maatschappelijke impact van de crisis) gedurende de crisis ingericht?*
II. *Hoe heeft het crisisstelsel gefunctioneerd in de verschillende fases van de crisis en hoe kunnen we dat begrijpen?*
III. *Welke lessen kunnen we trekken voor de toekomstige beheersing van pandemieën organisatorisch gezien?*

Onderliggende vragen[677] waren onder andere:

- Welke actoren maakten op welk moment van de crisis onderdeel uit van de crisis- en besluitvormingsstructuur en wat zijn hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden?
- Hoe verhouden de partijen in het crisisstelsel zich tot elkaar (wie adviseert, wie coördineert, wie stuurt, wie voert uit)? Is hier gedurende de crisis verandering in gekomen en zo ja wat maakt dit begrijpelijk?
- Hoe is de aansluiting vanuit infectieziektebestrijding op de nationale crisisstructuur georganiseerd?
- Is de crisisstructuur gedurende de crisis aan verandering onderhevig geweest en wat maakt dit begrijpelijk?
- Welke advies- en besluitvormingsorganen spelen een rol in de crisisbesluitvormingsprocessen? Wat zijn bepalende besluitvormende organen (formeel/informeel, zowel op rijksniveau als vanuit andere overheden/organisaties)?
- Hoe waren de Nederlandse advies- en besluitvormingsorganen samengesteld gedurende de crisis (welke (vertegenwoordigers van) partijen waren aangesloten in welke fase, denk aan verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, maar ook aan bijvoorbeeld deskundigen uit niet-zorg gerelateerde sectoren, communicatieprofessionals et cetera)?
- Is de rol van deze organen en de samenstelling daarvan aan verandering onderhevig geweest gedurende de crisis en wat maakt dit begrijpelijk?
- Hoe is de opschaling verlopen en wat maakt dit begrijpelijk?
- Hoe is de samenwerking en afstemming tussen partijen binnen de algemene en functionele kolom gedurende de crisis verlopen? Wie stond met wie in contact, hoe vaak en waarover? Hoe verliep de informatiedeling, afstemming, advisering en besluitvorming in de praktijk?
- Hoe is de samenwerking tussen de functionele kolom (infectieziektebestrijding) en de algemene kolom (nationale crisisstructuur) gedurende de crisis verlopen en wat maakt dit begrijpelijk?

677 Deze vragen zijn richtinggevend geweest en worden niet allemaal beantwoord in het eindrapport.

- In hoeverre hebben de betrokken partijen in het stelsel hun rol ingevuld op de wijze die van tevoren was bedacht? Waaruit blijkt dat? Wat maakt het begrijpelijk?
- Hebben nieuwe instanties die gedurende de crisis zijn ingesteld en toegevoegd aan het stelsel volgens betrokken partijen de beoogde doelstellingen behaald/de beoogde rol vervuld en waaruit blijkt dat?
- Welke bevoegdheden hebben de betrokken partijen gedurende de crisis ingezet en waarvoor?
- Wat is de door betrokken partijen ervaren impact van de duur van de crisissituatie op het bestuur/de aansturing van staande organisaties (zoals de GGD'en, ROAZ, et cetera)? In hoeverre en op welke wijze is in de voorbereiding en gedurende de crisis rekening gehouden met deze impact van een langdurende crisis?

Besluitvorming[678]

Binnen dit deelproject is de nationale crisisbesluitvorming onderzocht: vanaf eind 2019, toen bekend werd dat in Wuhan, China, sprake was van een uitbraak van een nieuwe infectieziekte, tot begin september 2020. Een aantal belangrijke sleutelmomenten vormden daarbij het startpunt. Of de genomen maatregelen, met kennis van toen of nu, de juiste maatregelen waren, was geen onderdeel van het onderzoek. Ook de handhaving van de maatregelen is niet onderzocht. Wel is onderzocht of het beoogde effect van de maatregelen is gemonitord en of deze informatie vervolgens is meegenomen/gewogen in de volgende advies- en besluitvormingsrondes.

Hoofdvragen bij dit deelproject waren:

I. *Hoe is het stelsel van partijen en de overlegstructuur voor aansturing en uitvoering van de aanpak van de coronacrisis (de bestrijding van het virus evenals het beheersen van de maatschappelijke impact van de crisis) gedurende de crisis ingericht?*
II. *Hoe heeft de besluitvorming op nationaal niveau over te treffen maatregelen tijdens de verschillende fases van de coronacrisis plaatsgevonden en welke bestuurlijke dilemma's deden zich daarbij voor?* [679]
III. *Welke lessen kunnen we daaruit trekken voor de besluitvorming ten tijde van (inter)nationale gezondheidscrises en/of andere crises met een landelijke impact?*

Onderliggende vragen[680] waren onder andere:

- Wat was het strategische doel / waren de doelstellingen / was het beoogde effect van het kabinet en zijn deze gaandeweg de crisis aangepast? Zo ja, wanneer en waardoor is dit doel veranderd, en op welke wijze? Waar zijn de doelstellingen/effecten op gebaseerd? (Aannames, kennis over het virus, aanpak andere landen, eerdere ervaringen, et cetera) Hoe zijn deze tot stand gekomen?
- Op welke wijze is bij het bepalen van de doelstelling(en) omgegaan met de onzekerheden ten aanzien van het virus, de verspreiding, het ziektebeeld, et cetera? Met welke uitgangspunten/scenario's is gewerkt, hoe zijn die tot stand gekomen en zijn deze gedurende de crisis bijgesteld en zo ja, op grond waarvan?

678 Gezien de raakvlakken tussen en overlap in onderzoeksvragen zijn de onderzoeksgebieden Crisisorganisatie & Governance en Besluitvorming onderzocht binnen één deelproject.
679 Focus aanbrengen middels selectie van sleutelgebeurtenissen en selectie van thema's.
680 Deze vragen zijn richtinggevend geweest en worden niet allemaal beantwoord in het eindrapport.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

- Hoe wilde men de doelstellingen bereiken (met welke mensen, middelen)? Welke scenario's zijn meegenomen in afwegingen?
- Hoe zijn besluiten tot stand gekomen, waardoor op dat moment, en op grond waarvan (afwegen belangen/waarden)? Wie waren bij die adviezen en besluitvorming betrokken? Welke kennis was op dat moment beschikbaar en is dat meegenomen in de besluitvorming?
- Welke bestuurlijke dilemma's deden zich voor in de crisisbesluitvorming gedurende de crisis (te denken valt bijv. aan maatschappelijke sentiment/draagvlak, juridische grondslag maatregelen, centrale aansturing versus autonomie, centrale aanpak versus differentiatie et cetera)? Hoe is in de besluitvorming daarmee omgegaan? Wat maakt het begrijpelijk dat de besluitvorming op deze wijze tot stand is gekomen en heeft geleid tot de genomen besluiten?
- In hoeverre is het beeld van de gevolgen van de uitbraak van het coronavirus/ gevolgde beleid/effecten van maatregelen in andere landen van invloed geweest in de advisering over maatregelen en Nederlandse besluitvorming daarover (pad-afhankelijkheid)? Op welke wijze? Waaruit blijkt dat? En hoe ging men daarmee om?
- In hoeverre is tijdsdruk van invloed geweest op de advisering en besluitvorming en hoe is daarmee omgegaan/wat was het effect daarvan?
- In hoeverre is het maatschappelijke draagvlak meegenomen in de advisering en besluitvorming?
- In hoeverre zijn de uitvoerbaarheid van de maatregelen en de effecten ervan gemonitord en meegenomen in de volgende rondes van informatieverzameling, advisering en besluitvorming?
- In hoeverre is er sprake van patronen in de organisatie van de crisis en/of de besluitvormingsprocessen? In hoeverre zijn deze factoren van positieve invloed geweest dan wel hebben deze belemmerend gewerkt in de organisatie van de crisisstructuur en het advies- en besluitvormingsproces, waaruit blijkt dat en hoe kan dat worden begrepen?

Crisiscommunicatie

In dit deelproject is de crisiscommunicatie van de Rijksoverheid in kaart gebracht. Er wordt ingegaan op de ontwikkeling van de crisiscommunicatie tijdens de verschillende fasen van de crisis, het benoemen en omgaan met onzekerheden en de effectiviteit van de publieks-, pers- en gedragscommunicatie. De focus lag hierbij op de crisiscommunicatie gericht op en met de Nederlandse bevolking zoals die werd aangestuurd vanuit de landelijke crisisorganisatie. De crisiscommunicatie door veiligheidsregio's en gemeenten valt buiten de scope van dit onderzoek; wel komen de verhouding en de samenwerking tussen het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie en de veiligheidsregio's en gemeenten aan de orde. Of de middels de crisiscommunicatie aangekondigde maatregelen effectief geweest zijn, maakte geen deel uit van het onderzoek. Handhaving van genomen maatregelen, de dreiging van (hoge) boetes, en de rol van (en discussie over) het optreden van de Boa's vormden geen onderdeel van dit onderzoek.

Hoofdvragen bij dit deelproject waren:

I. *Op welke wijze heeft de (crisis)communicatie over de coronacrisis plaatsgevonden in de eerste, urgente fase (maart-juni) van de crisis, de daarop volgende fase toen de maatregelen versoepeld werden, en tot aan het eind van de periode die in het*

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

rapport wordt onderzocht? Hoe reageerden de ontvangende partijen/mensen in de samenleving hierop?

II. *Hoe hebben de overheidsinstanties middels de (crisis)communicatie gericht op de samenleving geprobeerd de effectiviteit van de maatregelen te bevorderen? Wat waren hierbij de dilemma's en hoe is hiermee omgegaan?*

III. *Hoe kan de crisiscommunicatie (op inhoud en proces) verbeterd worden voor een eventuele nieuwe crisis als gevolg van een pandemie in Nederland?*

Onderliggende vragen[681] waren onder andere:

- Hoe is crisiscommunicatie als discipline georganiseerd binnen de crisismanagementstructuur, en waar is mogelijk afgeweken van de reguliere structuur? En waardoor?
- Hoe heeft de communicatie tijdens de verschillende fasen van de coronapandemie in Nederland vorm gekregen? Welke communicatiemiddelen zijn benut? Wat waren uitingen?
- Wat zijn de crisiscommunicatiedoelstellingen (strategie) van de overheidspartijen geweest gedurende de verschillende fases in de crisis? Wat maakt deze doelstellingen begrijpelijk? Hoe kwamen keuzes over de doelstellingen van crisiscommunicatie tot stand? Zijn doelstellingen tussentijds gewijzigd/aangevuld en zo ja, waarvoor?
- Hoe werd de crisiscommunicatie vormgegeven richting doelgroepen die mogelijk (of waarvan bekend is dat ze) moeite hebben om de crisiscommunicatie te begrijpen, of richting mensen voor wie die informatie minder toegankelijk is (zoals mensen met een licht verstandelijke beperking, laaggeletterden en/of niet-Nederlandssprekenden)?
- In hoeverre zijn beoogde communicatiedoelstellingen - om het gedrag van de samenleving in de gewenste richting te bewegen teneinde verspreiding van het virus tegen te gaan - door middel van crisiscommunicatie van de overheid gerealiseerd? Wat maakt dit begrijpelijk?
- Hoe is de overheidscommunicatie omgegaan met de dynamiek in de publieke opinie rond testbeleid, -capaciteit, bron- en contactonderzoek en tegenstrijdige informatie vanuit het buitenland, experts en/of andere onderdelen van de samenleving?
- In hoeverre heeft de governance van crisiscommunicatie als discipline bijgedragen aan of in de weg gestaan bij het behalen van de communicatiedoelstellingen?
- In hoeverre hebben contextuele factoren zoals tijdsdruk, capaciteit, beschikbare expertise, geoefendheid, improvisatievermogen een rol gespeeld in de wijze waarop de crisiscommunicatie heeft plaatsgevonden?
- In hoeverre en door wie werd effectiviteit van de crisiscommunicatie gemonitord en werd tijdens de crisis geleerd?
- Op welke punten heeft de gevoerde crisiscommunicatie in positieve zin bijgedragen aan de aanpak van de coronacrisis? En in negatieve zin?

Verpleeghuizen

Dit deelproject richt zich specifiek op de impact van de coronacrisis binnen verpleeghuizen. Meer dan de helft van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland in de periode tot september 2020 vond plaats in verpleeghuizen. Het deelonderzoek naar verpleeghuizen helpt om zicht te krijgen op de effecten van de crisisaanpak in de praktijk.

681 Deze vragen zijn richtinggevend geweest en worden niet allemaal beantwoord in het eindrapport.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De keuze voor de verpleeghuissector komt voort uit het feit dat hier de meest kwetsbare mensen met de meest complexe zorgvragen samenwonen en zorg ontvangen. De verpleeghuispopulatie, grotendeels bestaande uit ouderen boven de 70 jaar met onderliggende aandoeningen, vormt de voornaamste risicogroep voor de ziekte die het virus veroorzaakt. Het deelproject is ingegaan op onder meer de voorbereiding, de getroffen maatregelen, de beschikbaarheid van capaciteit en middelen, de wijze waarop de sector is aangehaakt op de crisisstructuur en de communicatie over de status van richtlijnen. De te leren lessen zijn mogelijk ook van belang voor andere groepen kwetsbaren, zoals in de thuiszorg, de GGZ of de gehandicaptenzorg. Op welke wijze verpleeghuisbewoners besmet zijn geraakt is niet onderzocht.

Hoofdvragen bij dit deelproject waren:

I. *Wat is de impact geweest van de coronacrisis op de bewoners van verpleeghuizen in Nederland? En op welke wijze zijn verpleeghuizen met de coronacrisis omgegaan?*
II. *Hoe is in de besluitvorming binnen de crisisaanpak (landelijk en in verpleeghuizen) rekening gehouden met de bescherming (tegen COVID-19 en wat betreft psychosociale gevolgen) van bewoners binnen de verpleeghuizen?*
III. *Wat maakt het begrijpelijk dat veel bewoners van verpleeghuizen besmet raakten met het coronavirus?*
IV. *Welke lessen kunnen hieruit worden getrokken voor een volgende pandemie ten aanzien van kwetsbare groepen als mensen in een verpleeghuis?*

Onderliggende vragen[682] waren onder andere:

- Wat is (er bekend over) de omvang en de wijze van de coronabesmettingen en sterfgevallen bij bewoners van verpleeghuizen gedurende het verloop van de crisis?
- Welke partijen waren gedurende het verloop van de crisis betrokken bij het beschermen van bewoners van verpleeghuizen, en welke maatregelen hebben zij hiertoe getroffen?
- Wat voor gevolgen hebben de maatregelen (gehad) voor het leven van verpleeghuisbewoners?
- Hoe zijn de richtlijnen (van het RIVM) en de protocollen geïnterpreteerd door verpleeghuizen en brancheorganisaties?
- Hoe is de landelijke besluitvorming rondom de gekozen maatregelen voor verpleeghuizen tot stand gekomen, en welke afwegingen zijn hierbij door de betrokken partijen gemaakt? Wat maakt de besluiten begrijpelijk, vanuit welke invalshoeken?
- Op welke wijze is de verpleeghuissector ingebed in de crisisstructuur? En is dit veranderd gedurende de pandemie? Waardoor/waarvoor en op welke wijze?
- Hoe zijn verpleeghuizen georganiseerd en in welke mate hebben zij invloed kunnen uitoefenen op het (landelijk) beleid?
- Hoe hadden de partijen die betrokken zijn bij het beschermen van de verpleeghuisbewoners tegen het virus (in het bijzonder de verpleeghuizen zelf) zich voorbereid op een pandemie (wat was het beleid en wat waren de richtlijnen met betrekking tot infectiepreventie)?

682 Deze vragen zijn richtinggevend geweest en worden niet allemaal beantwoord in het eindrapport.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

- Op welke wijze hebben verpleeghuizen hun rol vervuld bij zowel het voorkomen van verspreiding als de opvolging van maatregelen?
- Wat was het testbeleid voor verpleeghuismedewerkers gedurende de verschillende fasen van de pandemie en wat maakt dit begrijpelijk? Wat waren de redenen om dit beleid steeds aan te passen?
- Hoe was de bescherming van zorgmedewerkers in verpleeghuizen geregeld?
- Wat maakt het begrijpelijk dat zorgmedewerkers met gezondheidsklachten hebben doorgewerkt zonder bescherming?
- In hoeverre en op welke wijze is kennisontwikkeling (bijv. gebruik van mondkapjes, presymptomatische besmetting, beleid in andere landen, et cetera) gedurende de crisis doorvertaald naar de maatregelen voor verpleeghuizen?
- Welke lessen zijn te trekken over de positie en houding van de betrokken partijen in het stelsel van partijen, tijdens een pandemie als deze?

A.5 Afbakening van deelonderzoek 1

Naast het aanbrengen van focus door afbakening in tijd en selectie van onderzoeksgebieden, heeft afbakening plaatsgevonden door onderwerpen uit te sluiten. De volgende onderwerpen zijn expliciet uitgesloten bij de aanvang van dit deelonderzoek:

Effectiviteit van maatregelen
De Onderzoeksraad heeft geen onderzoek gedaan naar de mate waarin maatregelen hebben bijgedragen aan het terugdringen van het coronavirus in de samenleving (effectiviteit). Ook is niet onderzocht of de adviezen en maatregelen medisch inhoudelijk juist waren.

Proportionaliteit, subsidiariteit en legaliteit van maatregelen
De Onderzoeksraad heeft geen onderzoek gedaan naar de mate waarin maatregelen hebben bijgedragen aan het terugdringen van het coronavirus in de samenleving (effectiviteit). Ook is niet onderzocht of maatregelen in redelijke verhouding staan tot het te bereiken resultaat (proportionaliteit) en of de minst ingrijpende maatregelen genomen zijn om tot het gewenste resultaat te komen (subsidiariteit). Maatregelen zijn door de Onderzoeksraad niet getoetst aan de Grondwet, ook heeft de Raad de maatregelen niet aan de democratische legitimiteit ervan getoetst. Wel is onderzocht in hoeverre proportionaliteit, subsidiariteit en legaliteit een rol hebben gespeeld in de besluitvorming.

Naleving van maatregelen
De Onderzoeksraad heeft geen inhoudelijk gedragsonderzoek gedaan in relatie tot het naleven van de maatregelen. Ook verschillen in naleving tussen verschillende groepen in de samenleving zijn niet onderzocht. Wel is onderzocht in hoeverre het gedragsonderzoek is meegewogen in de besluitvorming en communicatie.

Internationale vergelijking
De Onderzoeksraad heeft geen internationale vergelijking gemaakt ten aanzien van het beleid en de maatregelen om COVID-19 te bestrijden. Ook is niet onderzocht hoe het buitenland de Nederlandse aanpak beoordeelde.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De kwaliteit van zorg voor coronapatiënten
De Onderzoeksraad doet geen onderzoek naar medisch handelen. Kwaliteit van zorg maakte derhalve geen onderdeel uit van het onderzoek.

Gevolgen voor de reguliere zorg
De effecten van de coronacrisis op de reguliere zorg, bijvoorbeeld als gevolg van uitgestelde zorg, zijn in dit onderzoek niet onderzocht. In hoeverre gezondheidsrisico's voor reguliere patiënten zijn meegewogen in de besluitvorming is wel meegenomen in dit deelonderzoek.

Sluiting van de scholen en effecten op het welzijn van kinderen
De Onderzoeksraad heeft geen onderzoek gedaan naar de effecten van de sluiting van de scholen. Of maatschappelijke neveneffecten, zoals potentiële leerachterstanden en een mogelijke toename van huiselijk geweld, zijn meegewogen in de besluitvorming, was wel onderdeel van dit onderzoek.

Gezondheids-economische afwegingen
Een inhoudelijke beoordeling van afwegingen tussen het verlenen van zorg aan coronapatiënten en de opbrengst in gezonde levensjaren maakte geen deel uit van dit onderzoek. Of deze afweging door besluitvormers gedurende het proces gemaakt is, was wel onderdeel van dit onderzoek.

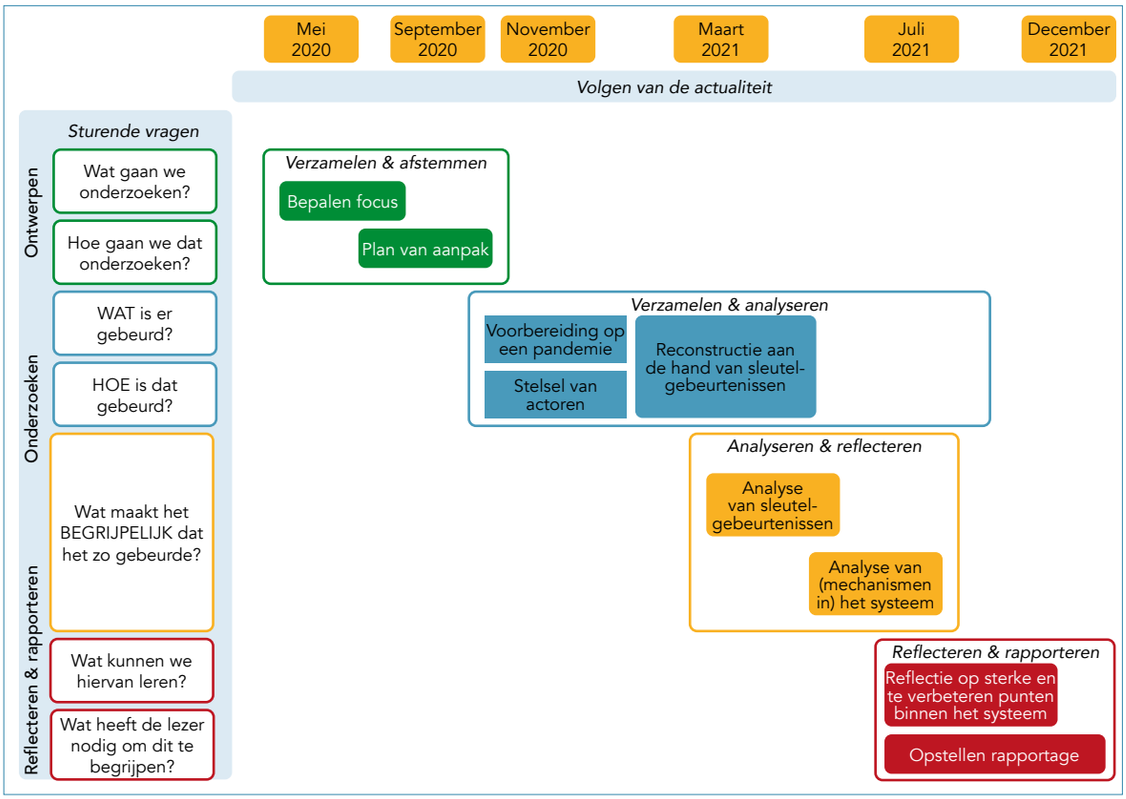
Gevolgen voor de economie, arbeidsmarkt en overheidsfinanciën
Welke gevolgen de crisisaanpak heeft gehad op de economie, de arbeidsmarkt en de overheidsfinanciën was geen onderdeel van dit onderzoek.

Onderwerpen die voor dit deelonderzoek uitgesloten zijn, kunnen mogelijk bij latere deelonderzoeken alsnog worden onderzocht.

A.6 Onderzoeksproces van deelonderzoek 1

Het onderzoeksproces kende verschillende fases, die elkaar deels overlapten. Figuur A.2 geeft het proces op hoofdlijnen schematisch weer, inclusief een indicatie van het verloop in de tijd.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Figuur A.2: Schematisch overzicht van het onderzoeksproces.

Ontwerpfase

Na het besluit om onderzoek te starten, is de focus van het onderzoek bepaald. Hierbij is onder meer gebruikgemaakt van inzichten van deskundigen en betrokkenen. Tijdens rondetafelbijeenkomsten hebben deskundigen met de Onderzoeksraad gereflecteerd op de aanpak van de coronacrisis tot dan toe.[683] Vanaf juli 2020 is op regelmatige basis door de Onderzoeksraad gesproken met bij de crisisaanpak betrokken bestuurders.[684] Ook is gebruikgemaakt van observaties[685] verkregen door de Onderzoeksraad tijdens werkbezoeken bij diverse gremia.[686]

Daaropvolgend is de focus omgezet naar een concreet onderzoeksplan, waarin de onderzoeksorganisatie, de onderzoeksvragen en de onderzoeksmethoden en -technieken zijn uitgewerkt. Aan de hand van de drie hoofdvragen van het onderzoek (wat is er gebeurd, hoe kunnen we dit begrijpen, wat kunnen we ervan leren) zijn voor ieder deelproject richtinggevende onderzoeksvragen opgesteld. Dit resulteerde voor de vier deelprojecten gezamenlijk in ruim 100 onderliggende onderzoeksvragen. Ook zijn per deelproject mogelijk relevante bronnen geïdentificeerd en is een werkwijze opgesteld. Vervolgens zijn relaties en afhankelijkheden tussen deelprojecten en binnen het programma geïdentificeerd en is een proces[687] bedacht om afstemming op programmaniveau en integraliteit te waarborgen.

683 Drie rondetafelbijeenkomsten in juni 2020, deskundigen vanuit verschillende disciplines.
684 Voor meer informatie zie 'stakeholdergesprekken' in paragraaf A7 gegevensverzameling.
685 Middels niet-participatief observeren.
686 In de periode juni tot september 2020.
687 Onderdelen van dit proces waren onder meer overleg op programmaniveau, teamleden die in verschillende deelprojecten participeerden, en teamsessies (zie paragraaf A8).

Onderzoeksfase

Ondertussen is gestart met het daadwerkelijke onderzoek: het verzamelen en analyseren van gegevens. Een cyclisch proces van informatie verzamelen, analyseren, duiden en verbanden leggen heeft binnen de deelprojecten en op programmaniveau plaatsgevonden. Initieel richtte de cyclus zich op de eerste deelvraag *wat is er gebeurd?*[688]

Om hierbij het onderzoek te kunnen richten en uitvoerbaar te houden, zijn sleutelgebeurtenissen geïdentificeerd. Daarbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

Een sleutelgebeurtenis is in ieder geval een mijlpaal in de tijd en/of een gebeurtenis die cruciaal is geweest in het verloop van de crisis. Omdat veel momenten hieronder vallen, is de definitie aangescherpt met aanvullende overwegingen:

- *Een sleutelgebeurtenis is onderzoekswaardig als er invloed op kan worden uitgeoefend en ervan geleerd kan worden/veiligheidswinst kan worden behaald.*
- *Bij een sleutelgebeurtenis is er sprake van een koerswijziging in de strategie of het beleid, een kantelpunt. De sleutelgebeurtenis is de zichtbare uiting hiervan.*

De volgende twaalf sleutelgebeurtenissen zijn geselecteerd in een proces van identificeren van sleutelgebeurtenissen, aanscherpen van de uitgangspunten en bijstellen van sleutelgebeurtenissen. Onderzoeksteam, Raad en Begeleidingscommissie zijn betrokken geweest in dit proces.

688 Bij de vraag 'wat is er gebeurd?' is ook de impliciet verscholen vraag 'Hoe is dat gebeurd? gesteld'. Daarmee vormt het de brug naar de volgende hoofdvraag: 'wat maakt het begrijpelijk dat het zo gebeurde?'

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Nummer	Datum	Sleutelgebeurtenis
1.	9 maart	Eerste persconferentie Rutte/Van Dissel: geen handen schudden
2.	12 maart	Persconferentie waarin eerste (stevige) set aan landelijke maatregelen wordt afgekondigd
3.	16 maart	Toespraak Rutte Torentje
4.	19 maart	Verpleeghuizen gesloten
5.	20 maart	RIVM scherpt testbeleid en Bron- en Contact Onderzoek (BCO) aan: alleen zorgverleners en mensen die in ziekenhuis zijn opgenomen komen in aanmerking voor een test
6.	21 maart	Patiënten worden verspreid over de ziekenhuizen middels centrale coördinatie
7.	11 april	Nieuwe verdeelsleutel t.a.v. omgang met schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen
8.	22 april	Motie in Tweede Kamer voor bredere advisering naast OMT
9.	eind april	Eerste versoepeling verpleeghuizen: proef vanaf 11 mei
10.	6 mei	Presentatie routekaart en versoepeling maatregelen
11.	eind juni	Afschalen nationale crisisstructuur/laatste persconferentie kabinet voor zomer
12.	21 juli	Oplopen van het R-getal naar 1,29

Figuur A.3: Sleutelgebeurtenissen als startpunt voor verdiepend onderzoek.

Deze sleutelgebeurtenissen hebben het vervolg van het onderzoekrichting gegeven. Voor iedere sleutelgebeurtenis is onderzocht wat er is gebeurd en hoe dat gebeurde. De meeste sleutelgebeurtenissen werden door meerdere deelprojecten onderzocht. Een eenvoudig procesmodel voor omgaan met crises[689] bood structuur bij het onderzoek naar de sleutelgebeurtenissen, waarmee uniformiteit tussen de deelprojecten werd nagestreefd. Voor iedere sleutelgebeurtenis is daardoor naar signalering/beeldvorming, advisering, besluitvorming, communicatie, uitvoering en effecten op de crisis/samenleving gekeken. Hierdoor waren sleutelgebeurtenis-overstijgende analyses te maken, en konden rode draden en patronen geïdentificeerd worden.

Naast het onderzoek naar *wat* er gebeurde bij de sleutelgebeurtenissen en *hoe* dat gebeurde, richtte het onderzoek zich op het *begrijpen* waardoor dit op deze wijze gebeurde. Daartoe is een conceptueel raamwerk opgesteld met sensitizing concepts.[690] Inzichten vanuit onder andere crisismanagement, bestuurskunde, communicatiewetenschappen, psychologie en risicomanagement werden hierbij benut. Sleutelgebeurtenissen werden met behulp van het raamwerk benaderd vanuit diverse invalshoeken om zo de context zo goed mogelijk in beeld te krijgen. Voor iedere sleutelgebeurtenis is in teamverband de context die het begrijpelijk maakt *waardoor*

689 Het model wordt toegelicht in paragraaf A.8 modellen en analysetechnieken.
690 Het conceptueel raamwerk met sensitizing concepts wordt toegelicht in paragraaf A.8 modellen en analysetechnieken.

gebeurde wat er gebeurde geanalyseerd[691]. Daarbij is gereflecteerd op de bevindingen en de begrijpelijkheid van wat er is gebeurd, en is gerichte verdieping van het onderzoek aangebracht. Ook zijn eerste conclusies en verwonderpunten vastgelegd.

Parallel aan het onderzoek naar de sleutelgebeurtenissen, is de voorbereiding op een pandemie onderzocht.[692] Op basis van de bevindingen zijn ook hiervoor eerste conclusies en verwonderpunten vastgelegd. Daarnaast is het stelsel van betrokken actoren met taken en verantwoordelijkheden in beeld gebracht.[693]

Reflectie- en rapportagefase

Op basis van het onderzoek naar de voorbereiding, het stelsel van actoren en het onderzoek naar de sleutelgebeurtenissen, is vanuit de deelprojecten afzonderlijk en door het onderzoeksteam als geheel gereflecteerd op het systeem.[694] De eerste conclusies en verwonderpunten vormden hierbij het vertrekpunt. Centraal stond de vraag: welke eigenschappen van of mechanismen in het systeem maken het begrijpelijk dat op deze wijze met de crisis is omgegaan? Met behulp van patroonanalyse[695] zijn mechanismen inzichtelijk gemaakt die het begrijpelijk maken hoe bijvoorbeeld met onzekerheid is omgegaan, hoe gevarieerd werd in aansturing en regie, en hoe de afweging van belangen vorm kreeg. De patronen bestonden uit een samenspel van elkaar versterkende of juist dempende variabelen. Inzicht in deze variabelen en hun onderlinge relaties biedt aanknopingspunten voor het versterken en verbeteren van de aanpak van toekomstige crises.

Op basis van de verworven inzichten is door het onderzoeksteam gereflecteerd op lessen voor een toekomstige pandemie en andere langdurige crises met landelijke impact. Hierbij zijn zowel sterke als minder sterke punten in de crisisaanpak en relevante mechanismen binnen het systeem vastgesteld. Voor alle punten is de (on)wenselijkheid ervan besproken, met als doel te bepalen of deze behouden of versterkt zouden moeten worden. Ook voor alle mechanismen is de (on)wenselijkheid besproken, met als doel te bepalen of en zo ja hoe deze verbeterd of doorbroken kunnen worden.

In deze fase is ook de eindrapportage opgesteld. Er is gekozen voor één reconstructie voor de gehele onderzoeksperiode. Deze is door een externe rapporteur geschreven op basis van de onderzoeksrapportages voor de verschillende sleutelgebeurtenissen.[696] Ieder deelproject heeft zijn eigen analyse[697] gerapporteerd in een eigen hoofdstuk. De analyse vanuit het perspectief van toekomstige langdurige crises met landelijke impact is door het onderzoeksteam gezamenlijk gerapporteerd, net als de conclusies en aanbevelingen. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de analyses, en beogen voldoende richting te geven zonder instrumenteel te worden. De samenvatting en beschouwing zijn geschreven door rapporteurs die meer afstand hadden tot het onderzoek, en zijn

691 Binnen deelprojecten in BenenOpTafel (BOT)-sessies, programmabreed in DelenOnderzoeksBevindingen (DOB)-sessies
692 Vanuit het deelproject Voorbereiding.
693 Vanuit de deelprojecten Voorbereiding, en Crisisorganisatie, Governance & besluitvorming.
694 Het systeem wordt hier beschouwd als het geheel waarbinnen door actoren wordt gehandeld. Dit betreft de crisisorganisatie, de interfaces tussen actoren, en de context (in breedste zin van het woord) waarin gehandeld wordt.
695 Patroonanalyse wordt toegelicht in paragraaf A.8 modellen en analysetechnieken.
696 Door drie verschillende deelprojecten.
697 Met de voor dit deelproject relevante onderwerpen, sleutelgebeurtenissen en (delen van) het systeem.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

gebaseerd op de conceptrapportage en gesprekken met het onderzoeksteam. De rapportage van deel 3 van het rapport[698], de samenvatting, de beschouwing en de aanbevelingen zijn het resultaat van een intensief proces van rapporteren, meelezen en aanscherpen.[699]

Overigens is het onderzoeksteam in alle fases van het onderzoek gevoed en bevraagd door de Raad, de Begeleidingscommissie en andere interne en extern adviseurs.[700]

A.7 Gegevensverzameling in deelonderzoek 1

De aard, omvang en duur van de Coronacrisis maakt dat er veel bronnen zijn om bij het onderzoek te benutten. De Onderzoeksraad heeft op basis van de focus van het onderzoek (mogelijk) relevante documenten opgevraagd, met betrokkenen gesproken en beschikbare informatie uit de media verzameld. Om organisaties en betrokkenen niet onnodig te belasten[701], is het opvragen van documenten en het plannen van interviews op programmaniveau gecoördineerd.

Documenten

Op basis van ruim 400 informatieverzoeken bij meer dan 60 organisaties zijn bijna 12.000 documenten ontvangen.[702] Alle ontvangen documenten zijn geregistreerd, waarbij aangegeven is voor welk deelproject dit document is opgevraagd.[703] Sommige documenten konden niet worden toegestuurd, maar zijn op locatie van de betrokken organisatie ingezien. Een aantal onderzoekers heeft in dat geval op locatie de documenten bestudeerd en aantekeningen gemaakt op basis van de onderzoeksvragen en het conceptueel raamwerk. Van de belangrijkste documenten, of series van documenten[704] zijn door onderzoekers samenvattingen gemaakt. Deze samenvattingen zijn gedeeld binnen het onderzoeksteam, en wanneer er ogenschijnlijk relevante informatie in zat vanuit een ander perspectief[705], zijn de oorspronkelijke documenten gebruikt. Relevante gegevens uit documenten zijn opgenomen in tijdlijnanalyses[706] en onderzoeksnotities, waarbij de onderzoeksvragen, het procesmodel[707] en het conceptueel raamwerk de onderzoekers stuurden zonder hen te beperken.

698 Synthese en conclusies.
699 Dit betreft diverse verbeterslagen binnen het onderzoeksteam, met de begeleidingscommissie, met de Raad, en met interne en externe tegenlezers.
700 Zie paragrafen: Kwaliteitsbeheersing, Onderzoeksteam deelonderzoek 1, Begeleidingscommissie.
701 Diverse documenten en een aantal te interviewen betrokkenen waren voor meerdere deelprojecten relevant. Hierdoor bestond het risico dat documenten meerdere keren zouden worden opgevraagd en betrokkenen door verschillende deelprojecten zouden worden benaderd voor een interview.
702 Dit is exclusief de (duizenden) in- en uitgaande emailberichten van drie functionarissen van het RIVM.
703 De compleetheid van de ontvangen documenten was niet altijd te beoordelen. Zo werd bijvoorbeeld aangegeven dat deelnemerslijsten niet beschikbaar waren, maar bleken deze later wel te bestaan. De veelheid aan informatie, vanuit verschillende organisaties, was voldoende om het onderzoek te kunnen uitvoeren.
704 Bijvoorbeeld de opeenvolgende adviezen of verslagen van een crisisteam.
705 Bijvoorbeeld voor een andere sleutelgebeurtenis of vanuit een ander deelproject.
706 Met bronvermelding.
707 Zie paragraaf A.8 Methoden en Technieken.

Naast het bestuderen van relevant geachte documenten, zijn met zoekstrategieën meerdere documenten doorzocht. Dit gebeurde zowel op basis van steekwoorden als op basis van concrete deelvragen.[708] Hierna konden de gevonden documenten beoordeeld worden op relevantie en zo nodig alsnog minutieus worden bestudeerd. Het doorzoeken van meerdere documenten droeg bij aan de volledigheid van de gegevensverzameling.

Om een indruk te geven van de aard en omvang van bestudeerde documenten volgt hier een opsomming van relevante documenten:

Welke documenten zijn onder andere bestudeerd?

- Wet- en regelgeving met betrekking tot crisisaanpak
  - Wet publieke gezondheid (Wpg)
  - Internationale Gezondheidsregeling 2005 (IGR)
  - Wet veiligheidsregio's (Wvr)
  - Gemeentewet
  - Instellingsbesluiten MCCb, DGSC-19
  - Staatsblad

- Handboeken, richtlijnen en protocollen van onder andere
  - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
  - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
  - Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV)
  - Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)
  - Verpleeghuissector (waaronder Verenso, ActiZ, V&VN)

- Evaluaties, onder andere van
  - Oefeningen (waaronder oefening Hollandse Griep 2019)
  - Eerdere crises (waaronder Mexicaanse Griep)
  - Huidig crisis (IFV, Berenschot)

- Adviezen, verslagen, stukken, aantekeningen, van onder andere
  - Outbreak Management Team (OMT)
  - Commissie Crisisbeheersing (MCCb)
  - Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb)
  - Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO)
  - Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO)
  - Catshuisoverleg
  - Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)
  - Nationaal Crisis Centrum (NCC)
  - Landelijk Operationeel Team-Corona (LOT-C)
  - Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)
  - Veiligheidsberaad
  - Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en)
  - GGD-GHOR Nederland

708 Op deze wijze is door onder meer door duizenden e-mails gezocht.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)
- Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT)
- Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)
- Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)
- DOC-19, ACC-19, MCC-19
- Academische werkplaatsen ouderenzorg (AWOZ)[709]

- Communicatie, waaronder
  - Persconferenties
  - Tweede Kamer- stukken
  - E-mail uit postbussen van drie medewerkers van het RIVM
  - Nieuwsberichten en brieven binnen de verpleeghuissector
  - Uitingen op sociale media (zoals Twitter)
  - Berichten in WhatsApp-groepen

- Journalistieke uitingen, zoals
  - Artikelen in dagbladen (waaronder AD, Volkskrant, NRC)
  - Uitzendingen op televisie (waaronder nieuwsrapportages)

- Peilingen, waaronder
  - Omgevingsanalyses NKC

Interviews

In totaal is door het onderzoeksteam met meer dan 250 betrokkenen gesproken. Het grootste deel[710] van de betrokkenen is geïnterviewd, waarbij een verslag wordt gemaakt en ter verificatie aan de geïnterviewde toegezonden. Interviews worden altijd door twee onderzoekers afgenomen en het interview is vertrouwelijk.[711]

Om te bepalen welke betrokkenen wanneer te interviewen, is op programmaniveau geïnventariseerd welke betrokkenen relevant waren om te interviewen, en voor welk(e) deelproject(en). Wanneer betrokkenen voor meerdere deelprojecten relevant waren, genoot het de voorkeur zoveel mogelijk gezamenlijk te interviewen. Wanneer de onderwerpen teveel uiteenliepen of de lijst onderwerpen te lang werd, is gekozen om losse interviews te plannen. De planning van de interviews werd op programmaniveau afgestemd, waarbij de mogelijkheid bestond om vragen voor 'interviews van andere deelprojecten' mee te geven. Interviews werden vooraf door één of twee onderzoekers voorbereid door het maken van een onderwerpen- en vragenlijst, waarna deze in de betreffende deelprojecten werd besproken en waar nodig aangevuld. Daarbij moesten soms keuzes gemaakt worden in de hoeveelheid onderwerpen of vragen.[712] Soms bleek het nodig een vervolginterview in te plannen. Interviews werden opgenomen en uitgewerkt op schrift, waarna deze ter verificatie aan de geïnterviewden werden

709 Crisisdagboeken verpleeghuizen.
710 Ongeveer 90% van de betrokkenen is geïnterviewd.
711 De Onderzoeksraad biedt bescherming aan geïnterviewden waardoor zij vrijuit kunnen spreken. Deze waarborgen rond vertrouwelijkheid zijn in de Rijkswet OVV verankerd.
712 Voor een interview wordt doorgaans ongeveer 1,5 uur ingepland.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

toegezonden. De verslagen waren voor het gehele onderzoeksteam beschikbaar en de hoofdpunten werden via mail onderling gedeeld.

Interviews vonden plaats in de periode van februari tot november 2021. Een aantal betrokkenen werd geïnterviewd in groepsverband, altijd met toestemming van de geïnterviewden en met afspraken over vertrouwelijkheid van het gesprek. Om een indruk te geven van de aard van en de omvang van het aantal de geïnterviewden, volgt hier een overzicht op hoofdlijnen:

Wie zijn onder andere geïnterviewd?

- Betrokkenen bij de nationale crisisaanpak, onder wie
  - deelnemers aan Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb)
  - deelnemers aan Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb)
  - deelnemers aan Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO)
  - medewerkers van NCTV en NKC

- Betrokkenen bij regionale crisisaanpak, onder wie
  - burgemeesters
  - voorzitters van veiligheidsregio's
  - medewerkers van de GGD
  - deelnemers aan Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) en Regionaal Overleg Niet Acute Zorg (RONAZ)

- Betrokkenen bij de crisisaanpak vanuit VWS, onder wie medewerkers vanuit directies
  - Curatieve Zorg (CZ)
  - Langdurige Zorg (LZ)
  - Publieke Gezondheid (PG)

- Betrokkenen bij advisering op het gebied van infectieziektepreventie, onder wie
  - medewerkers van het RIVM,
  - leden van het Outbreak Management Team (OMT)

- Betrokkenen vanuit de ziekenhuiszorg, onder wie
  - vertegenwoordigers van beroepsverenigingen (LNAZ, NVIC)
  - bestuurders van ziekenhuizen

- Betrokkenen vanuit de verpleeghuissector, onder wie
  - verpleegkundigen en verzorgenden
  - specialisten ouderengeneeskunde
  - leidinggevenden
  - bestuursleden
  - bewoners en naasten, leden van cliëntenraden
  - vertegenwoordigers van koepelorganisaties

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Daarnaast zijn vanuit het deelproject monitor lopende crisis openbare bronnen en publicaties systematisch verzameld en gerubriceerd, en zijn elke drie weken met stakeholders korte interviews gehouden en op hoofdlijnen vastgelegd.[713] Deze gesprekken zijn bedoeld om zicht te houden op de actuele uitdagingen, knelpunten en dilemma's. Door de voortdurende crisis en haar omvang is het reconstrueren van de uitdagingen, knelpunten en dillema's in de tijd achteraf op basis van het geheugen van de betrokkenen minder betrouwbaar. Van de gesprekken zijn korte verslagen gemaakt, die aan de onderzoekers beschikbaar zijn gesteld. Omdat deze stakeholdergesprekken betrekking hebben op de periode vanaf juli 2020[714] zijn deze verslagen door het onderzoeksteam met name gebruikt ter verificatie van patronen en relevantie.

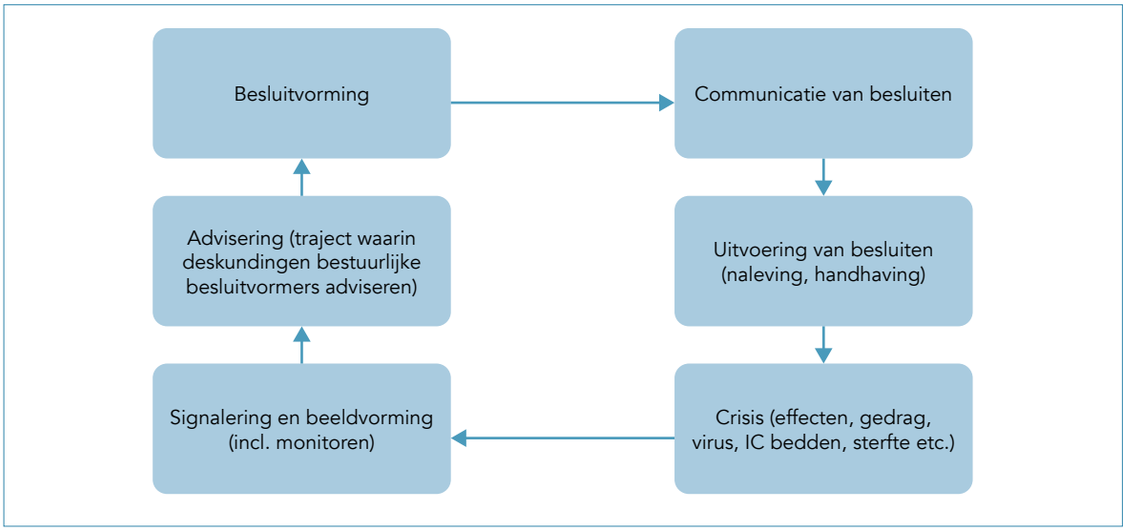
A.8 Methoden & technieken in deelonderzoek 1

Bij het verzamelen en analyseren van bevindingen zijn diverse methoden en technieken gebruikt. Deze verschillen van elkaar in doel, aanpak en mate van abstractie. Hieronder worden de belangrijkste methoden en technieken die tijdens dit onderzoek gebruikt zijn toegelicht, zoveel mogelijk in de volgorde waarin deze gebruikt zijn. De methoden en technieken worden doorgaans langere tijd naast elkaar toegepast, dus van een volgordelijke opsomming is geen sprake.

Procesmodel

Zoals in paragraaf A6 is aangegeven, bood een eenvoudig procesmodel structuur bij het onderzoek naar de sleutelgebeurtenissen. Dit model is gebaseerd op het procesmodel crisisbesluitvorming (FABCM).[715] Het maakt onderscheid tussen signalering/ beeldvorming, advisering, besluitvorming, communicatie, uitvoering en effecten op de crisis/samenleving. Door voor iedere sleutelgebeurtenis alle processtappen in ogenschouw te nemen, ontstaat uniformiteit in de aanpak van het onderzoek naar de sleutelgebeurtenissen. Daarmee borgde de Onderzoeksraad een zekere mate van overeenkomst in de gegevensverzameling, waardoor sleutelgebeurtenis-overstijgende analyses gemaakt konden worden voor iedere processtap.

713 Het betreft telefonische interviews van ongeveer een half uur. Op deze wijze wordt met ca. 30 stakeholders gesproken.
714 En daarmee grotendeels buiten de te onderzoeken periode van onderzoek vallen.
715 Evaluatie aanpak nieuwe influenza A (H1N1), 9 maart 2011. Berenschot. Ira Helsloot en Margreeth van Dorssen.



Figuur A.4: Procesmodel voor het omgaan met een crisis.

Tijdlijnanalyse

Het doel van een tijdlijnanalyse is om (de belangrijkste) gebeurtenissen te identificeren en daarbij relaties te kunnen leggen en controleren. Daarmee vormt een tijdlijnanalyse de basis voor een reconstructie. Wanneer bij een tijdlijnanalyse onderscheid gemaakt wordt tussen verschillende actoren[716], ontstaat een multi-actor tijdlijn. Sequentally-Timed Events Plotting (STEP) is daar een voorbeeld van.

De deelprojecten hebben ieder voor hun eigen onderzoeksgebied tijdlijnen opgesteld, gebaseerd op documentstudies en interviews. Deze werden gemaakt in Word of in Excel. Om te zorgen voor integratie tussen de reconstructies van de deelprojecten, werd vervolgens met STEP één overkoepelende tijdlijn[717] opgesteld. Hierin werden voor belangrijke thema's zoals verspreiding van het virus, kennis over het virus, strategie, beschikbare middelen, adviezen van OMT, adviezen van BAO, besluiten van MCCb, beleid, uitvoering, en de situatie in verpleeghuizen de belangrijkste gebeurtenissen opgenomen.

Stelselanalyse

Om het stelsel van betrokken partijen te begrijpen is het juridische kader uitgezocht.[718] Het doel van het juridische kader was om de wettelijke taken, verantwoordelijkheden, en bevoegdheden van de verschillende betrokken partijen te kennen.

Daarnaast is met behulp van STAMP[719] de structuur van het stelsel in beeld gebracht. Het grafisch in beeld brengen van de zogenaamde *control structure* maakt inzichtelijk:

- welke partijen een rol hebben (verantwoordelijken in het stelsel);
- welke partijen andere partijen aansturen (aansturingslijnen door bijvoorbeeld geven van aanwijzingen, verzoeken om advies);

716 Het begrip actor wordt hierbij heel breed gehanteerd. Het kan een persoon, afdeling of organisatie zijn, maar ook materiaal of middelen, of begrippen als strategie en kennis over het virus kunnen als actor worden opgenomen in een dergelijke analyse.
717 Op hoofdlijnen. Daarbij zijn meer dan 50 actoren en ruim 1000 events opgenomen.
718 Met behulp van een externe juridische adviseur.
719 STAMP staat voor System-Theoretic Accident Modelling Process en is ontwikkeld door de groep van prof. Leveson, MIT, Boston.

- welke partijen informatie zouden moeten verstrekken over hun situatie/prestatie, aan welke partijen (feedbacklijnen door bijvoorbeeld informatie over knelpunten, capaciteit et cetera)

Daarnaast biedt STAMP een aanpak om alle verantwoordelijkheden, aansturings- en feedbacklijnen, en mentale modellen van betrokkenen te analyseren.

In dit deelonderzoek is de structuur van het stelsel in beeld gebracht door middel van een *control structure,* waarbij niet alle aansturings- en feedbacklijnen zijn uitgezocht. Daarnaast is voor twee thema's een nadere analyse met STAMP gemaakt. Dit gebeurde naar aanleiding van:

1. het samenspel van de eerste drie sleutelgebeurtenissen, waarbij de opschaling van regionale naar nationale crisisstructuur en uitbreiden van maatregelen enige dagen kostte;
2. het landelijk spreiden van patiënten door oprichting van het LCPS, waarbij ook de oprichting van andere organisaties zoals het LCH en LOT-C is meegenomen.

De analyses boden inzicht in het stelsel, de onderlinge relaties, en riepen vragen op voor het verdere onderzoek.

Conceptueel raamwerk met sensitizing concepts

Zoals het procesmodel structuur bood bij het onderzoek naar de sleutelgebeurtenissen, zo bood het conceptueel raamwerk structuur bij het verzamelen van gegevens. Vanwege de ongekende omvang van de crisis, de ambitie om de crisisaanpak te begrijpen[720] en van daaruit lessen te kunnen trekken, is niet voorafgaand aan het onderzoek een referentiekader opgesteld. In plaats daarvan is een conceptueel raamwerk opgesteld, gebaseerd op *sensitizing concepts.* Dit zijn inzichten/kenmerken over gedragingen en sociale interacties. Ze geven algemene inzichten en bieden een werkrichting voor onderzoekers. Sensitizing concepts staan niet vooraf vast, het zijn geen hypotheses die getoetst kunnen worden, maar kunnen zich ontwikkelen (evolueren) tijdens het onderzoek. Zonder een definitieve theorie te hebben, wordt gezocht naar de wijze waarop concepten in de praktijk van invloed zijn.

Al vroeg in het onderzoek is in de verschillende deelprojecten gebrainstormd over mogelijke sensitizing concepts en op welke stappen in het procesmodel deze van invloed zouden kunnen zijn. Ieder deelproject stelde een raamwerk met mogelijk relevante concepten op. Deze raamwerken zijn geïntegreerd in een programmabreed conceptueel raamwerk (zie figuur A.5). Het raamwerk is doorgesproken en waar nodig verhelderd, waarna het conceptueel raamwerk een mate van uniformiteit borgde in de gegevensverzameling en analyse van sleutelgebeurtenissen. Het conceptueel raamwerk stimuleerde enerzijds een brede blik van onderzoekers, anderzijds beperkte het de onderzoekers ook. Dit was gezien de omvang van het onderzoek noodzakelijk maar heeft uiteraard ook risico's. De regelmatige evaluatie van de toepassing van het raamwerk in de eerste fase van de gegevensverzameling, heeft tot aanpassing van het raamwerk geleid.

720 Zonder te beoordelen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Onderwerp	Deelonderwerp
Stelsel van infectieziekte-bestrijding (zoals voorbereid)	Wetten
	Betrokken partijen
	(Crisis)plannen en procedures
	Structuur
Crisisbeheersing (zoals voorbereid) *Specifieke onderwerpen nav aanpak coronacrisis*	Kritische processen
	Afstemming tussen betrokken partijen
	Borging flexibiliteit
	Capaciteit en middelen in de zorg
	Testbeleid
	Duur van de crisis
Proces van voorbereiding op een pandemie	Totstandkoming en bijhouden van plannen en procedures
	Opleiding, training en oefening
	Leercyclus
	Netwerkmanagement
	Risico/waarschijnlijkheid van een pandemie
Stelsel algemeen	Betrokken teams en partijen
	Rollen, taken en bevoegdheden
	Samenstelling (crisis)teams
	Aansluiting tussen kolommen en niveaus
	Organisatie (graad) en belangen behartiging VVT sector
Op- en afschaling	Moment van op- en afschaling
	Wijze van op- en afschaling
	Effecten van op- en afschaling
Situatie in de samenleving (Crisis)	Verspreiding virus
	Onzekerheid over het virus
	Beschikbaarheid voorzieningen
	Beeldvorming samenleving
	Gepercipieerd risico
	Draagvlak / druk
	Knelpunten

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Onderwerp	Deelonderwerp
Beeldvorming	Monitoring
	Kennis en informatie
	Ontsluiting kennis
	Samenwerking informatie-experts/teams
Advisering	Samenwerking adviesteams
	Inhoud advisering
Besluitvorming	Juridisch kader
	Samenwerking besluitvormende teams
	Integrale duiding en afweging (inclusief gevolgen en vertaling naar (VVT) sectoren
	Risicostrategie
	Besluit
Communicatie	Uitingen
	Inhoud/toon
	Effecten (formele en informele uitingen)
Uitvoering	Wijze
	Verpleeghuizen
	Navolging
Leiderschap	Leiders
	Invloed van leiders
Psychologische processen	Overtuigingen
	Groepsdenken
	Pad-afhankelijkheid
Omgaan met onzekerheid	Waardering van onzekerheden
	Mechanismen (intolerantie, paradox, technocratie)
	Waardenconflicten
Anticipatie & voorbereiding	Protocollen en draaiboeken
	Kennis over IZB
	Voorzieningen
	Netwerken

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Onderwerp	Deelonderwerp
Veerkracht	Innovaties / variaties
	Uitvoering van maatregelen
	Beschikbaarheid middelen
	Samenwerking

Figuur A.5: Conceptueel raamwerk.

Binnen de deelprojecten werd tijdens de onderzoeksfase regelmatig gereflecteerd op (onbewuste) referenties die onderzoekers hadden op basis van hun expertise, of impliciete oordelen die in bevindingen waren terug te lezen. Tijdens het analyseren van patronen bleek het hebben van referenties onvermijdelijk. Daar waar relevant zijn deze geëxpliciteerd en in het rapport verwerkt. [721]

Patroonanalyse

Om (weerbarstige) mechanismen in het systeem bloot te leggen, is patroonanalyse toegepast. Deze methode is op systeemtheorie[722] gebaseerd, net als STAMP. Door *elkaar in een lus beïnvloedende variabelen*[723] te identificeren, worden patronen inzichtelijk gemaakt. Dit kunnen elkaar versterkende of juist dempende lussen[724] zijn. Dergelijke patronen zijn onderzocht naar aanleiding van de volgende verwonderpunten[725]:

- Voorstellingsvermogen
- Agenderen van scenario's
- Aanpassen van de strategie
- Reageren op signalen
- Opschaling
- Eigenaarschap van de crisis
- Integrale afweging van belangen
- Ontstaan van nieuwe overlegvormen
- Omgaan met onzekerheid
- Wederkerigheid in communicatie
- Omgaan met schaarste
- Draagvlak
- Dominantie van het perspectief van infectieziekten
- Aansturing crisis vanuit VWS
- Aanpassingsvermogen
- Bezoekbeperking in verpleeghuizen
- Hygiënepreventie in verpleeghuizen
- Aansluiting verpleeghuizen bij de crisisstructuur

721 Dit betreft met name de analyse in Hoofdstuk 8.
722 Zie bijvoorbeeld 'Business Dynamics. Systems Thinking and Modeling for a Complex World' van John Sterman (2000)
723 Andere benamingen: Causal loops, System Dynamics (SD).
724 Reinforcing loops & Inhibiting loops.
725 Verwonderpunten ontstaan bij gebrek aan begrip. Doel van het onderzoek was begrijpen om vervolgens te leren.

Het ontrafelen van factoren, mechanismen en patronen heeft bijgedragen aan begrip voor hoe de crisis is aangepakt dan wel is verlopen. Daarbij vormden de patroonanalyses de opmaat voor het onderzoeksteam om te komen tot lessen voor toekomstige langdurende crises met landelijke impact.

Teamsessies
Onderzoek doen is teamwerk. Zowel in de ontwerpfase, de onderzoeksfase, als de reflectie-/rapportagefase zijn sessies met het team essentieel, zowel binnen deelprojecten als programmabreed. Thematische teamsessies waren:

- DelenOnderzoeksBevindingen (DOB)-sessies: hier werden bevindingen programmabreed gedeeld, bevraagd en aangevuld.
- BenenOpTafel (BOT)-sesies: hier werd in deelprojecten tijd genomen voor reflectie op de bevindingen, leidend tot eerste conclusies, verwonderpunten en focus voor verdiepend onderzoek.
- STAMP-sessies: hier werd het stelsel met partijen, hun verantwoordelijkheden en interfaces onderzocht en gevisualiseerd, en werden nog openstaande vragen geëxpliciteerd.
- Tijdlijnsessies: hier zijn de volgordelijkheid, causaliteit en onderbouwing van gebeurtenissen in beeld gebracht en getoetst, en witte vlekken zichtbaar geworden.
- Patroonsessies: hier werd in deelprojecten maar ook in 'crossteams'[726] gereflecteerd op (weerbarstige) mechanismen, werden patronen gevisualiseerd en getoetst, leidend tot handelingsperspectieven voor het versterken of verbeteren voor toekomstige crisis.

Daarnaast waren de reguliere werkoverleggen binnen deelprojecten en programmabreed essentieel om te zorgen voor de nodige focus, tijdigheid, het voorkomen van dubbel werk, en het voorkomen van ontbrekende delen.

A.9 Kwaliteitsbeheersing in deelonderzoek 1

De kwaliteit van een onderzoek wordt bepaald door een samenspel van factoren. Een aantal factoren die de kwaliteit van dit onderzoek bepaald heeft, is in de paragrafen hiervoor al beschreven. Dit betreft bijvoorbeeld de formulering van onderzoeksvragen, het onderzoeksproces op hoofdlijnen, de wijze van gegevensverzameling, en (de toepassing van) de gehanteerde methoden en technieken. In de werkwijze[727] van de Onderzoeksraad is een aantal mechanismen ingebouwd om de kwaliteit van een onderzoek te kunnen borgen. Daarnaast is een aantal activiteiten t.b.v. kwaliteitsbeheersing specifiek voor dit deelonderzoek. De belangrijkste nog niet eerder in deze verantwoording genoemde activiteiten in dit kader zijn:

- Het team is samengesteld op basis van een variatie in expertise en vaardigheden. Waar expertise ontbrak zijn aanvullende colleges georganiseerd.[728]
- Binnen het team zijn verschillende rollen benoemd, zoals portefeuillehouder, onderzoeksmanager, programmamanager, projectleider, onderzoeker, rapporteur,

726 Een crossteam is een team samengesteld met teamleden uit verschillende deelprojecten.
727 Opgenomen in de Codex of anderszins behorend tot de (on)geschreven norm.
728 Zo is er een college infectieziektepreventie en –bestrijding, een college omgaan met onzekerheden, en een training evalueren van het functioneren van crisisteams georganiseerd.

methodoloog, secretaris, ondersteuner en documentalist. Hierdoor werden alle rollen geborgd en konden teamleden vanuit hun sterke kanten bijdragen aan het onderzoek.
- In teamverband zijn impliciete vooringenomenheden en verwachtingen geëxpliciteerd,[729] met als doel deze van elkaar te kennen en objectief te kunnen ontkrachten, onderbouwen of nuanceren.
- Patroonbeschrijvingen zijn intern aan niet-betrokken onderzoekers van de Onderzoeksraad voorgelegd voor feedback.
- Onderzoekers van de Universiteit Leiden is gevraagd te adviseren bij de analyse van de crisisbesluitvorming en om feedback gevraagd op (vroege) delen van het onderzoeksrapport.
- De begeleidingscommissie heeft op een aantal momenten tijdens het onderzoeksproces gereflecteerd op de focus, bevindingen, analyses, conclusies en aanbevelingen (zie A11).
- In de raadsvergaderingen zijn op een aantal momenten tijdens het onderzoeksproces tussenresultaten besproken.
- Het conceptrapport is ter inzage voorgelegd aan een aantal relevante partijen, die het rapport op feitelijke onjuistheden mochten controleren (zie bijlage B).

Tevens is bij de start van het onderzoek een kwaliteitsplan opgesteld. Hierin staan diverse projectrisico's beschreven en de wijze waarop deze kunnen worden beheerst. In de loop van het project is dit kwaliteitsplan regelmatig besproken en zijn waar nodig maatregelen genomen om risico's te beperken.

A.10 Beperkingen bij de uitvoering van deelonderzoek 1

De crisis raakt iedereen, duurt nog steeds voort en informatie over de crisis is overal. De context waarin het onderzoek plaatsvond, bracht uitdagingen mee die een risico vormden voor de kwaliteit van het onderzoek. Het onderzoeksteam heeft zich tijdens het onderzoek op diverse punten aan deze omstandigheden moeten aanpassen. De belangrijkste daarvan waren:
- Het onderzoek is grotendeels uitgevoerd vanuit een thuiswerksituatie. Dit leidde onder andere tot:
  - Minder gelegenheid als onderzoeksteam om elkaar laagdrempelig[730] te informeren;
  - Het moeten zoeken naar nieuwe werkwijzen (en tools) voor de verschillende soorten teamsessies;[731]
  - Interviews die grotendeels digitaal hebben plaatsgevonden, waarbij non-verbale informatie deels verloren gaat en afhankelijkheid bestaat van technische faciliteiten;[732]
- Veel betrokkenen waren (en zijn) nog steeds druk met de aanpak van de crisis of de gevolgen ervan. Dit leidde onder andere tot:

729 In zogenaamde 'biassessies' werd open gesproken over allergieën, stokpaardjes, en andere vormen van vooringenomenheid.
730 Bijvoorbeeld in de koffiehoek.
731 Zie paragraaf A.8 Methoden en Technieken voor de verschillende soorten sessies.
732 Waaronder te gebruiken platform, beschikbaarheid netwerkverbinding.

  - Vertraging in het kunnen aanleveren van documentatie aan de Onderzoeksraad en het kunnen meewerken aan interviews;
  - Het risico dat herinneringen van geïnterviewden over gebeurtenissen en context in de tijd door elkaar heen gaan lopen.[733]
- Er is veel informatie over de (aanpak van) de crisis. Het onderzoeksteam heeft gericht informatie opgevraagd en bestudeerd. Er is bijgehouden welke documenten door wie zijn bestudeerd. Toch kan in de veelheid informatie over het hoofd gezien zijn.
- Informatie over de crisis is (bijna) overal. Het risico bestaat dat onderzoekers (onbewust/via andere kanalen) informatie verkrijgen en die bij het onderzoek betrekken. Door bronvermelding en reflectie in teamsessies is gestuurd op onderbouwing. Een teamrol als 'onwetende'[734] was in dit onderzoek lastiger te borgen.
- De crisis raakte iedereen, dus ook de leden van het onderzoeksteam. Dit vergrootte het risico dat teamleden persoonlijke ervaringen onbewust meenemen in het onderzoek. Door (zelf/team)reflectie en collegialiteit is hieraan het hoofd geboden.

A.11 Onderzoeksteam van deelonderzoek 1

Het onderzoeksteam was georganiseerd in een programmastructuur. De onderzoeksgebieden werden binnen deelprojecten onderzocht. Afstemming vond plaats op alle niveaus: op programmaniveau, tussen deelprojecten, binnen deelprojecten. Het onderzoeksteam bestond uit een programmamanager, projectleiders, onderzoekers, methodologen, een secretaris en projectondersteuners. Vaak waren de onderzoekers tevens rapporteur. Onderstaand overzicht bevat de leden van het onderzoeksteam en toont aan welk deel binnen het programma waaraan zij hoofdzakelijk een bijdrage leverden.

733 Dit is deels ondervangen door de reconstructie met name op documentstudie te baseren, en de analyse van de context te baseren op een combinatie van documentstudie en een veelheid aan interviews vanuit verschillende betrokkenen/perspectieven.

734 Een teamrol als 'onwetende' kan helpen bij bijvoorbeeld het herkennen van onbewuste aannames door 'domme' vragen te stellen.

Naam	Rol		Deelproject			
		Programma	Voorbereiding	Crisisorganisatie Governance & Besluitvorming	Crisis communicatie	Verpleeghuizen
De heer drs. Y.S.A. (Yannick) Balk	Secretaris, rapporteur[735]	■				
Mevrouw mr. drs. S. (Saskia) Bartel	Onderzoeker, rapporteur			■		
De heer dr. E.M. (Einar) de Croon	Methodoloog[736]	■	■		■	
De heer dr. A.E.Q. (Lex) van Delden	Methodoloog[737]		■		■	
De heer ir. J.R.V.A. (Jeroen) Dijsselbloem	Portefeuillehouder	■				
De heer drs. E.J. (Eric) Ettema	Onderzoeker, rapporteur				■	
De heer D.C. (David) Grim MSc	Onderzoeker, rapporteur					■
Mevrouw L.H. (Linda) Hoekstra MSc	Onderzoeker, rapporteur		■			
De heer mr. dr. W. (Wouter) Jong	Onderzoeker, rapporteur			■	■	
Mevrouw M. (Marrit) Kamphorst MSc	Onderzoeker, rapporteur[738]			■		
De heer R.T. (Ron) Koppes MSc	Methodoloog[739]		■			
Mevrouw drs. H.J. (Hester) Korver	Programmamanager	■				
Mevrouw mr. L. (Linda) van Krimpen	Secretaris[740], projectleider[741]	■		■		
Mevrouw R. (Renske) Lagendijk	Projectondersteuner	■				

735 Vanaf 1 juli 2021.
736 Tot 1 juli 2021.
737 Vanaf 1 februari 2021.
738 Tot 1 oktober 2021.
739 Vanaf 1 juli 2021.
740 Tot 1 september 2021.
741 Vanaf 1 augustus 2021.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Naam	Rol		Deelproject			
		Programma	Voorbereiding	Crisisorganisatie Governance & Besluitvorming	Crisis communicatie	Verpleeghuizen
Mevrouw L.J.J. (Lisa) van Langen MSc	Onderzoeker, rapporteur		■			
Mevrouw mr. E.M. (Edith) Leentvaar MCPM	Onderzoeker, rapporteur			■		
Mevrouw drs. S. (Seija) Pijnse van der Aa	Projectleider[742]	■		■		
Mevrouw H.T.M. (Hetty) van Rooij	Onderzoeker, rapporteur	■				■
De heer F. (Frank) Rosier MPH	Onderzoeker[743]	■		■		
Mevrouw drs. K.N.R. (Kirsten) van Schaardenburgh-Verhoeve HVK, MPS	Methodoloog	■		■		■
De heer ir. L.P. (Lucas) Sluijs	Projectleider	■	■		■	
Mevrouw dr. C.F. (Christine) Smeets-Hekkink	Projectleider	■				■
Mevrouw E. (Esther) Stieltjes	Projectondersteuner, documentalist	■				
Mevrouw mr. C.A.J.F. (Carol) Verheij	Onderzoeksmanager	■				
Mevrouw dr. ir. J.M. (Marije) Vonk Noordegraaf	Onderzoeker, rapporteur					■

Op programmaniveau vond afstemming plaats tussen de programmamanager, de onderzoeksmanager van het bureau en de portefeuillehouder van de Raad, waar nodig in gezamenlijkheid met de programmamanager van deelonderzoek 2.

In verschillende fases van het onderzoeksproces is gebruik gemaakt van interne en externe advisering en ondersteuning. Op basis van de aard en duur van de bijdrage is een selectie gemaakt van te noemen personen in deze bijlage. Deze selectie is hieronder opgenomen, inclusief de onderdelen waaraan zij hoofdzakelijk een bijdrage leverden:

742 Tot 1 september 2021.
743 Tot 1 juli 2021.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Naam	Rol	Organisatie	Bijdrage aan
De heer dr. W.G. (Wout) Broekema	Adviseur	Universiteit Leiden	Crisisorganisatie, Governance & Besluitvorming
De heer drs. W.J. (Willem) Dekker	Rapporteur	Onderzoeksraad	Samenvatting
De heer drs. R. (Ruben) Dijkstra	Onderzoeker	Onderzoeksraad	Monitor lopende crisis
De heer F. (Floris) Gisolf MSc	Onderzoeker	Onderzoeksraad	Reconstructie
Mevrouw A.P. (Lyda) Groen in 't Woud	Ondersteuning	Onderzoeksraad	Archivering
Mevrouw B.G.T.A. (Britt) van den Heuvel	Ondersteuning	Onderzoeksraad	Interviewverslagen
Mevrouw dr. M. (Marjan) Huisman	Rapporteur		Reconstructie
Mevrouw prof. dr. S.L. (Sanneke) Kuipers	Adviseur	Universiteit Leiden	Crisisorganisatie, Governance & Besluitvorming
De heer E.P.H. (Erik) Moonen	Onderzoeker	Onderzoeksraad	Monitor lopende crisis
De heer drs. M.J. (Max) Nieuwenhout	Onderzoeker		Datamining
Mevrouw drs. M. (Marjan) Slob	Rapporteur		Reconstructie
De heer ing. A. (Albert) Sloetjes	Onderzoeker	Onderzoeksraad	Crisiscommunicatie
De heer dr. J.G. (Hans) Vermaak	Adviseur	Onderzoeksraad	Programma
Mevrouw drs. E.C. (Evera) Voskuil MPA	Onderzoeker	Onderzoeksraad	Monitor lopende crisis, Verpleeghuizen
De heer mr. A.J. (Adriaan) Wierenga	Adviseur		Juridisch kader
De heer dr. J.J. (Jeroen) Wolbers	Adviseur	Universiteit Leiden	Crisisorganisatie, Governance & Besluitvorming

Naast bovengenoemde personen is door vele medewerkers van de Onderzoeksraad bijgedragen aan dit onderzoek. Zowel inhoudelijk (mee- en tegenlezers, interviews, communicatie, onderzoekswerkzaamheden et cetera) als ondersteunend (archivering en correspondentie) is deze collegiale support zeer waardevol geweest.

A.12 Begeleidingscommissie van deelonderzoek 1

De Onderzoeksraad heeft voor het eerste deel van het onderzoek naar de aanpak van de coronacrisis een begeleidingscommissie in het leven geroepen. Deze commissie bestond uit externe leden met voor het onderzoek relevante deskundigheid onder

voorzitterschap van een lid van de Onderzoeksraad. De externe leden hadden op persoonlijke titel zitting in de begeleidingscommissie. Gedurende het onderzoek is de commissie zes keer bijeengekomen om met de raadsleden en het programmateam van gedachten te wisselen over de opzet en de resultaten van het onderzoek. De commissie vervulde een adviserende rol binnen het onderzoek. De eindverantwoordelijkheid voor het rapport en de aanbevelingen ligt bij de Raad. De commissie was als volgt samengesteld.

Naam	Functie
De heer prof. mr. dr. J.A. de Bruijn	Hoogleraar Bestuurskunde aan Technische Universiteit Delft
De heer R. Goldstein RA	Voorzitter publieke sector bij PwC, accountant
De heer prof. dr. A. Hofman	Chair Epidemiology Department, Harvard T.H. Chan School of Public Health, hoogleraar Public Health and Clinical Epidemiology, Harvard University
De heer prof. dr. J.A. Knottnerus	Arts-epidemioloog, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, gewezen voorzitter Gezondheidsraad en voorzitter WRR
Mevrouw prof. dr. P.L. Meurs	Buitengewoon raadslid Onderzoeksraad voor Veiligheid, hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg aan Erasmus Universiteit Rotterdam,
Mevrouw drs. M. Sint	Gewezen voorzitter Isala Klinieken, voorzitter Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen en secretaris-generaal Volkshuisvesting
De heer prof. dr. W.J.M. Spaan	Emeritus hoogleraar Medische Microbiologie, in het bijzonder de fundamentele virologie Gewezen voorzitter LUMC en voorzitter NFU
Mevrouw mr. drs. J.W.E. Spies	Burgemeester van Alphen aan de Rijn en voorzitter Nederlands Genootschap van Burgemeesters
De heer prof. dr. R. Vliegenthart	Hoogleraar Media en Samenleving, wetenschappelijk directeur Amsterdam School of Communication Research, Universiteit van Amsterdam
Mevrouw prof. mr. dr. F. de Vries	Hoogleraar Toezicht aan Rijksuniversiteit Groningen, Managing partner bij &samhoud

NB: in eerste instantie was ook de heer prof. dr. K. Putters (directeur Sociaal en Cultureel Planbureau) aangesteld als lid van de begeleidingscommissie. Hij heeft deelgenomen aan de eerste vergadering. Daarna heeft hij zich in goed overleg teruggetrokken.[744]

744 Hiermee werd de mogelijkheid behouden om, wanneer het onderzoek daar aanleiding toe gaf, de rol van het Sociaal en Cultureel Planbureau te kunnen onderzoeken.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

REACTIES OP CONCEPTRAPPORT

Het conceptrapport (zonder samenvatting, beschouwing en aanbevelingen) is voorgelegd aan de betrokken partijen. Deze partijen is gevraagd het rapport te controleren op feitelijke onjuistheden en onduidelijkheden. De volgende partijen hebben een reactie gegeven op het conceptrapport:

- ActiZ* (branchevereniging van zorgorganisaties)
- GGD GHOR Nederland
- Landelijk Netwerk Acute Zorg
- Ministerie van Algemene Zaken
- Ministerie van Justitie en Veiligheid
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**
- Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Veiligheidsberaad
- Vereniging Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*

**Zowel ActiZ als Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland hebben aangegeven geen opmerkingen te hebben op het rapport.*

***Het ministerie van VWS stuurde op 10 december 2021 separaat een begeleidende brief bij de inzagereactie. Deze brief is hieronder integraal opgenomen. Voor zover de punten uit de brief niet in de inzagetabel stonden, heeft de Onderzoeksraad deze punten afzonderlijk toegevoegd en beantwoord in de hieronder genoemde tabel.*

De binnengekomen reacties zijn op de volgende manier verwerkt:

- Als de Onderzoeksraad besluit reacties over te nemen, dan verwerkt hij deze in de definitieve versie van het rapport.
- Als de Onderzoeksraad reacties niet heeft overgenomen, wordt toegelicht waarom daartoe is besloten.

De reacties en de toelichting van de Onderzoeksraad zijn opgenomen in een tabel die te vinden is op de website van de Onderzoeksraad (www.onderzoeksraad.nl).

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

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 VWS

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

www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

Uw brief
21.0006904

Bijlage(n)

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

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

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 ongekende 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 infectieziektecrisis, 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 ongekende interventiedichtheid over de volle breedte. Het gevolg van deze keuze is wel dat de samenhang tussen bepaalde onderwerpen uit het zicht raakt. Door

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

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, een 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 tot gevolg dat het moeilijk is om 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 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. Maar belangrijker, nog los van de context van wereldwijde schaarste - die uiteraard onbetwist is - maakte ook het ontbreken van een bestaande landelijke testinfrastructuur en van inzicht in beschikbare testmaterialen het eenvoudigweg niet mogelijk om destijds meer te testen.

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 tot het bezoekverbod is besloten omdat er onvoldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en testmogelijkheden waren. Hoewel deze vraagstukken zeker speelden, was het besluit niet daarop gebaseerd, maar 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.[1] 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.

[1] Tweede Kamer, *Aanscherping bezoek verpleeghuizen ivm COVID-19*, 19 maart 2020.

Duidelijker onderscheid maken tussen de precieze chronologie van gebeurtenissen en de aanvullingen op basis van interviews achteraf helpen om een zo compleet mogelijke reconstructie tot stand te brengen, waarin de samenhang tussen de context en de gemaakte beleidskeuzes tot zijn recht komt.[2] 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.

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, als zou de crisisrespons in maart 2020 beter hebben kunnen zijn indien we de impact van infectieziektecrises beter hadden ingeschat. Op dat moment, echter, werden ernst en impact van infectieziektes wel degelijk op hun waarde geschat op basis van de toenmalige (wetenschappelijke) kennis.

Over de crisisorganisatie stelt u dat voortdurend sprake is geweest van verandering. Ik meen dat het aantal veranderingen beperkt is gebleven. 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 2020 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 bewindspersonen. Dit afstemmingsoverleg is tot op de dag van vandaag actief, zij het over de tijd heen in wisselende frequentie, en draagt bij 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 bewindspersonen terugkomen op beloftes en toezeggingen die zij eerder hebben gedaan. Ik merk op dat dit hoofdstuk en hoofdstuk 8 geen voorbeelden bevatten van concrete besluiten, onderbouwingen of beloftes die het kabinet niet nagekomen is waardoor het moeilijk is deze concreet van commentaar te voorzien.

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

[2] Zoals ruim gedocumenteerd tijdens de crisis. Zie de voortgangsbrieven aan de TK en de gemaakte reconstructieve tijdlijnen.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

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 (RVS) '(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 infectieziektecrisis, 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 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 bezoekregeling (20 maart en daarna).
- Er zijn 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[3]. 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[4], 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.[5]

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 – via de lijn – de 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.

[3] De eerste informatie kwam op 24 maart beschikbaar.
[4] 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).
[5] 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.

Persoonlijke beschermingsmiddelen en verpleeghuizen

Overige diensten Kerndepartement
Overige diensten
Kerndepartement
Minister van VWS

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 kwam er meer aandacht voor die situatie en zijn 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 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 mondmaskers 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.
- Ten slotte 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.[6] 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.[7]

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

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

[6] 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.
[7] Tweede Kamer, *Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake verzoek om reactie op bericht mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg toch gebaseerd op schaarste*, 22 september 2020.

Hugo de Jonge

Overige diensten
Kerndepartement
Overige diensten
Kerndepartement
Minister van VWS

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

STELSELBESCHRIJVING

Inleiding

Hieronder staat het organisatiestelsel waarmee de coronapandemie in Nederland is aangepakt. De beschrijving loopt tot september 2020. Er waren twee stelsels actief, met ieder een eigen juridisch kader: infectieziektebestrijding en crisisbeheersing en -bestrijding. Het stelsel van infectieziektebestrijding is beschreven op internationaal en nationaal niveau in paragraaf 1. Het stelsel van de Nederlandse crisisbeheersing en -bestrijding is beschreven in paragraaf 2. Deze laatste beschrijving is toegespitst op de elementen die actief werden bij de uitbraak van de coronacrisis. Gedurende periode tot september 2020 werd het totale stelsel – dus de combinatie van infectieziektebestrijding en van crisisbeheersing en -bestrijding – op specifieke wijze toegepast en doorontwikkeld. Die toepassing en ontwikkeling is beschreven in paragraaf 3.

C.1 Het stelsel van infectieziektebestrijding

Corona kwam langs internationale weg op Nederland af. Daarom komt hieronder eerst de infectieziektebestrijding op internationaal niveau aan de orde (1.1). Vervolgens is beschreven hoe infectieziektebestrijding op nationaal niveau is georganiseerd (1.2).

C.1.1 Infectieziektebestrijding internationaal

Landen zijn bij de infectieziektebestrijding soeverein. Internationale partijen hebben een coördinerende, adviserende rol. Landen behoren zich wel te houden aan internationale verdragen die ze onderling hebben afgesloten. Hieronder staat hoe landen internationaal samenwerken: wereldwijd en Europees.

Samenwerking wereldwijd

Binnen de Verenigde Naties (VN) is de **Wereldgezondheidsorganisatie** – ook **World Health Organization (WHO)** genoemd – de autoriteit op het terrein van internationale gezondheid. Zij heeft op dat terrein een sturende en coördinerende rol.[745] De WHO beoogt de gezondheid van de wereldbevolking te bevorderen. Zij brengt onder meer wereldwijde aspecten van de gezondheidszorg in kaart en coördineert activiteiten, zoals de classificatie van geneesmiddelen (ATC-codering) en aandoeningen (ICD-10).[746] [747]

745 Art. 2 sub a Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie, New York, 22 juli 1946.
746 Art. 1 en 2 Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie, New York, 22 juli 1946.
747 https://www.who.int

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Een van haar taken is om de 193 lidstaten wereldwijd te assisteren bij het bestrijden van infectieziekten.[748] [749] Deze taak ligt bij het **Department of Communicable Disease Surveillance and Response (CSR)**. Het CSR verzamelt wereldwijd data, signaleert beginnende epidemieën, en publiceert over incidenten en actuele situaties. Als de bestrijdingscapaciteit van een land of regio ergens ter wereld tekortschiet, helpt en coördineert het CSR.[750]

De basis voor deze taak van de CSR is de **Internationale Gezondheidsregeling 2005 (IGR 2005)** – ook International Health Regulation (IHR) genoemd – een verdrag dat onder auspiciën van de WHO tot stand is gekomen. Deze regeling is in werking getreden in 2007. De IGR 2005 regelt hoe landen grensoverschrijdende infectieziekten beheersen en bestrijden.[751] Elk land dat op de WHO is aangesloten, moet een nationaal IGR-coördinatiepunt hebben (national focal point (NFP)). In Nederland heeft het ministerie van VWS daarvoor aangewezen het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM.[752] Aangesloten landen, dus ook Nederland, hebben volgens de regeling een meldingsplicht aan de WHO voor bepaalde infectieziekten en bij een 'gezondheidsdreiging van internationaal belang'.[753] De regels van de IGR 2005 zijn in Nederland opgenomen in de Wet publieke gezondheid.

De directeur-generaal van de WHO kan een 'noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid van internationaal belang' vaststellen (Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)).[754] [755] Voor COVID-19 gebeurde dit op 30 januari 2020. In zo'n noodsituatie kan de WHO op grond van de IGR aan lidstaten aanbevelingen geven over het gewenste bestrijdingsbeleid.[756] Randvoorwaarden bij de aanbevelingen zijn: het handelsverkeer tussen landen zo min mogelijk beperken en de rechten van de mens in acht nemen.[757] De WHO-beleidsaanbevelingen zijn zwaarwegend, maar niet dwingend van aard.[758] De WHO adviseerde bijvoorbeeld het personen- en handelsverkeer niet te belemmeren. Toch heeft een groot aantal landen, waaronder Nederland, het vrije personenverkeer beperkt. Hiertegen kan de WHO niet dwingend optreden.[759]

Samenwerking Europees

Binnen de **Europese Unie (EU)** is de volksgezondheid primair een nationale aangelegenheid van de lidstaten zelf. De EU vult het nationale beleid aan, zo staat in

748 Art. 13 en 15 IGR 2005.
749 IGR van 23-05-2005, Trb. 2007, 34. De regeling is bindend voor de 196 staten die verdragspartij zijn, waaronder alle 194 lidstaten van de WHO. Deze regeling is gebaseerd het Statuut van de WHO (1946), *stb.* 1948, 182, dat later nog enige malen is herzien.
750 Artikelen 10, 13, 48-49 en 53 IGR 2005 en I. Helsloot & J.E. Steenbergen, Infectieziektebestrijding, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 184.
751 IGR van 23-05-2005, Trb. 2007, 34.
752 Artikel 4 IGR 2005.
753 Artikelen 6-8 IGR 2005. Er is voorzien in een beslisschema om te bepalen wanneer sprake is van een gezondheidsdreiging van internationaal belang, zie: A. Timen e.a., 'De (on)zichtbare scheiding tussen een uitbraak en een crisis' in: E.R. Muller e.a., *Crisis: Studies over crisis en crisisbeheersing*, Deventer: Kluwer 2009, p.154-155.
754 IGR van 23-05-2005, Trb. 2007, 34.
755 Artikelen 12, 48-49 IGR 2005.
756 Artikelen 15-18, 53 IGR 2005.
757 Artikelen 2 en 3 IGR 2005.
758 *Kamerstukken II* 2007/08, 31 316, nr. 3, p. 4-5, B.C.A. Toebes 'COVID-19 uitbraak is zaak van internationaal recht en mensenrechten', https://www.rug.nl/rechten/onderzoek/expertisecentra/ghlg/blog/covid-19-uitbraak-is-zaak-van-internationaal-recht-en-mensenrechten-22-03-2020.
759 A.C. Hendriks, 'Nood breekt wet in tijden van corona', NJB 2020/880.

Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU).[760] Infectieziektebestrijding wordt sinds 2005 in Europees verband gecoördineerd en afgestemd door het European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). De ECDC is opgericht nadat de lidstaten de dreiging van SARS in 2003 verschillend benaderden, wat leidde tot het inzicht dat meer coördinatie en afstemming nodig was.[761]

Het **European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)** is het Europese expertisecentrum dat beoogt de volksgezondheid te beschermen, onder andere door preventie en beheersing van infectieziekten.[762] [763] Dit centrum signaleert en beoordeelt de risico's van infectieziekten en informeert hierover.[764] Het geeft wetenschappelijk onderbouwd advies aan EU-instellingen en lidstaten en verleent op verzoek wetenschappelijke en technische bijstand aan zowel EU-landen als niet-EU-landen.[765] Een voorbeeld van dergelijke bijstand is het ontwikkelen van technische richtsnoeren voor beschermingsmaatregelen.[766] Verder coördineert het ECDC op volksgezondheidsgebied een groot aantal Europese netwerkactiviteiten.[767] Het ECDC staat in verbinding met de WHO via een Advisory Forum.[768] In dit forum zit namens Nederland de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)van het RIVM.

De Europese lidstaten zijn verplicht om een (dreigende) uitbraak van een infectieziekte te melden aan het ECDC, de Europese Commissie en de EU-lidstaten via **het Early Warning and Response System (EWRS)**.[769] Het EWRS is in 1998 in het leven geroepen om 'een snelle en effectieve reactie van de EU te verzekeren op gebeurtenissen, waaronder noodsituaties, rond infectieziekten.' [770] [771] Het Nederlandse EWRS Focal Point is het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM.[772] [773] Dit voert voor de minister van VWS de meldingsplicht uit.

Bij een infectieziekte-uitbraak kan de **Europese Commissie (EC)** een gezamenlijke Europese reactie coördineren en gerichte initiatieven nemen. Ook op het coronavirus heeft de EC gereageerd.[774] Zo heeft zij bijvoorbeeld Uitvoeringsverordening 2020/4022

760 Artikel 168 VWEU.
761 A. Timen e.a., 'De (on)zichtbare scheiding tussen een uitbraak en een crisis' in: E.R. Muller e.a., *Crisis: Studies over crisis en crisisbeheersing*, Deventer: Kluwer 2009, p.151-152.
762 Besluit 1082/2013/EU van de Europese Raad en het Europees parlement, 'over ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid' regelt het hier relevante deel van de taken en bevoegdheden (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32013D1082&qid=1610890547534). Verordening (EG) nr. 851/2004, Pb. 2004, L 142/1 regelt de instelling van het ECDC (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32004R0851&qid=1610890137868).
763 Art. 3 lid 1 Verordening (EG) nr. 851/2004.
764 Art. 9 lid 4 sub a Besluit nr. 1082/2013/EU van de Europese Raad en het Europese parlement, 'over ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid'.
765 Art. 6, 7 en 9 Verordening (EG) nr. 851/2004.
766 Art. 9 lid 2 Verordening (EG) nr. 851/2004.
767 Art. 2 lid 2 sub d Verordening (EG) nr. 851/2004; https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data?s=Covid
768 *Kamerstukken II*, 22894, nr. 158, 08-02-2008, 'Preventiebeleid voor de volksgezondheid; Brief minister over stand van zaken betreffende het Europees Centrum voor preventie en bestrijding van infectieziekten (ECDC)'.
769 Hoofdstuk IV Besluit nr. 1082/2013/EG (Pb. 2013 L 293/1), nr. 2000/57/EG, Pb. 2000 L 21/32, zoals gewijzigd bij Pb. 2008, L 117/40 en Pb. 2009, L 181/57.
770 Beschikking 2119/98/EC.
771 https://ec.europa.eu/health/health-security-and-infectious-diseases/surveillance-and-early-warning_en
772 Zie ook: de interne notitie samenwerking RIVM/CIb met WHO en ECDC/EU, 2020/11/.01. Zie ook hoofdstuk 8 (Internationale samenwerking) van de RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding Strategie 2016-2021 https://www.rivm.nl/publicaties/rivm-centrum-infectieziektebestrijding-strategie-2016-2021.
773 Hoofdstuk IV Besluit nr. 1082/2013/EG (Pb. 2013 L 293/1), nr. 2000/57/EG, Pb. 2000 L 21/32, zoals gewijzigd bij Pb. 2008, L 117/40 en Pb. 2009, L 181/57.
774 https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response_en.

vastgesteld. Dit is een noodmaatregel op grond waarvan de uitvoer van bepaalde medische beschermingsmiddelen naar landen buiten de EU vergunningsplichtig is. Namens Nederland zijn voor dergelijke vergunningen beslissingsbevoegd de inspecteur-generaal en de hoofdinspecteurs van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).[775] Daarnaast heeft de Europese Commissie de Schengenlanden opgeroepen niet-essentiële reizen van buiten de EU naar een EU-lidstaat te ontmoedigen.[776] Verder sluit de Europese Commissie namens de lidstaten aankoopovereenkomsten met afzonderlijke producenten van COVID-19-vaccins.[777]

Ondanks de verschillende coördinerende en faciliterende taken blijft het optreden van de WHO en de EU op het terrein van de volksgezondheid subsidiair aan dat van de lidstaten. In het internationale veld van infectieziektebestrijding wordt Nederland vertegenwoordigd door het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. Het is nationaal IGR-coördinatiepunt bij de WHO, het zit in het Advisory Forum van de ECDC, het is contactpunt bij het Europese EWRS.

C.1.2 Infectieziektebestrijding nationaal

Sinds de negentiende eeuw wordt volksgezondheid, waaronder infectieziektebestrijding, in Nederland gezien als een kerntaak van de overheid.[778] De zorgtaak van de overheid voor de volksgezondheid is in de huidige **Grondwet** neergelegd in artikel 22 lid 1: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.' De infectieziektebestrijding is hoofdzakelijk geregeld in de **Wet publieke gezondheid (Wpg)** uit 2008.[779] In de Wpg zijn de voorschriften uit de Internationale Gezondheidsregeling 2005 van de WHO verwerkt. De Wpg kent een indeling van infectieziekten in groep A, B1, B2 en C. In welke groep een ziekte valt, hangt af van de besmettelijkheid, de ernst en de potentiële impact op de volksgezondheid. **Groep A** is de zwaarste categorie.[780] De indeling bepaalt wie bevoegd is om welke infectieziektebestrijdingsmaatregelen op te leggen. De indeling bepaalt ook welke bestuurder verantwoordelijk is bij een epidemie, zoals bij COVID-19. De minister van VWS kan een bestaande ziekte opschalen of een nieuwe ziekte inschalen. COVID-19 is na advies van het OMT door de minister op 28 januari 2020 als nieuwe infectieziekte ingeschaald in de hoogste categorie, groep A.[781]

775 *Stcrt*. 2020, 18017.
776 Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council, COVID-19: Temporary Restriction on NonEssential Travel to the EU, COM(2020) 115 final (16 maart 2020).
777 https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/hoe-samenwerken-loont-twee-miljard-vaccins-voor-450-miljoen-eu-burgers~bab087bc
778 De zorgtaak van de overheid voor de volksgezondheid is in de huidige Grondwet neergelegd in artikel 22 lid 1: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.' In de 19e eeuw begon de overheidsaandacht voor de volksgezondheidszorg met de bestrijding van prangende gezondheidsproblemen door kwakzalverij en infectieziekten. Dit ging gepaard met wetgeving: de Wet op de uitoefening der geneeskunst van juni 1865 (Staatsblad 1865, 60) en de Wet ter wering en beteugeling van besmettelijke ziekten van december 1872 (Staatsblad 1872, 134).
779 Voor de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) geldt specifieke wetgeving: vergelijk in dit verband de Wet publieke gezondheid BES en de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Bonaire, Sint Eustatius en Saba.
780 A. Timen e.a., 'De (on)zichtbare scheiding tussen een uitbraak en een crisis' in: E.R. Muller e.a., *Crisis: Studies over crisis en crisisbeheersing*, Deventer: Kluwer 2009, p.156-158.
781 Ministeriële Regeling 2019-nCoV 28-01-2020, Stcrt. 2020, 6800.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De algemene infectieziektebestrijding is een lokale en regionale aangelegenheid.[782] Daarbij gaat het om de dagelijkse preventie en bestrijding van infectieziekten die geen epidemisch verloop kennen. Bij de bestrijding van een epidemie kunnen bovendien nationale bestuurders en instanties betrokken zijn. Hieronder komt eerst de algemene infectieziektebestrijding aan de orde. Daarna komt de bestrijding van een epidemie en de voorbereiding erop aan de orde. De focus ligt daarbij op een epidemie van een A-ziekte. Omdat het ministerie van VWS bij een epidemie van een A-ziekte een grote rol krijgt, is de organisatie van dit ministerie apart belicht.

Algemene infectieziektebestrijding
De Wet publieke gezondheid bepaalt dat de algemene infectieziektebestrijding een bestuurlijke verantwoordelijkheid is van het **college van burgemeester en wethouders.** Tot die verantwoordelijkheid behoort het nemen van algemene preventieve maatregelen en bron- en contactopsporing bij meldingen van infectieziekten.[783] De uitvoering van de infectieziektebestrijding is (meestal) neergelegd bij de **Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD).**

De GGD beslaat het gebied van een veiligheidsregio. Met het oog op hun verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid zorgen gemeentes binnen een veiligheidsregio namelijk gezamenlijk voor een gezondheidsdienst. GGD'en beschermen, bewaken en bevorderen de gezondheid van de inwoners van Nederland (de publieke gezondheidszorg). Ze hebben een aantal wettelijke taken, beschreven in de Wet publieke gezondheid (Wpg), waaronder: jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en 'schoolarts'), medische milieukunde, infectieziektebestrijding, bevolkingsonderzoeken en gezondheidsvoorlichting. Naast de wettelijke taken voert iedere GGD voor zijn gemeente(n) ook aanvullende taken uit, die staan beschreven in de gemeentelijke nota's over het lokale beleid voor de gezondheidszorg.[784]

Het algemeen bestuur van de GGD bestaat uit de wethouders publieke gezondheidszorg van de gemeenten die tot de regio behoren. De GGD staat onder leiding van een **Directeur Publieke Gezondheid (DPG)**.[785] Deze wordt benoemd door het algemeen bestuur van de gemeentelijke gezondheidsdienst in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio. Er zijn in totaal 25 GGD'en in Nederland; een landelijk dekkend netwerk.

Om de infectiebestrijding uit te voeren, beschikt de GGD over een afdeling infectieziektebestrijding. Daar werken gespecialiseerde medewerkers, zoals artsen-infectieziekten en sociaal verpleegkundigen, die de infectieziekten behandelen.[786] Binnen de infectieziektebestrijding is de GGD verantwoordelijk voor het **bron- en contactonderzoek** (art. 6 Wpg). Bij de bestrijding volgen GGD'en de richtlijnen van het RIVM en werken ze samen met het RIVM, de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit

782 Artikel 6 lid 1 Wpg.
783 Artikel 6 lid 1 Wpg.
784 Zie: https://ggdghor.nl/home/wat-doet-een-ggd/
785 Artikel 14 Wpg. De Directeur Publieke Gezondheid die wordt benoemd door het algemeen bestuur van de gemeentelijke gezondheidsdienst in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio. De Directeur Publieke Gezondheid is eveneens verantwoordelijk voor de GHOR en vervult bij GRIP-opschaling de functie van operationeel leider in de witte kolom.
786 https://ggdghor.nl/home/wat-doet-een-ggd/

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

(NVWA) en regionale ketenpartners zoals laboratoria, huisartsen, ziekenhuizen en veterinaire artsen. GGD'en geven specifieke aandacht aan instellingen waar mensen verblijven of samenkomen die kwetsbaar zijn voor infectieziekten, zoals verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen, kindercentra, basisscholen, asielzoekerscentra.[787] [788] Daarnaast hebben ze in de infectieziektebestrijding de volgende taken: gemeenten en het Rijk inzicht geven in de risico's rond infectieziekten en de mogelijkheden ze te verkleinen; risicovolle instellingen en bedrijven adviseren over mogelijke maatregelen; zorgen voor een adequate aanpak bij (dreiging van) een epidemie.

De route van besmettingssignaal tot het lokaal of regionaal bestuur loopt als volgt. Patiënten met een infectieziekte komen in de regel eerst in contact met de huisarts of een arts in een zorginstelling. Soms komen ze direct terecht bij een specialist in het ziekenhuis. Om te kunnen starten met een behandeling is een definitieve diagnose nodig. Die wordt gesteld door lichaamsmateriaal te laten onderzoeken in een **medisch microbiologisch laboratorium (MML)**.[789] Voor sommige infectieziekten geldt een directe meldingsplicht voor de arts of het laboratorium. Ze moeten de infectie en enkele patiëntgegevens melden aan de directeur van de GGD in de desbetreffende regio. De GGD informeert vervolgens de **burgemeester** of de **voorzitter van de veiligheidsregio**.[790]

In een MML wordt onderzoek gedaan in patiëntmateriaal zoals urine, bloed of ontlasting, naar de veroorzakers van infecties: allerlei soorten bacteriën, virussen, parasieten, gisten en schimmels.[791] Deze laboratoria vormen een essentiële schakel in de infectieziektebestrijding, omdat ze de diagnostiek uitvoeren voor ziekenhuizen, huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen en GGD'en. Ze staan onder eindverantwoordelijkheid van een arts-microbioloog.

Het bron- en contactonderzoek voert de GGD als volgt uit. De bron van de infectie wordt opgespoord en zo mogelijk geïsoleerd en personen die met de geïnfecteerde in contact zijn geweest, worden getraceerd. Deze contacten, die mogelijk ook geïnfecteerd zijn, kunnen worden onderzocht en zo nodig behandeld en geïsoleerd om verdere verspreiding te voorkomen.[792] Het uitgangspunt hierbij is dat geïnfecteerde personen meewerken op basis van vrijwilligheid. De GGD kan echter vragen aan de burgemeester of de voorzitter van de veiligheidsregio om bepaalde bestrijdingsmaatregelen, zoals quarantaine of isolatie, aan individuen op te leggen.[793]

Bovenstaande taken en verantwoordelijkheden zijn lokaal en regionaal geregeld en vallen niet onder een nationaal gezag. Wel gaan meldingen van infectieziekten allereerst naar de GGD en daarna geautomatiseerd naar het **Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)** van het RIVM. Deze kan verbanden leggen, bijvoorbeeld bij meerdere ziektegevallen

787 Zie https://ggdghor.nl/thema/infectieziektebestrijding/
788 Artikel 6 Wpg.
789 B I. Helsloot & J.E. Steenbergen, Infectieziektebestrijding, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 119-120.
790 Artikelen 21-29 Wpg.
791 Zie https://www.ysl.nl/afdelingen-en-specialismen/algemeen-klinisch-laboratorium-akl/algemeen-klinisch-laboratorium/medisch-microbiologisch-laboratorium/
792 I. Helsloot & J.E. Steenbergen, Infectieziektebestrijding, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 109-113.
793 Het gaat om de infectieziektebestrijdingsmaatregelen gericht op personen, goederen, gebouwen en vervoermiddelen bij een (gegrond vermoeden van) besmetting uit hoofdstuk 5 van de Wet publieke gezondheid.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

in verschillende regio's, en kan bijzondere gevallen meteen onder de aandacht brengen van het ministerie van VWS. [794] De IGJ kan als toezichthouder aanbevelingen (in plaats van aanwijzingen) geven als zij vindt dat een GGD zijn wettelijke taken onvoldoende vervult (art. 64 Wpg).

Om de decentrale bestrijding te structureren op landelijk niveau heeft het RIVM een **Programma Regionale Ondersteuning Infectieziektebestrijding**. Dat programma verbindt de regionale uitvoeringsorganisaties met elkaar, en met landelijke partners zoals het ministerie van VWS en het CIb van het RIVM. Onderdeel van dit RIVM-programma zijn **Regionaal Arts Consulenten (RAC'ers)**. RAC'ers bevorderen de samenwerking tussen GGD'en onderling en met netwerkpartners en geven ze advies. De RAC'ers adviseren het **Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)**, een onderdeel van het CIb van het RIVM. Ook agenderen zij actuele onderwerpen en knelpunten bij andere landelijke partners.

Bestrijding van een epidemie van een A-ziekte
Er is sprake van een epidemie als in korte tijd het aantal nieuwe patiënten met een infectieziekte uit groep A, B1, B2 of C toeneemt.[795] Bij een epidemie van een infectieziekte uit groep B1, B2 of C ligt de leiding van de bestrijding en de voorbereiding daarop bij de burgemeester. Bij een (gegrond vermoeden van) besmetting zorgt de burgemeester ervoor dat infectieziektebestrijdingsmaatregelen worden toegepast voor personen, goederen, gebouwen en vervoermiddelen.[796] Indien de burgemeester daarom verzoekt, kan bij een epidemie van een ziekte uit groep B1 of B2 de bestrijding geleid worden door de minister van VWS.[797] Bij een ziekte uit groep A wordt de bestrijding altijd geleid door de minister van VWS.[798]

Terwijl de leiding bij een A-infectieziekte ligt bij de minister, ligt de praktische uitvoering van de bestrijding zelf bij de **voorzitter van een veiligheidsregio.** Deze is exclusief (bij uitsluiting) bevoegd om de infectieziektebestrijdingsmaatregelen uit de Wpg toe te passen.[799] Dit betekent dat bij zo'n epidemie het optreden van de voorzitter van de veiligheidsregio altijd samenvalt met de leidinggevende rol van de minister.[800] De minister kan voorzitters van veiligheidsregio's opdragen hoe de epidemie te bestrijden. Zo is te voorkomen dat in een landelijke infectieziektecrisis veiligheidsregio's onsamenhangend, ongelijk of tegenstrijdig beleid voeren. De minister kan ook ministeriële bevoegdheden tot infectieziektebestrijdingsmaatregelen overdragen aan voorzitters van de veiligheidsregio's. De minister van VWS informeert in zo'n geval de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de minister van Justitie en Veiligheid.[801]

794 I. Helsloot & J.E. Steenbergen, Infectieziektebestrijding, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 172.
795 Artikel 1 Wpg.
796 Artikel 6 lid 3 Wpg.
797 Artikel 7 lid 2 Wpg. De Minister kan dan de burgemeester opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder begrepen het opdragen tot het toepassen van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V Wpg.
798 Artikel 7 lid 1 Wpg. De Minister kan dan de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder begrepen het opdragen tot het toepassen van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V Wpg.
799 Artikel 8 lid 4 Wpg. Het gaat om de maatregelen uit de artikelen 34, vierde lid, 47, 51, 54, 55 of 56 Wpg.
800 *Kamerstukken II* 2008/09, 31 968, nr. 3, p. 16.
801 Artikel 7 lid 5 Wpg.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte ligt op regionaal niveau, bij **het bestuur van de veiligheidsregio.**[802] Dit bestuur bepaalt in een crisisplan de taken en bevoegdheden. In het plan moet opgenomen zijn wat de minister van VWS voor zo'n epidemie opdraagt aan maatregelen. In regionale risicoprofielen houden veiligheidsregio's rekening met het scenario 'pandemie'.[803] Het bestuur van de veiligheidsregio stemt zo'n crisisplan af met het algemeen bestuur van de GGD.[804]

Bij het leiden van de bestrijding van een A-infectieziekte wordt de minister van VWS geadviseerd en bijgestaan door verschillende instellingen. Het OMT formuleert een advies. Dat advies komt ter toetsing in een Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding (BAO), waaraan diverse organisaties deelnemen. Hieronder staat beschreven hoe het RIVM is georganiseerd en tot een advies komt en hoe de afstemming via het BAO werkt.

Het **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)** is een kennis- en onderzoeksinstituut gericht op de bevordering van de volksgezondheid en een gezond en veilig leefmilieu. Ter ondersteuning van het overheidsbeleid onderzoekt het wat er nodig is voor goede zorg, veilige producten en een gezonde leefomgeving.[805] Het zorgt voor een geboortescreening, heeft een centrale rol bij bevolkingsonderzoeken en zorgt voor het bestrijden van infectieziekten.

Het RIVM heeft een **Centrum Infectieziektebestrijding (CIb).** Dat coördineert en regisseert de bestrijding van infectieziekten. Het CIb is in Nederland aanspreekpunt voor het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Daarnaast formuleert het CIb voor Nederland het gewenste preventie- en bestrijdingsbeleid en geeft het advies aan professionals in de praktijk en aan de overheid. Binnen dit centrum is de **Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)** bij een uitbraak van infectieziekten verantwoordelijk voor (a) de inhoudelijke advisering van overheid en professionals over hoe deze uitbraak het beste is te bestrijden inclusief de ermee samenhangende communicatie en (b) de implementatie van het landelijke beleid. De LCI draagt bij aan het onderhoud en de inrichting van het professionele bestrijdingsnetwerk. Dit bestrijdingsnetwerk bestaat uit onder meer uit GGD'en, zorginstellingen, eerstelijnszorg en arbo-professionals. Daarnaast is het centrum onder meer verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke aansturing van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).[806]

Bij een regio-overschrijdende uitbraak van een infectieziekte of een internationale dreiging kan de directeur van het CIb en **Outbreak Management Team (OMT)** instellen. Ook de minister van VWS kan verzoeken om een OMT. Een OMT bestaat uit vaste leden en ad hoc op te roepen deskundigen. De vaste leden van een OMT zijn de voorzitter

802 Artikel 6 lid 2 Wpg. Naast het in eind januari in deze categorie ingedeelde coronavirus (2019-nCov) vallen er vijf (groepen van) ziekten in deze categorie: pokken, polio, SARS, MERS en virale hemorragische koorts (zoals Ebola of Marburg).
803 Zie bijvoorbeeld het Risicoprofiel 2019 van de Veiligheidsregio Utrecht, via: https://vru.nl/sites/default/files/2021-06/AB20190327-06-2%20Bijlage%20A%20-%20RRP%20VRU%202019.pdf
804 Artikel 8 lid 1-3 Wpg, het gaat om het crisisplan uit artikel 16 Wpg.
805 https://www.rivm.nl/over-het-rivm/rivm Zie artikel 6c Wpg voor de taak van het RIVM in de infectieziektebestrijding.
806 https://rijksvaccinatieprogramma.nl/

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

(directeur CIb), secretaris (hoofd LCI) en organisaties die een belangrijke rol spelen bij de infectieziektebestrijding in Nederland, zoals de beroepsorganisatie van artsen-microbiologen (NVMM), huisartsen (NHG), internisten-infectiologen (VIZ), en het Arbo Management Team (AMT)). Experts met verschillende achtergronden en kennis over de desbetreffende ziekte worden ook uitgenodigd. De uitnodiging voor het OMT-lidmaatschap is gebaseerd op de rol van de uit te nodigen organisaties. De vertegenwoordigers van deze organisaties nemen echter deel aan het OMT op persoonlijke titel. Het aantal OMT-leden hangt af van de agenda en het onderwerp. De OMT-leden bespreken op basis van actuele informatie, hun vakkennis en beschikbare wetenschappelijke literatuur hoe de uitbraak te bestrijden is. Ook gaan ze in op de risico's en onzekerheden. Deelopdrachten kan het OMT laten uitwerken in een deskundigenberaad (DB). De beraadslagingen van het OMT zijn vertrouwelijk. Het OMT geeft uiteindelijk een advies, dat de basis vormt voor beleidsbeslissingen. [807] Als het OMT niet unaniem is, staan de verschillende opvattingen in het advies.[808]

Het OMT levert het advies op aan het ministerie van VWS via het **Bestuurlijk Afstemmingsoverleg Infectieziektebestrijding (BAO)**.[809] Het BAO wordt voorgezeten door de directeur-generaal Volksgezondheid (DGV) van het ministerie van VWS. Aan het BAO nemen deel: de voorzitter en de secretaris van het OMT, ambtenaren van betrokken ministeries, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), betrokken burgemeester(s) of voorzitter(s) van de Veiligheidsregio's, GGD en GHOR Nederland, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en op uitnodiging de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA).[810] Het BAO toetst de adviezen op bestuurlijke haalbaarheid en uitvoerbaarheid. Op basis van het BAO-advies besluit de minister van VWS tot het opleggen van infectieziektebestrijdingsmaatregelen.[811]

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Omdat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) leiding geeft aan de bestrijding van een uitbraak van een infectieziekte uit groep A, had het ministerie van VWS een prominente rol in de bestrijding van corona.[812] Daarom is hieronder apart beschreven hoe dit ministerie is ingericht en hoe het is verbonden met enkele relevante actoren in de coronacrisis.

De **minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)** draagt zorg voor de volksgezondheid, waaronder de publieke gezondheidszorg. Daartoe behoort beleid voor ziekenhuizen, geneesmiddelen, ziektekosten en huisartsen.[813] Verder is de minister verantwoordelijk voor het preventiebeleid en de preventieve gezondheidszorg in sectoren die zijn aangewezen bij algemene maatregel van bestuur.[814] Andere taken zijn

807 A. Timen e.a., 'De (on)zichtbare scheiding tussen een uitbraak en een crisis' in: E.R. Muller e.a., *Crisis: Studies over crisis en crisisbeheersing*, Deventer: Kluwer 2009, p.151-152.
808 https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/omt
809 Artikel 7 lid 4 Wpg. Zie ook het Instellingsbesluit Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding, *Stcrt.* 7 december 2004, nr. 236, p. 10.
810 Instellingsbesluit BAO: https://wetten.overheid.nl/BWBR0017587/2018-08-01
811 A. Timen e.a., 'De (on)zichtbare scheiding tussen een uitbraak en een crisis' in: E.R. Muller e.a., *Crisis: Studies over crisis en crisisbeheersing*, Deventer: Kluwer 2009, p. 157.
812 Art. 7 lid 1 Wet publieke gezondheid; https://www.rivm.nl/leidinggeven-aan-bestrijding-van-dreigende-infectieziekte-uit-groep-a
813 Art. 3 lid 1 Wet publieke gezondheid.
814 Art. 6a lid 1 Wet publieke gezondheid.

het welzijnsbeleid zoals de ouderengezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg, het sociaal-cultureel werk, de verslaafdenzorg en de maatschappelijke dienstverlening en het sportbeleid.[815]

Binnen het ministerie van VWS richt het **directoraat-generaal Publieke Gezondheid (DG PG)** zich op het bevorderen van de algehele gezondheidstoestand, het voorkomen van ziekten (preventie), medische ethiek en het voorzien in een goede structuur bij rampen en crisis, zoals bij COVID-19. Het DG PG is opdrachtgever van onder meer de **Gezondheidsraad** en het **RIVM.** Onder het DG PG valt het **departementale crisiscentrum (DCC)** dat 24/7 bereikbaar is. Het DG PG is ingedeeld in drie afdelingen: Openbare- en Jeugdgezondheidszorg (OJGZ), Financieel Beleid en Ethiek (FBenE) en Crisisbeheersing en Infectieziekten (CI).[816] Het **directoraat-generaal Langdurige Zorg (DG LZ)** is verantwoordelijk voor het ontwikkelen, laten uitvoeren en evalueren van het beleid op het gebied van langdurige zorg. Daarbij gaat het om zorg aan mensen die 24-uurstoezicht en -zorg nodig hebben. Het zijn mensen met psychogeriatrische, verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke beperkingen of met langdurige psychiatrische problematiek. De zorg voor hen is geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het **directoraat-generaal Curatieve Zorg (DG CZ)** houdt zich bezig met eerstelijns zorg bij onder andere de huisarts, de wijkverpleegkundige, het ziekenhuis en de (kortdurende) geestelijke gezondheidszorg. Het is de verantwoordelijkheid van DG CZ om randvoorwaarden te creëren waarin de curatieve zorg – ongeveer de helft van alle zorg in ons land – optimaal kan functioneren.[817] De directie GMT binnen het DG CZ schept voorwaarden om de toegankelijkheid te waarborgen van medische producten gericht op doelmatige zorg met kwalitatief hoogwaardige en veilige producten.

Onderdeel van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)**. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland. Zij heeft een toezichthoudende functie op grond van onder meer de Geneesmiddelenwet, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018), de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De IGJ heeft ook een toezichthoudende functie in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg), specifiek ten aanzien van het handelen van de arts infectieziektebestrijding. Met incidententoezicht reageert de IGJ op meldingen van burgers, zorgaanbieders, fabrikanten, gemeenten en andere instanties.[818] De grootste risico's in de zorg benadert de IGJ door risico-informatie te verzamelen en gericht instanties te bezoeken, het zogeheten risicotoezicht. De IGJ kan in de rol van toezichthouder aanwijzingen geven als zij vindt dat een GGD zijn wettelijke taken onvoldoende vervult. Ook krijgt de IGJ een melding van de uitbraak van infectieziekten.

815 https://www.Rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport
816 https://www.Rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/publicaties/2018/01/09/organogram-ministerie-van-vws
817 'Welkom bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020', Introductiedossier bewindspersonen VWS.
818 https://www.igj.nl/

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Advies krijgt het ministerie van VWS onder meer van de **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)**. De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan en houdt toezicht op de zorgmarkt in Nederland, bestaande uit zorgaanbieders en -verzekeraars. De NZa ziet er onder meer op toe dat deze zorgaanbieders en -verzekeraars correct declareren, informatie goed verstrekken en zich houden aan hun wettelijke zorgplicht.[819] Ook doet de NZa onderzoek om goede regels voor de zorg te maken en om goed toezicht te kunnen houden op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hun toezicht op financieel beleid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars werkt de NZa samen met de IGJ. Beide partijen verstrekken elkaar daartoe relevante informatie. Sinds de uitbraak van corona monitort de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de gevolgen van de pandemie voor de toegankelijkheid van zorg.[820]

Als de minister van VWS besluit leiding te geven aan de bestrijding van een A-ziekte dan informeert hij de **minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK**) en de **minister van Justitie en Veiligheid (JenV)**. Het ministerie van BZK borgt de kernwaarden van de democratie en staat voor een goed en slagvaardig openbaar bestuur.[821] Het ministerie van JenV houdt zich bezig met de rechtsorde in alle stadia. Dit omvat onder meer wetgeving, preventie, handhaving, strafoplegging en slachtofferhulp.[822]

C.2 Het Nederlandse stelsel van crisisbeheersing en –bestrijding

Tijdens de coronacrisis is het stelsel van rampenbestrijding en crisisbeheersing geactiveerd. Daarom staat hieronder beschreven hoe de crisisbeheersing en -bestrijding in Nederland is georganiseerd. Alleen aspecten die relevant zijn voor de bestrijding van de coronacrisis tot september 2020 komen aan bod.

C.2.1 De regionale crisisstructuur

Hieronder staat de regionale crisisstructuur beschreven. De lokale crisisstructuur, waarin de burgemeester een grote rol speelt, is niet beschreven omdat vrijwel meteen de opgeschaalde regionale structuur actief werd. Eerst komt de algemene regionale crisisstructuur aan de orde. Daarna zijn enkele partijen beschreven die daarin een rol spelen en die specifiek zijn voor de zorg.

Algemeen
Op decentraal niveau wordt de kern van de crisisbeheersingsorganisatie gevormd door de **veiligheidsregio.** Een veiligheidsregio is een gebied waarin verschillende besturen en diensten samenwerken op het terrein van crisisbeheersing, rampenbestrijding, geneeskundige hulpverlening bij rampen, brandweerzorg, en handhaving van de openbare orde en veiligheid in geval van rampen of crises. In dit gebied worden de relevante sectoren vertegenwoordigd op bestuurlijk niveau (veiligheidsbestuur), ambtelijk niveau (veiligheidsdirectie) en operationeel niveau. Nederland is verdeeld in 25 veiligheidsregio's.

819 Artikel 16 Wet marktordening gezondheidszorg.
820 https://www.nza.nl/
821 https://www.Rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-binnenlandse-zaken-en-koninkrijksrelaties
822 https://www.Rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-justitie-en-veiligheid

Het algemeen bestuur van de veiligheidsregio bestaat uit alle **burgemeesters** uit de regio.[823] De burgemeester van de grootste gemeente is in de regel de voorzitter. Deze **voorzitter van de veiligheidsregio** kan – als zich binnen zijn veiligheidsregio een ramp of crisis 'van meer dan plaatselijke betekenis' voordoet – de rol in de rampenbestrijding overnemen van de burgemeester(s) in de regio.[824] Deze opschaling geschiedt door het bijeenroepen van een **Regionaal Beleidsteam (RBT)** en gaat in de regel gepaard met een zogenoemde **Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure van niveau 4 (GRIP 4).** Het RBT bestaat uit de burgemeesters van de getroffen gemeenten en vertegenwoordigers van de operationele diensten uit de regio, waaronder de **Directeur Publieke Gezondheid (DPG).** Bij een A-ziekte adviseren zij de voorzitter van de veiligheidsregio over de rampenbestrijding en crisisbeheersing. De opschaling heeft tot gevolg dat alle (nood)bevoegdheden voor de rampenbestrijding – die normaal aan de burgemeester toekomen – overgaan naar de voorzitter van de veiligheidsregio.[825]

Het algemeen bestuur van de veiligheidsregio draagt zorg voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A.[826] Het schrijft daarvoor een crisisplan conform artikel 16 van de Wet veiligheidsregio's. In dat plan staan de organisatie, de taken en bevoegdheden bij de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte. Ook behandelt het plan de voorbereiding op de bestrijding van een A-infectieziekte en de voorbereiding op een nieuw subtype humaan influenzavirus waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat.

Het **Veiligheidsberaad** is een regulier overleg waarin de voorzitters van de Veiligheidsregio's elkaar viermaal per jaar treffen om over beleidsaspecten te spreken. Het Veiligheidsberaad is als collectief gesprekspartner van de minister van Justitie en Veiligheid.[827]

De veiligheidsregio heeft een rol in de functionele keten infectieziektebestrijding en een rol in de algemene keten die ziet op de openbare orde en openbare veiligheid (generieke rampenbestrijding). De **voorzitter van de veiligheidsregio** maakt dus deel uit van beide ketens. De voorzitter van de veiligheidsregio valt voor zover het de bestrijding van de infectieziekte betreft steeds onder het gezag van de minister van VWS via de regeling in de functionele kolom.[828] Bij de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan, is de voorzitter van de veiligheidsregio bij uitsluiting bevoegd om toepassing te geven aan de artikelen 34, vierde lid, 47, 51, 54, 55 of 56 Wpg.[829] Daarnaast kan hij op grond van zijn rol in de algemene keten gebruik maken van noodverordeningen. Hieronder staat uitgelegd hoe dat werkt.

823 Zie https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/201111-NIFV-KP-Lokale-bestuurders-en-de-wet-veiligheidsregios.pdf
824 Dat betreft een ramp of crisis met gemeentegrensoverschrijdende effecten. Zie: A.J. Wierenga, 'Noodbevelen en noodverordeningen in tijden van bijzondere noodsituaties: Over de aantasting van de noodrechtelijke autonomie van de burgemeester', in: P.A.J. Van den Berg & G. Molier (red.), In dienst van het recht (Brouwer bundel), Den Haag: Boom juridisch 2017, p. 41-54.
825 Zie artikel 39 Wvr.
826 Artikel 6 lid 2 Wpg.
827 Artikel 38 Wet veiligheidsregio's.
828 Artikel 7 Wet publieke gezondheid. Voor de coördinatie van de crisis valt hij onder gezag van de minister van Justitie en Veiligheid.
829 Artikel 6 lid 4 Wpg.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Voor bepaalde typen rampen is in bijzondere wetgeving geregeld wie verantwoordelijk is voor de rampenbestrijding en welke bevoegdheden daarbij kunnen worden gebruikt, een zogenoemde **functionele keten**.[830] Indien zich een ramp voordoet waarvan de bestrijding niet in bijzondere wetgeving is geregeld (denk aan instortende gebouwen, hoogwater, een grote brand of een ernstige kettingbotsing), dan wordt deze bestreden in de zogenoemde **algemene keten**. De verantwoordelijkheid ligt dan steeds bij het decentraal gezag: artikel 5 van de Wet veiligheidsregio's (Wvr) bepaalt dat de burgemeester het opperbevel heeft bij een ramp in zijn gemeente.[831] De burgemeester – of bij opschaling de voorzitter van de veiligheidsregio – heeft voor de rampenbestrijding de beschikking over een aantal zeer open bevoegdheden op basis waarvan hij allerhande noodmaatregelen kan treffen.

Daartoe behoort de **noodverordeningsbevoegdheid** uit artikel 176 Gemeentewet. Noodverordeningen zijn een soort tijdelijke 'noodwetjes' die regels kunnen bevatten voor iedereen die zich in de gemeente bevindt. Als de noodverordening afkomstig is van de voorzitter van de veiligheidsregio strekt het bereik van de verordening zich uit tot het grondgebied van alle binnen die regio gelegen gemeenten. Er mogen bij een (ernstig dreigende) ramp slechts algemeen verbindende voorschriften in een noodverordening worden opgenomen die het doel hebben om gevaar te beperken of de openbare orde te handhaven.[832] Denk aan een gebiedsverbod en/of een evacuatieplicht bij een dreigende overstroming of een chemische brand. Tijdens corona ging het onder andere over het sluiten van jachthavens, campings en horeca en het verbod om met groepen mensen af te spreken.

Bij de epidemie van een infectieziekte kunnen naast de specifieke infectieziektebestrijdingsbevoegdheden uit de Wet publieke gezondheid, zo nodig in aanvulling daarop dus ook algemene rampenbestrijdingsbevoegdheden worden ingezet.

Partijen specifiek voor de zorg

De **Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)** coördineert bij grote ongevallen en rampen de samenwerking tussen die verschillende geneeskundige hulpdiensten, zodat ze samen één hulpverleningsketen vormen. Daarnaast is de GHOR tijdens een ramp of crisis namens de geneeskundige hulpverleningsketen het aanspreekpunt voor het openbaar bestuur en voor de andere hulpverleningsketens zoals brandweer, politie en bevolkingszorg.[833] De hulpverlening komt tot stand in een samenspel van publieke en private organisaties uit de geneeskundige keten (ook wel aangeduid als de 'witte keten' of 'witte kolom'), zoals regionale ambulancevoorzieningen, meldkamers ambulancezorg, ziekenhuizen, GGD'en, huisartsen en het Rode Kruis. De GHOR adviseert ook bij de voorbereiding op grote ongevallen en rampen. Binnen de opgeschaalde zorg is de grootschalige infectieziektebestrijding een verantwoordelijkheid van de GGD.[834]

830 Zie de bestuurlijke netwerkkaarten van het Instituut Fysieke Veiligheid, toegankelijk via de website www.ifv.nl.
831 In veel crisissituaties zullen de algemene keten en functionele ketens overigens samenlopen.
832 Een verstoring van de openbare orde wordt gevormd door onrechtmatig gevaarzettend en hinderlijk gedrag in de publieke ruimte. In de regel gaat het om gedragingen die strafbaar zijn gesteld, zoals openlijke geweldpleging, mishandeling, brandstichting en vernieling.
833 Zie artikel 32 e.v. Wvr.
834 https://www.ifv.nl/kennisplein/ghor-algemeen

De **Directeur Publieke Gezondheid (DPG)** speelt in de coronacrisis een bijzondere rol, omdat deze aan het hoofd staat van zowel de GGD, alsook van de GHOR. De DPG is het aanspreekpunt en de gesprekspartner voor zowel het openbaar bestuur als voor de brandweer, politie, gemeente en justitie. Daarbij geeft de DPG binnen het veiligheidsdomein integraal advies namens de geneeskundige keten (de zogenaamde 'witte keten'). De DPG vertegenwoordigt het openbaar bestuur richting particuliere zorgpartijen, brengt reguliere en opgeschaalde (crisis)zorg bij elkaar en zorgt voor gezamenlijke planvorming van volksgezondheid en veiligheid.[835]

De DPG is op regionaal niveau belast met de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening. [836] Deze operationele sturing is nodig omdat de gezondheidszorg niet alleen uit publieke organisaties bestaat, maar voornamelijk uit private (zorg)instellingen. Tijdens rampen en crisis in de witte kolom is de DPG operationeel leider van de witte kolom. De burgemeester kan de DPG aansturen op basis van artikel 5 van de Wet veiligheidsregio's. In dat artikel staat dat de burgemeester bevelen kan geven aan iedereen in de crisisorganisatie. In crisistijd kan de DPG als operationeel leider namens de burgemeester ook aan de private bedrijven bevelen geven, bepaalde medewerking eisen of instructies geven. De bevoegdheden van de burgemeester gaan overigens bij de opschaling naar GRIP 4 grotendeels over naar de voorzitter van de veiligheidsregio. De DPG heeft als operationeel adviseur zitting in het Regionaal Beleidsteam.

Tijdens de coronacrisis zijn diverse organisatieverbanden binnen de 'witte kolom' actief om regionaal en nationaal de geneeskundige samenwerking te coördineren en af te stemmen. **GGD GHOR Nederland** stimuleert en faciliteert de samenwerking en uitwisseling tussen GGD'en en GHOR'en. Ook vormt zij de verbindende schakel met kennisinstituten, ministeries en andere belangrijke partners. In de regio stroomlijnt het **Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)** de ambulancezorg, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en andere acute zorg, en tijdens de crisis tevens een toenemende vertegenwoordiging van de langdurige zorg. Nederland kent elf ROAZ'en. Op landelijk niveau zijn de regio's met elkaar verbonden via het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).

Het **Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)** is een netwerkorganisatie van elf ROAZ'en. Het besluitvormend orgaan van het LNAZ is de Algemene Ledenvergadering. Leden zijn afgevaardigden van de elf raden van bestuur van de ziekenhuizen met een traumacentrum, veelal tevens de voorzitters van de elf ROAZ'en.[837] Binnen het Landelijk Netwerk Acute Zorg werken ROAZ'en samen met ketenpartners en professionals aan de optimale toegankelijkheid van acute zorg. Het LNAZ werkt zowel onder normale omstandigheden als bij opgeschaalde zorg tijdens rampen en crises. Het bureau LNAZ ondersteunt de ROAZ'en bij de uitvoering van hun taken, coördineert landelijke projecten en behartigt hun gezamenlijke belangen. Het LNAZ is een aanspreekpunt voor beleidsmakers en andere betrokkenen bij de acute zorgketens en traumazorg.

835 https://ggdghor.nl/directeuren-publieke-gezondheid/
836 Artikel 14 lid 3 Wpg en artikel 32 Wvr.
837 https://www.lnaz.nl/lnaz

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

C.2.2 De nationale crisisstructuur

Op nationaal niveau is de coördinerend minister voor crisisbeheersing de **minister van Justitie en Veiligheid.** Deze coördinerende verantwoordelijkheid van de minister wordt ingevuld door de **Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV).** De NCTV beschermt Nederland tegen bedreigingen die de maatschappij kunnen ontwrichten. Met de term 'NCTV' wordt zowel de organisatie als de leidinggevende van de organisatie aangeduid. De NCTV is onder andere verantwoordelijk voor terrorismebestrijding, cyber security, nationale veiligheid en crisisbeheersing.[838] Als de nationale veiligheid in het geding is, of in andere situaties met een grote uitwerking op de maatschappij, wordt **de nationale crisisstructuur** geactiveerd. In de coronapandemie werd deze structuur actief.

Het **Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming** beschrijft wie de actoren binnen de nationale crisisstructuur zijn en legt op hoofdlijnen vast wat hun de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en kerntaken zijn. De belangrijkste actoren binnen de nationale crisisstructuur zijn het Nationaal Crisiscentrum (NCC), de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb), de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb), het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO), het Landelijke Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC) en het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC).[839]

Het **Nationaal Crisiscentrum (NCC)** is ondergebracht bij de NCTV. Het is het interdepartementaal coördinatiecentrum bij een crisis of een dreiging daarvan. Het ondersteunt de besluitvorming op bestuurlijk en beleidsmatig niveau bij een (dreigende) crisis door bijvoorbeeld situatierapporten aan te leveren. Het NCC is 24/7 bezet, ook als er geen crisis is.

De **Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb)** besluit over het geheel van maatregelen en voorzieningen dat nodig is om een crisis met nationale impact te beheersen. Ministers wier terrein door de crisis wordt geraakt, vormen de kern van de MCCb. De voorzitter is de minister van Justitie en Veiligheid of de minister-president. De MCCb komt overeen welke maatregelen worden getroffen. Zij houdt rekening met de verschillende beleidsterreinen waarop de crisis effect heeft. Zo nodig wordt binnen de MCCb met meerderheid van stemmen besloten.[840] In het belang van coördinatie en besluitvorming over een specifiek onderwerp kunnen deskundigen bij de MCCb worden uitgenodigd. Tijdens de coronacrisis was dat bijvoorbeeld de voorzitter van het OMT. De MCCb wordt ambtelijk geadviseerd door de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb) en ondersteund en geadviseerd door het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO).

De **Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb)** is het ambtelijk 'voorportaal' van de MCCb. In de ICCb komen alle beleidsterreinen samen die bij de crisis zijn betrokken. De ICCb adviseert de MCCb over te nemen besluiten. Zo nodig en

838 https://www.nctv.nl/organisatie
839 In geval van de coronacrisis werd een LOCC-Bovenregionaal (LOCC-B) en LOCC-Nationaal (LOCC-N) geactiveerd. Daarover meer in het vervolg van deze paragraaf.
840 Zie artikel 4 Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing 2016, *Stcrt.* 12 september 2016, nr. 48258, p. 7-9.

zo mogelijk neemt de ICCb ook zelf besluiten. Voorzitter is de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). Verdere deelnemers zijn directeuren-generaal of secretarissen-generaal van de betrokken ministeries. Op uitnodiging kunnen deskundigen de vergaderingen van ICCb bijwonen. De ICCb wordt ondersteund en geadviseerd door het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO).

Het **Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO)** ondersteunt en adviseert de ICCb en de MCCb. Dit IAO wordt naar behoefte ingezet en flexibel ingericht en samengesteld, bijvoorbeeld voor informatievoorziening, beeld- en oordeelsvorming, advies over specifieke aspecten, crisiscommunicatie of parlementaire verantwoording.[841] Voorzitter is een directeur van het NCTV. Het IAO krijgt op bestuurlijk en beleidsmatig niveau informatie en advies van het NCC. Op tactisch en operationeel niveau wordt het IAO gevoed met analyses, scenario's door het LOCC.

Het **Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC)** is ondergebracht bij het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Bij (dreigende) nationale of internationale incidenten, rampen of crises en bij grootschalige evenementen is het LOCC een spil in het informatiemanagement op tactisch en operationeel niveau. Het heeft overzicht van inzetbare capaciteiten en operationele handelingsperspectieven en geeft landelijk operationeel advies. Het coördineert een efficiënte en samenhangende inzet van mensen, middelen en expertise van de gemeenten, van defensie en van de brandweer, politie en GHOR. Het LOCC voert deze taken uit in overleg met het Nationaal Crisiscentrum (NCC). Het LOCC is 24/7 bereikbaar.[842] Het LOCC was in januari 2020 bij aanvang van de coronacrisis betrokken bij de repatriëring van Nederlanders uit Wuhan.

Bij crises op grote schaal, waarbij meerdere veiligheidsregio's zijn betrokken, kan de NCTV op verzoek van een veiligheidsregio het **Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum Bovenregionaal (LOCC-B)** activeren. De NCTV kan ook het **Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum Nationaal (LOCC-N)** activeren. Na de eerste uitbraak van corona in Nederland werd het LOCC-B geactiveerd en vervolgens activeerde de NCTV een LOCC-N. Het LOCC-N gaf advies aan de NCTV voor het Interdepartementaal afstemmingsoverleg (IAO).

Het **Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)** is ondergebracht bij de NCTV. Bij een crisis of incident is het informatieknooppunt vanuit de Rijksoverheid voor pers- en publiekscommunicatie. De samenstelling van het NKC hangt af van de aard en omvang van een incident of crisis. Deelnemers zijn de communicatiemedewerkers van betrokken departementen. De leiding is in handen van de directeuren Communicatie van het ministerie van Justitie en Veiligheid en van het inhoudelijk meest betrokken departement.

Binnen de nationale crisisstructuur kunnen beoogde infectieziektebestrijdingsmaatregelen ter verdere nationale afstemming worden voorgelegd. Dat kan dan gaan over neveneffecten van eventuele maatregelen en om de afweging tussen neveneffecten, over de manier waarop de maatregelen worden uitgevoerd, en over de crisiscommunicatie.

841 Kamerstuk 13 maart 2020, kenmerk 2860322.
842 https://www.Rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-justitie-en-veiligheid/organisatie/organogram/directoraat-generaal-politie-en-veiligheidsregio's-dgpenv/landelijk-operationeel-coordinatiecentrum-locc

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

De activering van de nationale crisisstructuur verandert formeel niets aan de bevoegdheidsstructuur die is geregeld in de Wet publieke gezondheid. Met andere woorden, de MCCb is niet bevoegd om infectieziektebestrijdingsmaatregelen te treffen. Het treffen van maatregelen ter bestrijding van een A-infectieziekte blijft de bevoegdheid van de minister van VWS.[843] Wel zal binnen de MCCb overeenstemming bereikt moeten worden over de te treffen infectieziektebestrijdingsmaatregelen. Daarbij wordt rekening gehouden met de verschillende beleidsterreinen waarop de crisis(bestrijding) effect heeft. Indien nodig, zal de MCCb besluiten over de te treffen maatregelen met meerderheid van stemmen van de aanwezige ministers.[844]

Los van de nationale crisisstructuur, beschikt het ministerie van VWS over een eigen crisisstructuur met een **operationeel team crisisbeheersing (OTCB)** en een **beleidsteam crisisbeheersing (BTCB)**. Het OTCB, wordt voorgezeten door de Directeur Publieke Gezondheid en adviseert het BTCB, dat wordt voorgezeten door de DG Volksgezondheid. In het OTCB zitten de crisisbeleidsadviseur en MT-leden. De crisisstructuur van VWS is op interdepartementaal niveau vertegenwoordigd in IAO en ICCb. Bij een crisis op het terrein van de volksgezondheid zit(ten) de minister(s) van VWS in de MCCb.[845]

C.3 Toepassing en ontwikkeling stelsel

Hierboven staat beschreven hoe infectieziektebestrijding en de crisisbeheersing en -bestrijding is georganiseerd. Toen de coronapandemie zich ontvouwde, werden bestaande structuren actief rond infectieziektebestrijding en rond rampen en crises. Omdat het ging om een pandemie van een A-infectieziekte leidde de minister van VWS de bestrijding.[846] Bij het RIVM werd een OMT geactiveerd. De veiligheidsregio's schaalden op naar GRIP 4. Vanwege de brede maatschappelijke consequenties van deze bestrijding (volksgezondheid, sociaal, financieel, economisch) werd vanaf begin maart tot eind juni 2020 de nationale crisisstructuur actief.[847]

Hieronder staan enkele specifieke ontwikkelingen uit de periode tot 1 september 2020 beschreven. Dit zijn de rol van noodverordeningen, het opzetten van een nieuwe reguliere beslisstructuur specifiek voor COVID-19 en de oprichting van nieuwe organisaties en overleggen.

C.3.1 Noodverordeningen van veiligheidsregio's aanvullend op de Wpg

Bij de bestrijding van het coronavirus werd gebruikt gemaakt van twee soorten bevoegdheden. De basis vormden bevoegdheden die de Wet publieke gezondheid binnen de functionele keten voor de infectiebestrijding toekent aan de voorzitter van de veiligheidsregio. Hier gaat het bijvoorbeeld om de bevoegdheid om isolatie of quarantaine op te leggen. Deze bevoegdheden werden aangevuld met de

843 Die bevoegdheid wordt sinds de invoering van de TWM covid-19 gedeeltelijk met de ministers van BZK en JenV gedeeld. Zie 'Bestuurlijke netwerkkaart 7 Infectieziekte' van het Instituut Fysieke Veiligheid.
844 Zie artikel 4 Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing 2016, *Stcrt.* 12 september 2016, nr. 48258, p. 7-9
845 Zie het Handboek crisisbeheersing van VWS.
846 Op grond van artikel 7 lid 1 Wpg.
847 Kamerstukken II, vergaderjaar 2020–21, Aanhangsel van de handelingen, nr. 430.

noodverordeningsbevoegdheid, die de voorzitter van de veiligheidsregio toekomt in de algemene keten bij een ramp of crisis van meer dan plaatselijke betekenis. Deze bevoegdheden uit de algemene keten konden worden gebruikt, omdat de epidemie van een infectieziekte valt onder de definitie van ramp in de zin van artikel 1 Wet veiligheidsregio's. Langs die weg ontsloten zich ook de rampenbestrijdingsbevoegdheden uit de algemene keten.

De infectieziektebestrijdingsmaatregelen werden gebaseerd op een landelijk dekkende lappendeken van noodverordeningen. Deze werden uitgevaardigd door de voorzitters van de 25 veiligheidsregio's op aanwijzing van de minister van VWS, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid. De langdurige toepassing van de noodverordeningsbevoegdheid voor het treffen van ingrijpende maatregelen voor de gehele bevolking veroorzaakte verschillende rechtsstatelijke spanningsvelden. Mede daarom voorzag de wetgever voor het continueren van het overheidsoptreden in een uitbreiding van de Wet publieke gezondheid voor de resterende duur van de coronacrisis: de **Tijdelijke wet maatregelen COVID-19** (ook wel de Coronawet genoemd), die op 1 december 2020, dus na de periode die dit rapport bestrijkt, in werking is getreden.

De voorzitter van de veiligheidsregio speelde een belangrijke rol in het voorzien van een juridische basis voor de infectieziektebestrijdingsmaatregelen van de minister van VWS door op diens aanwijzing noodverordeningen uit te vaardigen. Het **Veiligheidsberaad** dat conform de Wet veiligheidsregio's normaal gesproken een overlegorgaan van de 25 voorzitters van de veiligheidsregio's is, speelde in deze crisis een prominente rol in het afstemmen en uitwerken van modelnoodverordeningen waarin de aanwijzingen van de minister waren opgenomen. Op basis van die modellen werden in de 25 veiligheidsregio's noodverordeningen afgekondigd. Zo kregen de infectieziektebestrijdingsmaatregelen van de minister van VWS een landelijk dekkende juridische grondslag.[848]

Tijdens de coronacrisis heeft het Veiligheidsberaad voor het eerst een rol gespeeld in de acute fase van een crisis. Het kwam daarvoor wekelijks bijeen. Voor de afstemming verzocht de minister van Justitie en Veiligheid de veiligheidsregio's om één a twee gemandateerde vertegenwoordigers aan te wijzen die konden aansluiten bij de MCCb. Het was ook vertegenwoordigd in het BAO.

C.3.2 Nieuwe reguliere beslisstructuur specifiek voor COVID-19

De nationale crisisstructuur is vooral bedoeld voor de kort-cyclische aanpak van een incident. De coronacrisis duurt echter lang en heeft een grote impact. Daarom is in de zomer van 2020 de **Ministeriële Commissie COVID-19 (MCC-19)** ingericht. Het is een nieuwe reguliere beslisstructuur specifiek voor COVID-19. De nationale crisisstructuur is toen afgeschaald.

De MCC-19 is een onderraad van de ministerraad die onder voorzitterschap van de minister-president integraal besluit over het beleid rond de COVID-19-pandemie.[849] Omdat het uiteindelijk gaat om ministerraadbesluiten zijn deze niet openbaar. De

848 https://www.veiligheidsberaad.nl/covid-19/
849 Instellingsbesluit Ministeriële Commissie COVID-19 van 3 juni 2020.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

MCC-19 beslist over maatregelen voor de acute bestrijding van het virus en voor de middellange- en langetermijngevolgen van de crisis. Lid van de MCC-19 zijn alle leden van het kabinet, het Veiligheidsberaad, het Centraal Plan Bureau (CPB), het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).[850] [851] De MCC-19 wordt voorbereid door de **Ambtelijke Commissie COVID-19 (ACC-19)**. Ieder departement is in de ACC-19 vertegenwoordigd door een directeur-generaal of een secretaris-generaal. Daarnaast nemen deel het Veiligheidsberaad en de drie planbureaus CPB, PBL en SCP.[852] De ACC-19 wordt voorbereid door het directeurenoverleg COVID-19 (DOC-19) met daarin vertegenwoordiging van alle departementen, de Nationale Politie, de VNG, de Koninklijke Marechaussee en de veiligheidsregio's.

In samenhang met de MCC-19 is in de zomer van 2020 een tijdelijk **programmadirectoraat-generaal COVID-19** ingesteld.[853] Het staat onder leiding van een programma-directeur-generaal en kent een stafbureau en twee programmadirecties, te weten de programmadirectie Strategie en Kennis COVID-19 (SKC-19) en de programmadirectie Evaluatie en Verantwoording (DEV). Het DGSC-19 is belast met de volgende taken:
(a) bij departementen (middel)langetermijntrajecten met COVID-19-karakter monitoren;
(b) de maatschappelijke en sociaal-economische ontwikkelingen in de samenleving als gevolg van de crisis monitoren;
(c) de samenleving tijdens en na corona verkennen aan de hand van (interdepartementale) langetermijn-beleidsthema's;
(d) voor handelingsperspectief bij de middellangetermijn-aanpak COVID-19-crisis zorgen;
(e) evalueren en verantwoording afleggen aan het parlement en de samenleving.[854] [855]

C.3.3 Nieuw opgerichte organisaties en overleggen

Sinds het ontstaan van de coronacrisis tot september 2020 zijn nieuwe organisaties en overleggen ontstaan. Hierna volgt een overzicht van de belangrijkste.

Op aanwijzing van de minister van VWS is tijdens de coronacrisis de rol voor DPG'en in de ROAZ'en vergroot om verbinding te leggen met langdurige zorg en extra zorgcapaciteit te organiseren. In sommige regio's is naast het ROAZ een **Regionaal Overleg Niet Acute Zorgketen (RONAZ)** ingesteld. Het doel van dit overleg is om beleidslijnen en adviezen in organisaties die verantwoordelijk zijn voor de langdurige – niet acute – zorg snel met elkaar te kunnen uitwisselen. Het gaat dan om verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorgorganisaties.

In de coronacrisis heeft het LNAZ (waarin de ROAZ'en zijn verenigd) zich onder meer gebogen over de mogelijkheden voor structurele en flexibele opschaling van de ic-capaciteit in Nederland. In opdracht van het ministerie van VWS en de IGJ richtte het

850 Kamerstukken II, vergaderjaar 2019/20, 30 821, nr. 107.
851 Kamerbrief 'Antwoorden op de vragen van het Kamerlid Asscher (PvdA) over de besluitvorming in de coronapandemie' van de Minister van VWS, Kamerstukken II, vergaderjaar 2019/20, 30 821, nr. 107. kenmerk 1760471-212563-PDC19.
852 Beantwoording Kamervragen Asscher.
853 Instellingsbesluit DGSC-19, Stcrt. 2020 nr. 63326. Per 1 oktober 2020 werd de naam gewijzigd in programmadirectoraat-generaal Samenleving en COVID-19 (DGSC-19).
854 Instellingsbesluit DGSC-19, Stcrt. 2020 nr. 63326.
855 Artikel 4 Instellingsbesluit DGSC-19, Stcrt. 2020 nr. 63326.

LNAZ in maart 2020 **het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)** op. Het LCPS coördineert de spreiding van patiënten over de ic's en klinische afdelingen van de Nederlandse ziekenhuizen. Het is een samenwerking tussen experts op het gebied van acute zorg, logistiek, ICT, statistiek en crisismanagement. De opdracht van het LCPS is het op gelijke wijze toegankelijk houden van de zorg voor iedereen in heel Nederland.

Het **Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)** is in maart 2020 door het ministerie van VWS opgericht vanuit een informeel ad hoc samenwerkingsverband van ziekenhuizen. In een publiek-private samenwerking heeft de LCH als taak om de centrale inkoop en distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen te coördineren en uit te voeren.

De minister van VWS heeft namens het kabinet in maart 2020 een **speciaal gezant corona** gevraagd het kabinet te ondersteunen. In eerste instantie heeft deze zich gericht op de opties die Nederland had om het aantal coronatesten te verhogen. Later vroeg het kabinet de speciaal gezant om de context van de ontwikkeling van mogelijke coronavaccins mede in kaart te brengen: de (internationale) ontwikkelingen, spelers, issues en beleidsopties. Ook vroeg het kabinet de speciaal gezant om te adviseren over de diverse initiatieven rond vaccinontwikkeling en de mogelijke productie hiervan.[856]

Ook werd de ***Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT)*** opgericht om de beschikbare testcapaciteit te vergroten, zodat het geldende testbeleid kon worden uitgevoerd. Het LCT volgt de beschikbare testcapaciteit, zorgt ervoor de huidige testcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten, probeert alternatieve testcapaciteit in te zetten en stelt dreigende tekorten vast.

Het ***Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten (LCDK)*** is begin april 2020 opgezet. Het adviseert over het verdelen van uit te voeren testen over laboratoria, over laboratoriumcapaciteit en voorraden van testen, en coördineert op landelijk niveau de verzending van tests van GGD'en naar laboratoria en de retourzending van uitslagen.

Het OMT heeft aan de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVVM) gevraagd een **Taskforce Diagnostiek** in te richten met inhoudelijke experts van de NVVM, het landelijk inkoopbureau, het RIVM, de speciaal gezant corona en de brancheverenigingen van diagnostica (Diagned). Deze **taskforce** kijkt naar een juiste verdeelsleutel voor de beschikbare analysecapaciteit van de daarvoor aangewezen laboratoria in Nederland.

Waar veiligheidsregio's doorgaans gebruik maken van een eigen Regionaal Operationeel Team, is in maart 2020 een ***Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C)*** opgericht. Het LOT-C is een multidisciplinair team met vertegenwoordigers van onder meer Defensie, politie, provincies, brandweer, veiligheidsregio's en GGD GHOR Nederland en het Instituut Fysieke Veiligheid (IFV). Het is een vraagbaak voor regio's en onderhoudt op operationeel niveau de verbinding tussen de veiligheidsregio's, de hulpdiensten, de algemene en de functionele keten en de Rijksoverheid. Het LOT-C is toegevoegd aan de

856 https://www.Rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/08/13/toelichting-rol-feike-sijbesma-als-speciaal-gezant-corona

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

nationale crisisstructuur.[857] Het is in maart 2020 opgericht door de NCTV en het Veiligheidsberaad. De samenwerking met Defensie vindt plaats via de Militaire Steunverlening in het Openbaar Belang (MSOB). Via het LOCC kan een aanvraag voor ondersteuning worden ingediend bij het Defensie Operatie Centrum (DOC) van het ministerie van Defensie. De minister van Defensie beslist over dit verzoek.[858]

857 Zie https://www.ifv.nl/nieuws/Paginas/Landelijk-Operationeel-Team-Corona-voor-maximale-ondersteuning-veiligheidsregios.aspx

858 Zie de Regeling militaire steunverlening in het openbaar belang.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

TABELLEN VOORBEREIDING

Bijlage PVP1 Voorbereiding
Tabel 1: Pandemieën en uitbraken met impact in Nederland
Deze tabel bevat een overzicht van een selectie van uitbraken en pandemieën die een impact hebben gehad op Nederland.

Jaar	Pandemie/ uitbraak	Slachtoffers wereldwijd	Impact in Nederland
1918-1920	Spaanse Griep	50 miljoen[859]	Naar schatting 60.000 slachtoffers in Nederland. Dit was de laatste pandemie die de gehele wereldbevolking raakte en voor grote maatschappelijke ontwrichting in Nederland zorgde.
1968-1970	Hongkong-griep	Enkele miljoenen	In Nederland leidde dit tot 1500 slachtoffers. Belangrijk voor de bewustwording van het belang van vaccinaties.[860]
1980-nu	Hiv/aids	Totaal 36,3 miljoen (In 2020: 690 duizend)[861]	Ontwikkelingen voor 1980 op het gebied van vaccins leidden ertoe dat deskundigen overtuigd raakten dat het mogelijk was dat alle infectieziekten op een gegeven moment verleden tijd zouden zijn. Deze overtuiging stopte toen hiv/aids in 1980 opkwam en het vijftien jaar duurde tot de eerste antivirale middelen beschikbaar waren die er voor zorgden dat mensen er niet langer ernstig ziek van werden. Nog steeds sterven er jaarlijks mensen in Nederland aan de gevolgen van AIDS. In 2020 waren dat er 12.[862]
2002	SARS-epidemie	Wereldwijd: 774	In Nederland geen slachtoffers. Leidde tot een flinke toename in wereldwijde aandacht voor infectieziektebestrijding. Op Europees niveau werd het ECDC opgericht en werd de IHR effectief. In Nederland leidde dit tot de oprichting van het Centrum voor Infectieziektebestrijding bij het RIVM.

859 Niall P.A.S. Johnson, Juergen D. Mueller: Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 'Spanish' Influenza Pandemic. Bulletin of the History of Medicine Volume 76, Number 1, Spring 2002, S. 105–115
860 R. Coutinho, *Epidemieën en pandemieën*, 2021.
861 https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet (geraadpleegd 21 december 2021)
862 https://aidsfonds.nl/over-hiv-aids/feiten-en-cijfers/ (geraadpleegd 21 december 2021)

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Bijlage PVP1 Voorbereiding
Tabel 1: Pandemieën en uitbraken met impact in Nederland
Deze tabel bevat een overzicht van een selectie van uitbraken en pandemieën die een impact hebben gehad op Nederland.

Jaar	Pandemie/ uitbraak	Slachtoffers wereldwijd	Impact in Nederland
2007	Q-koorts uitbraak NL	95 sterfgevallen in Nederland (tot nu toe)[863]	De Q-koorts uitbraak in Nederland was de grootste Q-koorts epidemie ter wereld (ongeveer 50.000 tot 100.000 besmettingen in Nederland[864]). Er was gedurende de uitbraak sprake van maatschappelijke onrust door de grote impact op de landbouw. Deze epidemie heeft zich niet wijd verspreid in de maatschappij, maar is binnen de regio's beperkt gebleven tot de landbouwsector. Heeft ook geleid tot aanpassingen in de OMT/BAO structuur m.b.t toevoeging van de zoönose expertise.
2009	Mexicaanse Griep	Wereldwijd: 17.483 Nederland: 60	In Nederland leidde deze uitbraak tot 60 dodelijke slachtoffers. De uitbraak was aanleiding voor het opschalen van het ministerie van VWS naar een crisisstructuur. Er is voor de bestrijding van de ziekte overgegaan tot een grootschalige aanschaf van vaccins door de overheid. Achteraf bleek de besmettelijkheid van de infectieziekte lager dan eerder was ingeschat door wetenschappers. Dit leidde tot kritiek op het gevoerde crisisbeleid in Nederland. Critici vonden dat er teveel geld was besteed aan vaccins, die uiteindelijk niet nodig bleken te zijn.[865] Van de Mexicaanse Griep is onder andere geleerd dat er helder over onzekerheden binnen de bestrijdingsstrategie gecommuniceerd dient te worden, dat draaiboeken generieker gemaakt moeten worden, en dat het hebben van goede netwerken en veelvuldig multidisciplinair oefenen van belang is.
2014	Ebola-uitbraak 2014	Wereldwijd: 10.000	In Nederland heeft deze uitbraak niet geleid tot slachtoffers. Wel was deze uitbraak aanleiding tot oprichten Platform preparatie A-ziekte.
2017-2018	Griepepidemie 2018	Nederland: ongeveer 9400	In Nederland leidde de griepepidemie in 2018 naar schatting tot 900.000 besmettingen, 16.000 ziekenhuisopnames en een sterfte van ongeveer 9400 (5400 meer dan men zou verwachten). Deze epidemie veroorzaakte capaciteitsproblemen in de ziekenhuizen. Dit heeft uiteindelijk o.a. geleid tot ROAZ-beheersplannen Regionale Zorgcontinuïteit met als doel de toegang tot de acute zorg voor de patiënt te borgen.

863 https://www.rivm.nl/q-koorts (geraadpleegd 21 december 2021)
864 https://www.q-koorts.nl/over-q-koorts/historie/ (geraadpleegd 21 december 2021)
865 Kamerstukken II, 2011/12, 22 984, nr. 302.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Bijlage PVP2 Voorbereiding
Tabel 2: Relevante ontwikkelingen in Nederland op het gebied van infectieziektebestrijding
Deze tabel laat een selectie zien van belangrijke ontwikkelingen die invloed hebben gehad op hoe Nederland voorbereid was voordat de coronacrisis uitbrak.

Jaar	Ontwikkeling	Relevantie
1989	Basisgezondheidsdiensten naar gemeenten	De verantwoordelijkheid voor de basisgezondheidsdiensten wordt overgeheveld van het rijk naar gemeenten (via het gemeentefonds)
1995	Oprichting Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI)	Naar aanleiding van de polio-epidemie van 1992-93 wordt de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) opgericht.[866] Het LCI, waar het OMT/BAO en de LOI[867] onder vallen, komt onder leiding van GGD Nederland.
2000-2003	Impuls geüpdate draaiboeken en protocollen	Naar aanleiding van de legionella-epidemie van 1999, de SARS-epidemie in 2002 en de opkomende dreiging van bio-terrorisme maakten zorg- en overheidsinstellingen draaiboeken en protocollen, voor het geval dat SARS in Nederland zou opduiken. Daarnaast is een tweede draaiboek opgesteld voor de situatie dat zich grotere aantallen patiënten (100 à 200) met (verdenking van) SARS in Nederland voordoen en voor de situatie dat SARS zich in Nederland verspreidt. Hierin worden oplossingen beschreven voor de logistieke aspecten van de bestrijding (onder andere opname- en vervoerscapaciteit, bron- en contactonderzoek, diagnostiek op grote schaal, communicatie, aanwezigheid beschermende middelen).[868]
2004	Oprichting *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC)	Naar aanleiding van recente internationale uitbraken wordt ECDC opgericht met als doel de samenwerking tussen lidstaten in Europa op het gebied van infectieziektebestrijding te verbeteren.[869]
2004	Implementatie van de Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding (VISI-normering)	In 2004 is in het kader van het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI) een normering uitgewerkt voor de werkzaamheden op het terrein van de algemene infectieziektebestrijding: de Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding. Sindsdien wordt gewerkt met deze normering, die aangeeft hoeveel infectieziekte-artsen, verpleegkundigen en ander personeel nodig zijn voor de werkzaamheden op het gebied van infectieziektebestrijding.

866 Kamerstukken II, 2000/01, 25 295, nr. 3.
867 Het Outbreak Management Team (OMT) van het RIVM geeft bij een (dreigende) uitbraak van een infectieziekte adviezen die nodig zijn voor de bestrijding. Indien de situatie vraagt om bestuurlijke afstemming kan een Bestuurlijk Afstemmingoverleg (BAO) bijeengeroepen worden. Het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI) komt zeven maal per jaar in de koude fase bijeen voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de infectieziektebestrijding.
868 Conyn-Spaendonck et al. (2003) Zorgelijke ontwikkelingen: dreiging van SARS-epidemie, vogelpest treft mensen. Nature Public Health Emergency Collection - Bijblijven, 2003, 19(10), p.394-399.
869 https://www.europa-nu.nl/id/vh8rh4vq2izt/oprichting_van_een_europees_centrum_voor (geraadpleegd 22-12-2021)

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Bijlage PVP2 Voorbereiding
Tabel 2: Relevante ontwikkelingen in Nederland op het gebied van infectieziektebestrijding
Deze tabel laat een selectie zien van belangrijke ontwikkelingen die invloed hebben gehad op hoe Nederland voorbereid was voordat de coronacrisis uitbrak.

Jaar	Ontwikkeling	Relevantie
2005	De WHO stelt de *International Health Regulations (IHR)* vast	Doelstelling van de IHR is het voorkomen van, beschermen tegen en beheersen van internationale verspreiding van ziekten, zonder het handelsverkeer onnodig te belemmeren. De IHR zijn bindend voor 196 landen en bevatten richtlijnen over hoe lidstaten hun eigen bestrijding en aanpak dienen in te richten.[870]
2005	Oprichting Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) bij het RIVM	Het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) bij het RIVM wordt opgericht. Aanleiding hiervoor was dat de toenmalige structuur onvoldoende aansloot op en rekening hield met acute bedreigingen en de mogelijke gevolgen van een grootschalige uitbraak van infectieziekten.[871]
2006	Oprichting regionale ondersteuningsstructuur, met onder andere de regionaal arts-consulenten (RAC'ers)	Een regionale ondersteuningsstructuur wordt opgezet, waarbij onder andere regionaal arts-consulenten (RAC'ers) een schakel vormen tussen het RIVM en de zeven regionale samenwerkingsverbanden voor infectieziektebestrijding. Die structuur vormt vanaf dat moment de koppeling tussen landelijk beleid en de uitvoering in de regio's.
2007	Project Griep en maatschappij van ministerie BZK en VWS	Het project Griep en maatschappij van de ministeries van BZK en VWS bracht in de periode medio 2007 tot eind 2008 het risico van grieppandemie onder de aandacht bij bedrijven en instellingen. Er is voorlichtingsmateriaal en handleidingen voor brede doelgroepen beschikbaar gekomen.

870 De IHR-2005 betrof een revisie van al eerder opgestelde normen in 1969 door de voorloper van WHO. De IHR van 2005 werden in juni 2007 van kracht. De IHR zijn bindend, wat bijzonder is voor dergelijke veelomvattende internationale wetgeving (meestal is het op dat niveau immers vrijblijvender).
871 Kamerstukken II, 2004/05, 25 295, nr. 13.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Bijlage PVP2 Voorbereiding
Tabel 2: Relevante ontwikkelingen in Nederland op het gebied van infectieziektebestrijding
Deze tabel laat een selectie zien van belangrijke ontwikkelingen die invloed hebben gehad op hoe Nederland voorbereid was voordat de coronacrisis uitbrak.

Jaar	Ontwikkeling	Relevantie
2008	Nationale Veiligheid – Nationale Risicobeoordeling (NRB) bevindingenrapportage 2007, Programma Nationale Veiligheid, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties	Het doel van het programma nationale veiligheid: het beschermen van de vitale belangen van Nederland en het voorkomen van maatschappelijke ontwrichting. Hiervoor is een analyse gedaan van de dreigingen en zijn kansen voor versterkingen geïdentificeerd. Een ernstige grieppandemie wordt in deze beoordeling omschreven in de categorie hoge waarschijnlijkheid en hoge impact. Eind 2008, als het project Griep en maatschappij is afgerond, zal een besluit worden genomen over verdere inspanningen om de maatschappelijke gevolgen te beperken. Op basis van een advies van de Gezondheidsraad over de haalbaarheid van het zogenoemde prepandemisch griepvaccin (eind 2008), zal worden besloten over de aanschaf van dat vaccin. Dit advies was begin 2009 bijna gereed toen de Gezondheidsraad werd ingehaald door de actualiteit van een nieuw griepvirus (de Mexicaanse Griep). In 2011 kwam het uiteindelijke advies dat het niet goed mogelijk is om wetenschappelijk gefundeerde voorspellingen te doen over het type griepvirus dat zich ontwikkelt tot een virus dat een pandemie veroorzaakt. Het is dus niet mogelijk om advies te geven of het zinvol is om een contract af te sluiten met een fabrikant voor de levering van prepandemisch vaccin.[872]
2008	Jaarlijks stimuleringsgeld beschikbaar gesteld voor het opleiden, trainen en oefenen (OTO) van de zorgsector in voorbereiding op rampen en crises	Sinds 1 januari 2008 stelt het ministerie van VWS jaarlijks structureel geld ter beschikking ter stimulering van het opleiden, trainen en oefenen (OTO) van de zorgsector om de voorbereiding op rampen en crises te verbeteren. Deze gelden worden via het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) van de netwerken acute zorg/traumacentra ter beschikking gesteld aan zorginstellingen. Hiervoor ontwikkelen ziekenhuizen, GGD'en, regionale ambulancevoorzieningen (RAV) en huisartsenposten uit een bepaalde regio samen regionale risicoanalyses, OTO-beleidsplannen en OTO- jaarplannen.
2010	Eindrapport project Continuïteit bij grieppandemie – Voorbereid op grieppandemie, Directie Nationale Veiligheid, Ministerie van BZK in samenwerking met het ministerie van VWS	Aanleiding is de nationale risicobeoordeling van 2007, bevestigd in 2009, die in het kader van het programma Dreigingen en Capaciteiten van directie Nationale Veiligheid interdepartementaal is opgesteld. Daaruit blijkt dat een grieppandemie één van de grootste bedreigingen vormt voor de samenleving. Tegen deze achtergrond heeft de ministerraad de Tweede Kamer het volgende gemeld: 'De inzet van het kabinet is dat 80 procent van de vitale organisaties het scenario van een grieppandemie in zijn continuïteitsplannen heeft verwerkt. Daarnaast zal het kabinet in 2008 ook met mede-overheden en het bedrijfsleven soortgelijke afspraken maken. Hierbij kunnen deze organisaties gebruik maken van het ondersteunende materiaal van het programma 'Griep en maatschappij'.

872 Gezondheidsraad, 2011, Aanbieding advies De rol van vaccinatie bij de voorbereiding op een grieppandemie, 15 december 2011.

Bijlage PVP2 Voorbereiding
Tabel 2: Relevante ontwikkelingen in Nederland op het gebied van infectieziektebestrijding
Deze tabel laat een selectie zien van belangrijke ontwikkelingen die invloed hebben gehad op hoe Nederland voorbereid was voordat de coronacrisis uitbrak.

Jaar	Ontwikkeling	Relevantie
2010	Wijzigingen Wet Publieke Gezondheid	De Mexicaanse Griep van 2009 heeft als gevolg dat aanpassingen worden doorgevoerd in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg), om de verbinding tussen de openbare gezondheidszorg en de zorginstellingen te verbeteren en om de GHOR als verbindende organisatie meer in positie te brengen.[873]
2010	In werking treden van de Wet Veiligheidsregio's	In de Wet veiligheidsregio's is de gezamenlijke regeling vastgesteld op basis waarvan gemeenten samenwerken bij rampenbestrijding en crisisbeheersing en is de rol van de burgemeester en de voorzitter veiligheidsregio wettelijk vastgelegd.
2011	Nationale Risicobeoordeling, Analistennetwerk Nationale Veiligheid, RIVM	Binnen de rijksbrede strategie Nationale Veiligheid werd in 2011 een Nationale Risicobeoordeling (NRB) opgesteld, waarin een aantal veiligheidsthema's wordt geanalyseerd in de vorm van scenario's die langs een vaste meetlat worden gelegd. De resultaten hebben tot doel beleidsmakers inzicht te geven in de relatieve waarschijnlijkheid en impact van de verschillende scenario's. Het 'nieuwe' scenario van een ernstige grieppandemie staat hierin omschreven als zeer waarschijnlijk met hoge impact, die vooral wordt bepaald door het aantal doden en zieken, de verstoring van het dagelijkse leven, de maatschappelijke onrust en de hoge kosten (voornamelijk schade door productieverlies als gevolg van uitval van personeel).
2013	Herziening VISI-normering	Naar aanleiding van de nieuwe Wet publieke gezondheid wordt de normering van de Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI) herzien. In 2013 verzoekt de Programmacommissie IZB van GGD Nederland aan de regio Brabant/Zeeland om de herziening Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding uit te voeren voor alle GGD'en.[874]
2014	Oprichting Platform Preparatie A-ziekten	Naar aanleiding van de Ebola-uitbraak wordt in kaart gebracht welke ziekenhuizen de mogelijkheid hebben om vermoedelijke patiënten in quarantaine te plaatsen in speciale lagedruktenten. Er wordt geoefend met ambulancepersoneel en er worden speciale vliegtuigen en voorzieningen op Schiphol georganiseerd.

873 Kamerstukken II, 2010/11, 22 894, nr. 300.
874 GGD Brabant-Zuidoost (2013): Herziening VISI-normering. Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding 2013.

Bijlage PVP2 Voorbereiding
Tabel 2: Relevante ontwikkelingen in Nederland op het gebied van infectieziektebestrijding
Deze tabel laat een selectie zien van belangrijke ontwikkelingen die invloed hebben gehad op hoe Nederland voorbereid was voordat de coronacrisis uitbrak.

Jaar	Ontwikkeling	Relevantie
2014	Presentatie plan veldnormen	VWS vraagt aan het AEF om te adviseren hoe de relatie tussen GGD'en en het Rijk is. Uit het rapport van de AEF blijkt dat het Rijk beperkt zicht heeft op de GGD'en. Om daar wat aan te veranderen, presenteert VWS de veldnormen en stelt dat de GGD'en daaraan moeten voldoen. Met deze veldnormen moet duidelijkheid komen over de inhoud van de taken en de benodigde deskundigheden bij GGD'en. Om dit te bereiken wordt in totaal 1,25 miljoen beschikbaar gesteld. Eind 2017 blijkt dat er nog geen veldnormen ontwikkeld zijn.
2015	IGZ rapport	Aanleiding voor het IGZ rapport was dat de IGZ signalen kreeg van enkele GGD'en dat ze niet aan alle deelgebieden van infectieziektebestrijding toekwamen. Het IGZ rapport geeft aan dat de economische crisis aan het einde van de jaren '00[875] bij enkele GGD'en heeft geleid tot concrete tekortkomingen in het netwerk van met name de algemene infectieziektebestrijding, Dit leidde tot risico's op de langere termijn, waardoor opschalen in crisissituaties moeilijker zal zijn. [876]
2016	Vaststelling Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming, (NCTV, september 2016)	Het Handboek geeft een beschrijving van het algemene crisisbeheersingsstelsel op nationaal niveau.
2016	Nationaal Veiligheidsprofiel, Analistennetwerk Nationale Veiligheid, RIVM	Dit rapport geeft een overzicht van de risico's van verschillende rampen, crises en dreigingen met een mogelijk ontwrichtend effect op de samenleving. Het maakt deel uit van de Strategie Nationale Veiligheid aan de hand waarvan de overheid onderzoekt welke rampen, crises of dreigingen de nationale veiligheid in gevaar kunnen brengen en wat daar aan gedaan kan worden. In het risicodiagram in dit rapport staat een ernstige grieppandemie genoteerd als het scenario dat de meeste impact en de hoogste waarschijnlijkheid heeft van alle dreigingsthema's.
2016	GGD GHOR Nederland rapport voor een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding	Aanleiding voor het GGD GHOR Nederland rapport was het IGZ rapport. Het bevat ook aanbevelingen waarmee GGD GHOR NL zelf aan de slag gaat. De infectieziektebestrijding bij GGD'en moet volgens het rapport een nieuwe impuls krijgen.

875 Deze bezuinigingen raken alle domeinen binnen de gemeenten, zo ook de infectieziektebestrijding die onder de GGD'en valt.
876 Ook uit interviews die de Onderzoeksraad heeft gevoerd blijkt dat betrokkenen in deze periode sterk het gevoel hadden dat er minder geld beschikbaar was om de infectieziektebestrijding te versterken.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

Bijlage PVP2 Voorbereiding
Tabel 2: Relevante ontwikkelingen in Nederland op het gebied van infectieziektebestrijding
Deze tabel laat een selectie zien van belangrijke ontwikkelingen die invloed hebben gehad op hoe Nederland voorbereid was voordat de coronacrisis uitbrak.

Jaar	Ontwikkeling	Relevantie
2016	IGZ rapport	IGZ doet opnieuw onderzoek in opdracht van VWS om te zien in hoeverre de verbeteringen n.a.v. het rapport in 2015 zijn doorgevoerd bij de GGD'en. Het IGZ-vervolgonderzoek concludeert eind 2016 dat de infectieziektebestrijding er in Nederland goed voor staat. Het rapport bevat geen informatie over het voldoen aan VISI-normering en er worden geen kwantitatieve verbeteringen genoemd.
2019	Global Health Security index	De Global Health Security Index van 2019 laat zien dat Nederland relatief hoog scoort in de mate waarin het is voorbereid op een pandemie in vergelijking met andere landen. Wel zijn er verschillende kwetsbaarheden zoals de epidemiologische capaciteit (workforce), de communicatie met medewerkers in de gezondheidszorg in geval van een gezondheidszorgramp, en de financiering.[877]
2019	Geïntegreerde risicoanalyse Nationale Veiligheid, Analistennetwerk Nationale Veiligheid, RIVM	Om in kaart te brengen welke dreigingen de nationale veiligheidsbelangen raken, schakelt de NCTV het Analistennetwerk Nationale Veiligheid (ANV) in ten behoeve van de Nationale Veiligheid Strategie. In de risicoanalyse wordt het ernstige grieppandemie-scenario nog steeds ingeschat als een van de scenario's met de grootste impact en de hoogste waarschijnlijkheid.
2019	Nationale Veiligheid Strategie, NCTV, Ministerie J&V	In de NVS staat wat de nationale veiligheidsbelangen zijn, hoe die belangen worden bedreigd en op welke wijze aan deze risico's en dreigingen het hoofd geboden moet worden. Het risico op een grootschalige infectieziektecrisis wordt als dominant risico voor de nationale veiligheid benoemd waarvoor 'onverminderde inzet op weerbaarheid' nodig is.
2019	Global Preparedness Monitoring Board - A world at risk – Annual report on global preparedness for health emergencies	De Global Preparedness Monitoring Board is een internationaal panel van deskundigen en politici, bijeengeroepen door de Wereldbank en de WHO. Dit rapport waarschuwt dat, als er een pandemie uitbreekt, de schade aan de economie en stabiliteit van de wereld enorm zal zijn. Het rapport stelt dat arme landen hier de meeste gevolgen van zullen ondervinden, maar dat elk land kwetsbaar is en onvoldoende voorbereid, terwijl de kans op epidemieën en pandemieën toeneemt.

877 Global Health Security Index 2019 – Building Collective Action and Accountability, John Hopkins Institute, NTI.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

BIJLAGE E

TIJDLIJN

Datum	Gebeurtenis
21-dec-2019	Cluster van ernstige longontstekingen ontdekt in ziekenhuis Wuhan, China.
31-dec-19	WHO op de hoogte van nieuw coronavirus.
11-jan-20	Eerste bevestigd dodelijk slachtoffer in China.
22-jan-20	Tweede Kamer geïnformeerd over nieuw coronavirus.
23-jan-20	Wuhan in lockdown.
24-jan-20	Eerste bijeenkomst OMT. Frankrijk meldt eerste besmetting in Europa.
27-jan-20	Eerste advies OMT aan VWS.
28-jan-20	De minister voor Medische Zorg roept corona uit tot A-ziekte
30-jan-20	WHO roept hoogste alarmniveau af.
2-feb-20	Nederlandse terugkeerders uit Wuhan in quarantaine.
22-feb-20	Signalen van veel besmettingen in Noord-Italië. Begin voorjaarsvakantie Nederland, regio Midden en Zuid.
23-feb-20	Begin van carnaval.
26-feb-20	Eerste Interdepartementale Commissie Crisisbestrijding komt bijeen
27-feb-20	Eerste bevestigde besmetting Nederland.
3-mrt-20	Eerste Ministeriële Commissie Crisisbestrijding komt bijeen
4-mrt-20	Reisadvies Noord-Italië aangepast.
6-mrt-20	RIVM-advies Noord-Brabant: blijf thuis bij klachten. Eerste dodelijke slachtoffer Nederland.
9-mrt-20	Persconferentie: aankondiging van algemene hygiënemaatregelen.
11-mrt-20	WHO betitelt coronavirus als pandemie.
12-mrt-20	Nieuwe maatregelen van kracht: onder andere thuis blijven bij klachten, thuis werken, online colleges en geen bijeenkomsten met meer dan 100 personen.
13-mrt-20	Persconferentie premier: geen vluchten meer vanuit risicogebieden. Kamer en veiligheidsregio's geïnformeerd over inzet nationale crisisstructuur.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

15-mrt-20	Nieuwe maatregelen gaan in: o.a. horeca en sportclubs sluiten hun deuren en mensen moeten anderhalve meter afstand houden.
16-mrt-20	Toespraak premier vanuit Torentje. Scholen en kinderopvang sluiten hun deuren. Maatregelen van 12 maart verlengd.
17-mrt-20	Nederland sluit grenzen voor reizigers van buiten Europa. Reisadvies Nederlanders: alleen noodzakelijke reizen.
19-mrt-20	Persconferentie kabinet: Hugo de Jonge neemt coronadossier over, vanaf morgen geen bezoek meer voor verpleeg- en verzorgingstehuizen.
20-mrt-20	Toespraak koning Willem-Alexander. Persconferentie premier: Van Rijn volgt Bruins op als minister voor Medische Zorg.
21-mrt-20	Oprichting Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
22-mrt-20	Communicatie via NL Alert.
23-mrt-20	Persconferentie kabinet: aankondiging 'intelligente lockdown'.
24-mrt-20	Oprichting Landelijk Consortium Hulpmiddelen.
25-mrt-20	Start publiekscampagne 'Alleen samen krijgen we corona onder controle'.
26-mrt-20	Speciaal gezant corona aangesteld.
31-mrt-20	Persconferentie kabinet: maatregelen verlengd, testen uitgebreid.
1-apr-20	Oprichting Landelijk coördinatiecentrum geneesmiddelen.
2-apr-20	Persconferentie kabinet: blijf thuis, ook met Pasen.
7-apr-20	Persconferentie kabinet: introductie 'anderhalvemetersamenleving'.
13-apr-20	Start Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten.
15-apr-20	Persconferentie kabinet: houd vol en voorwaarden voor versoepelingen.
21-apr-20	Persconferentie Rutte en Van Dissel: wel (deels) opening onderwijs en individueel sporten, geen evenementen tot 1 september, uitoefening contactberoepen en bezoek verpleeghuizen mogelijk.
29-apr-20	Persconferentie kabinet: blijf je aan de maatregelen houden.
6-mei-20	Persconferentie kabinet: versoepelingen voor scholen en contactberoepen, mondkapje in OV. Testbeleid uitgebreid voor extra groepen.
11-mei-20	Versoepelingen gaan in: o.a. kinderen weer naar school, contactberoepen weer aan het werk, buiten sporten toegestaan.
13-mei-20	Persconferentie kabinet: geen grote nieuwe besluiten.
19-mei-20	Persconferentie kabinet: bevestiging aangekondigde versoepelingen.
25-mei-20	Beperkt bezoek verpleeghuizen weer mogelijk.
27-mei-20	Persconferentie kabinet: versoepelingen naar voren gehaald, maar stel vakanties uit.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

1-jun-20	Versoepelingen gaan in, testbeleid verruimd en niet medisch mondkapje verplicht in OV.
2-jun-20	Voortgezet onderwijs start op.
3-jun-20	Persconferentie kabinet: aankondiging basisscholen weer volledig open, versoepeling bezoekregeling verpleeghuizen. Wat te doen met de vakantie?
5-jun-20	Proefversie coronadashboard in de lucht.
8-jun-20	Basisscholen weer volledig open.
12-jun-20	Maatregelen luchtvaartsector: o.a. mondkapje aan boord en thuisquarantaine na terugkomst uit hoogrisicogebied.
13-jun-20	Nederland koopt coronavaccin in testfase.
15-jun-20	Versoepeling maatregelen: meer bezoek verpleeghuizen en beperkt vakanties naar buitenland mogelijk.
24-jun-20	Laatste Ministeriële Commissie Crisisbeheersing
24-jun-20	Persconferentie kabinet: versoepelingen naar voren gehaald.
30-jun-20	Presentatie opschalingsplan COVID-19.
1-jul-20	Versoepelingen van maatregelen gaan in: anderhalve meter afstand blijft de norm.
9-jul-20	Van Ark volgt Van Rijn op als minister voor Medische Zorg.
28-jul-20	OMT advies ten aanzien van mondkapjes: geen mondkapjesplicht.
5-aug-20	Mondkapjesplicht op drukke plekken grote steden.
6-aug-20	Persconferentie kabinet: aankondiging nieuwe maatregelen horeca, appèl op jongeren om coronaregels na te leven. Reizigers uit risicogebieden in quarantaine.
12-aug-20	Online afspraak maken voor coronatest mogelijk.
18-aug-20	Persconferentie kabinet: oproep om je aan de maatregelen te houden.

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

GRAFIEKEN

Verantwoording data

Voor de data verwerkt in de grafieken in dit rapport is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de data van het RIVM, omdat dit ook de data zijn die door betrokkenen zijn gebruikt. Daarnaast zijn data van het CBS en van het LCPS gebruikt. Onderstaande grafieken lopen van week 9 (24 februari 2020), de week waarin de eerste COVID-19-infectie in Nederland werd vastgesteld, tot en met week 36 (6 september 2020).

Data over het *aantal besmettingen* in Nederland worden gebaseerd op het aantal positieve testen. Omdat zeker in het begin van de coronacrisis niet iedereen getest werd, leveren de data een onderschatting van het daadwerkelijke aantal besmette personen.

De *R-waarde* wordt ook wel het reproductiegetal of r-getal genoemd. De R-waarde geeft aan hoeveel mensen gemiddeld besmet worden door iemand die besmet is met het coronavirus. Als de R-waarde onder de 1 is, wordt het aantal besmette mensen kleiner. Boven de 1 stijgt het aantal besmettingen.[878]

Sterftecijfers door COVID-19 worden zowel door het RIVM als het CBS geregistreerd. Daar zit een verschil tussen door de methode van registratie.[879] Het RIVM registreert op basis van meldingen aan de GGD. Niet alle sterfgevallen door COVID-19 worden aan de GGD gemeld, waardoor de cijfers van het RIVM een onderschatting zijn. De cijfers van het CBS worden geregistreerd op basis van doodsverklaringen. Deze data zijn accurater, maar het duurt een aantal weken om te verwerken. Ook deze data zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal sterfgevallen. Naast sterftecijfers houdt het CBS ook de *oversterfte* bij. Oversterfte vindt plaats wanneer het waargenomen aantal overledenen hoger is dan het verwachte aantal overledenen in dezelfde periode.[880]

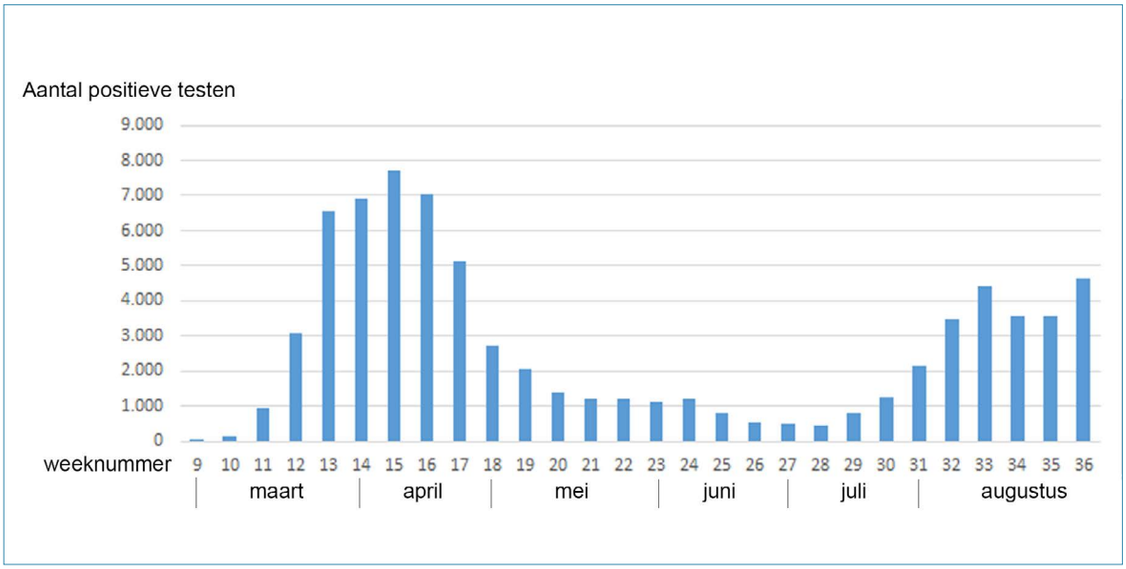
De RIVM-data worden dagelijks geactualiseerd en worden gebruikt voor het nemen van maatregelen. Deze data zijn daarom ook weergegeven in de grafiek in de reconstructie in dit rapport. Het verschil tussen RIVM- en CBS-data is weergegeven in de grafiek aan het einde van de reconstructie.

878 Het RIVM maakt gebruik van een bestaande methode om de R-waarde te berekenen. Om de R-waarde te berekenen moet de toename van COVID-19 besmettingen bekend zijn. Het RIVM maakt hierbij gebruik van het aantal gemelde COVID-19 gevallen per dag in Nederland. Daarnaast is de tijd tussen de eerste ziektedag van de patiënt en de eerste ziektedag van zijn of haar besmetter nodig. Voor nadere uitleg over de R-waarde, zie: https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/rekenmodellen

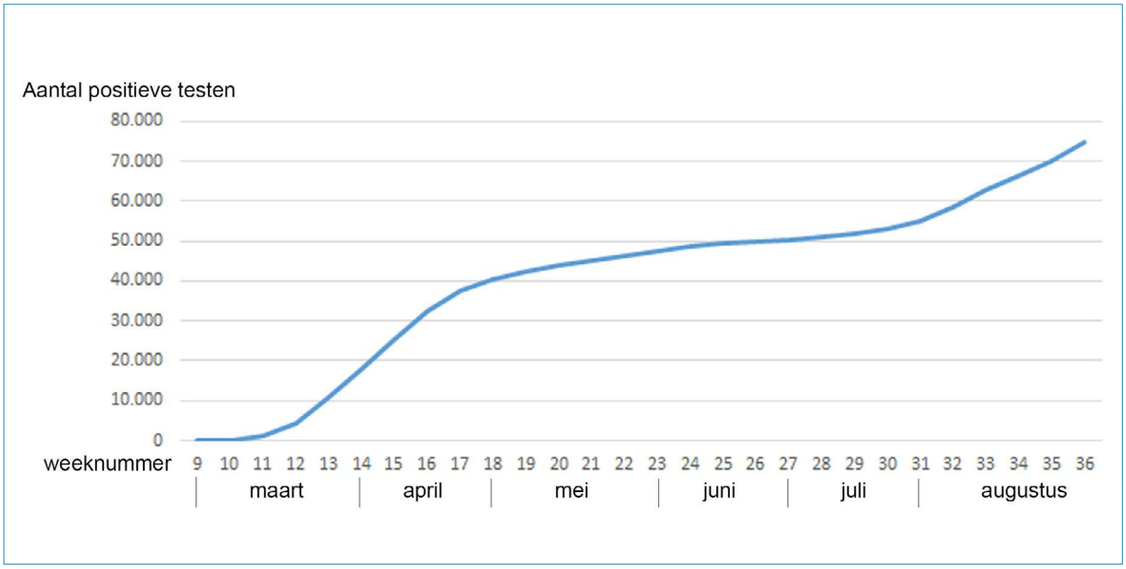
879 https://coronadashboard.Rijksoverheid.nl/artikelen/wat-is-het-covid-19-sterftecijfer-op-basis-van-doodsoorzaak

880 https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/25/sterfte-in-week-24-ongeveer-gelijk-gebleven/oversterfte-en-verwachte-sterfte

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

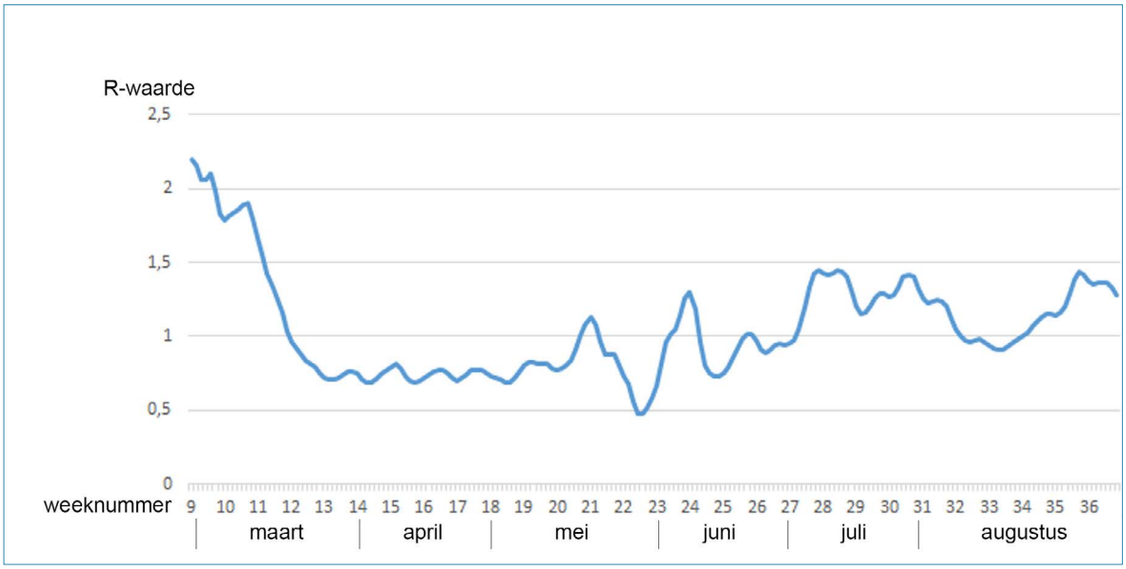


Figuur F.1: Het aantal positieve testen (ook wel het aantal besmettingen genoemd) door COVID-19 per week van week 9 (24 februari 2020) tot en met week 36 (6 september 2020). (Bron: RIVM)

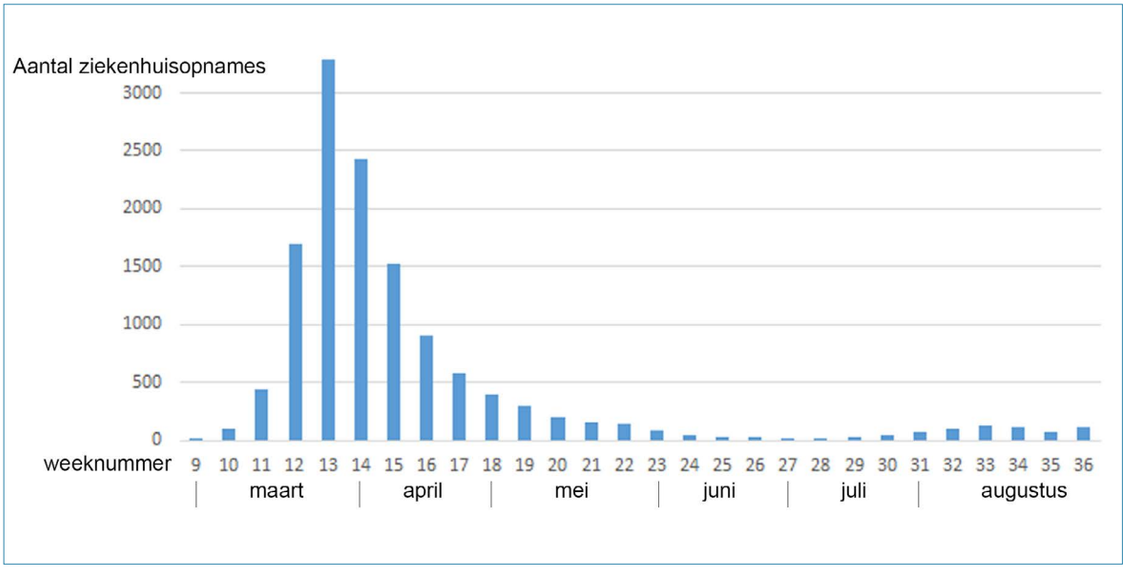


Figuur F.2: Het cumulatieve aantal positieve tests (ook wel besmettingen) van 24 februari 2020 tot en met 6 september 2020. (Bron: RIVM)

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

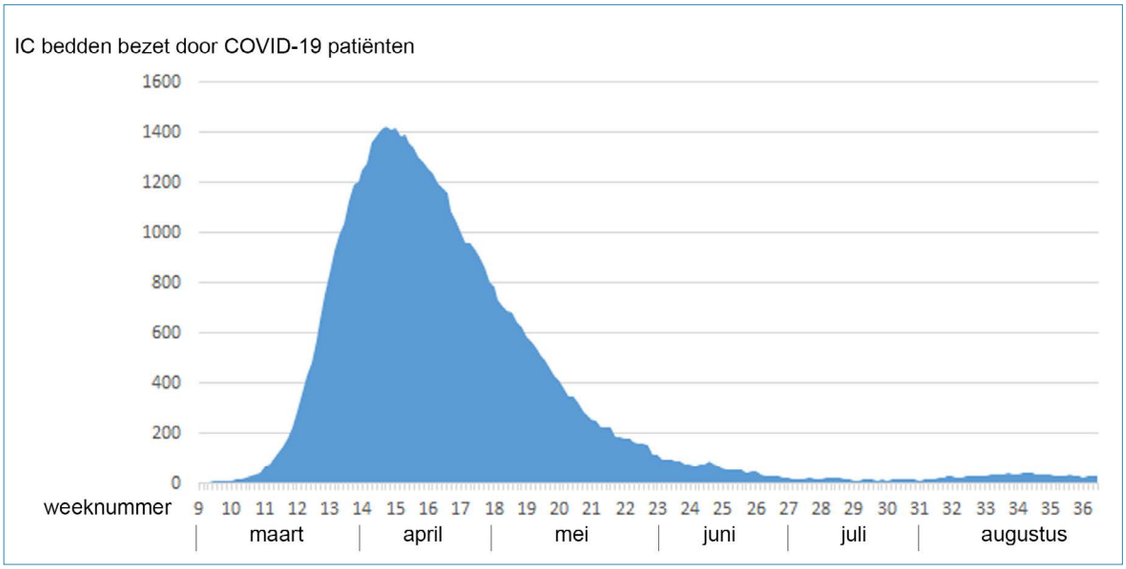


Figuur F.3: Het reproductiegetal (ook wel R-waarde) van 24 februari 2020 tot en met 6 september 2020. (Bron: RIVM)

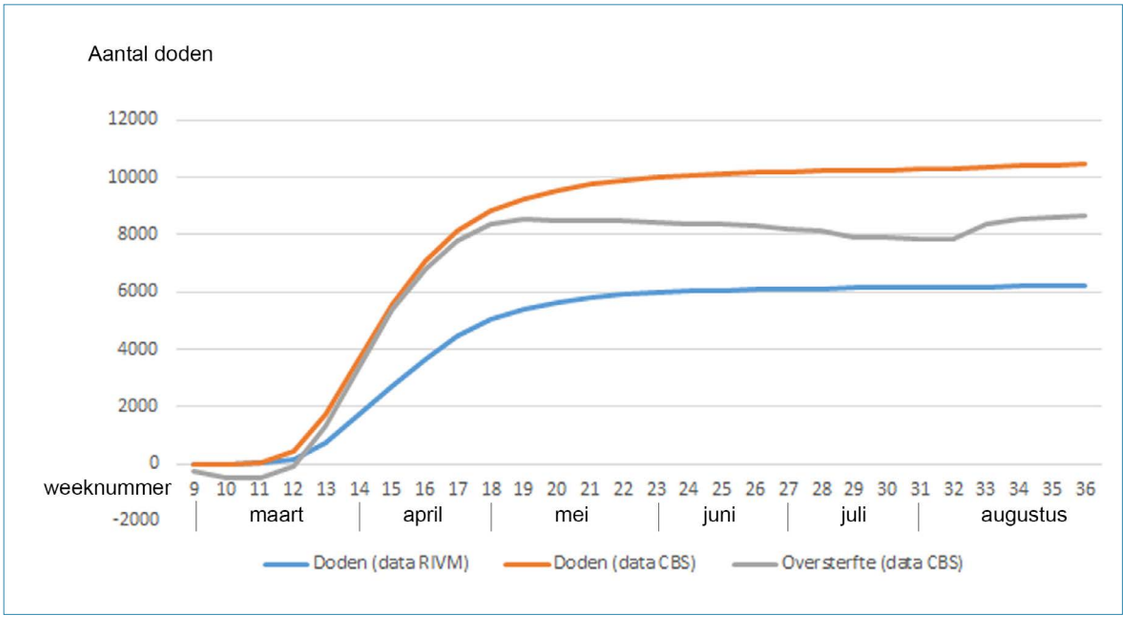


Figuur F.4: Het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per week van week 9 (24 februari 2020) tot en met week 36 (6 september 2020). (Bron: RIVM)

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen



Figuur F.5: Het totaal aantal bezette ic-bedden per dag van 24 februari 2020 tot en met 6 september 2020. (Bron: LCPS[881])



Figuur F.6: Het cumulatieve aantal doden door COVID-19 en oversterfte van 24 februari 2020 tot en met 6 september 2020. Het verschil tussen de data van het RIVM en het CBS wordt verklaard door de manier van registreren (zie ook Bijlage A onderzoeksverantwoording). De data van het CBS zijn accurater, maar het duurt enkele weken om ze te verwerken. (Bron: RIVM, CBS)

881 https://lcps.nu/datafeed/

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen

ONDERZOEKSRAAD VOOR VEILIGHEID

Bezoekadres
Lange Voorhout 9
2514 EA Den Haag
T 070 333 70 00
F 070 333 70 77

Postadres
Postbus 95404
2509 CK Den Haag

www.onderzoeksraad.nl

Inhoud
Samenvatting
Beschouwing
Aanbevelingen
Lijst van afkortingen en begrippen
Inleiding
Sectie I De feiten en gebeurtenissen tot september 2020
1 Stelselbeschrijving in het kort
2 Reconstructie tot september 2020
Sectie II Analyse van de crisisaanpak
3 De voorbereiding op een grootschalige infectieziektecrisis
4 De crisisorganisatie
5 De besluitvorming
6 De crisiscommnicatie door de Rijksoverheid
7 De verpleeghuizen
Sectie III Synthese en conclusies
8 Inzichten uit een langdurige crisis met landelijke impact
9 Conclusies
10 Aanbevelingen
Bijlagen