

**Verslag van een openbaar verhoor**

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 3 juni 2026 **de heer Van Koesveld** als getuige gehoord, die werd bijgestaan door mevrouw De Boer.

**Voorzitter: De Kort**

**Griffier: Rijkers**

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

Aanvang 14.00 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering. Aan de orde is een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Het is vandaag 3 juni 2026.

Ik verzoek de griffier om de heer Van Koesveld naar binnen te leiden.

(De heer Van Koesveld wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Van harte welkom, meneer Van Koesveld. Dan wil ik nu de pers even de gelegenheid geven voor een kort fotomoment.

(Er worden enkele foto's gemaakt.)

De **voorzitter**:

Corona was een pandemie die begin 2020 leidde tot een wereldwijde crisis. Ook voor de Nederlandse samenleving had deze zeer grote gevolgen. Het kabinet nam maatregelen die invloed hadden op ons dagelijks leven. Ook de Tweede Kamer had een belangrijke rol in die besluitvorming. Als parlementaire enquêtecommissie zijn wij ingesteld om namens de Tweede Kamer tot een grondige, breedgedragen terugblik op deze periode te komen, om te leren voor een eventuele volgende pandemie of langdurige crisis.

Meneer Van Koesveld, u was de gehele coronaperiode directeur-generaal Langdurige Zorg bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS. Daarom bent u als getuige opgeroepen voor dit openbare verhoor.

Deze week is het hoofdthema het begin van de pandemie. Daarover zullen we u dus veel vragen gaan stellen. Maar u bent vooralsnog één keer opgeroepen, dus er zullen ook andere onderwerpen in dit openbare verhoor aan bod gaan komen.

U heeft ervoor gekozen de eed af te leggen. Ik verzoek u met de eed te bevestigen dat u de gehele waarheid en niets dan de waarheid zal zeggen. Ik wil u verzoeken om te gaan staan.

(In handen van de voorzitter legt de heer Van Koesveld de eed af.)

De **voorzitter**:

Dan staat u nu onder ede. Ik verzoek u om te gaan zitten.

Heeft u aan de voorkant vragen aan de enquêtecommissie? Of is alles helder?

De heer **Van Koesveld**:

Nee, helemaal helder. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Oké, fijn. Dit verhoor zal worden afgenomen door collega Mutluer en collega Poortman. Het zou kunnen dat ik enkele aanvullende vragen heb. Voor het eerste onderwerp wil ik graag het woord geven aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Ook namens mij van harte welkom, meneer Van Koesveld. Tijdens de coronaperiode was u tussen oktober 2019 en augustus 2023 directeur-generaal Langdurige Zorg. Wellicht kunt u ons vertellen wat een directeur-generaal doet.

De heer **Van Koesveld**:

Die doet een heleboel dingen. Die is verantwoordelijk voor een breed beleidsterrein met een grote groep mensen die op het directoraat-generaal werken. Toen werkten, denk ik, zo'n 250 mensen op dat DG. Waar ging het inhoudelijk over? Het ging over de ouderenzorg, de zorg voor mensen met een beperking, de wijkverpleging, maatschappelijke ondersteuning, die grotendeels via de gemeenten verloopt, het jeugdbeleid, de jeugdzorg en ook een aantal wat bredere thema's. Het gaat dan om de arbeidsmarkt in coronatijd, verzekeringen en financieringen.

Naast deze beleidsinhoudelijke onderwerpen ben je als lid van de bestuursraad natuurlijk ook verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van het departement en voor VWS in brede zin. Zeker in zo'n crisis doe je dan wat nodig is, ook dingen die niet precies in je taakomschrijving zijn opgenomen. Je werkt dus heel veel met een team samen om het zo goed mogelijk te doen voor de groepen waar ik het net over had, waaronder dus veel kwetsbare mensen.

Mevrouw **Mutluer**:

U refereerde er eigenlijk net ook al aan: corona vond plaats. Wanneer werd dat onderwerp voor u als directeur-generaal Langdurige Zorg een item?

De heer **Van Koesveld**:

We kregen als leden van de bestuursraad updates over de situatie. Het eerste bericht was al in de eerste week van januari. Ik denk dat dat ook het moment was dat de bewindspersonen werden geïnformeerd.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar kwamen die berichten vandaan?

De heer **Van Koesveld**:

Die kwamen van het directoraat-generaal Volksgezondheid, dat speciaal is opgericht om dit soort berichten te verzamelen. Ik denk dat het uiteindelijk een bericht op de allerlaatste dag van december was van de Wereldgezondheidsorganisatie. Daarin stond: er is iets aan de hand in China. Dan gaan de berichten verder, om het te volgen in de tijd. Wat weten we daarvan? Hoe verspreidt het zich binnen China? Maar ook: hoe slaat het over naar andere delen? Later sloeg het natuurlijk in het bijzonder over naar Noord-Italië. Vervolgens kwam het naar veel andere plekken en uiteindelijk ook naar Nederland.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat betekende corona in die periode voor u als verantwoordelijk directeur-generaal Langdurige Zorg?

De heer **Van Koesveld**:

Op het ministerie gebeurde het volgende. Op 24 januari heeft de dg Volksgezondheid de crisisstructuur uitgeroepen op het departement. Dat betekent dat op dat moment een speciale coördinatie-eenheid van crisisbeheersing aan de slag gaat om eigenlijk dagelijks de signalen op te vangen. Die worden in rapporten verspreid over het departement. Ze voeren gesprekken met heel veel partijen en op die manier proberen we voorbereid te zijn op verdere escalatie van die crisis.

Mevrouw **Mutluer**:

Was u in het begin voldoende aangehaakt?

De heer **Van Koesveld**:

Ik kreeg die informatie. Wat wij vervolgens vanuit Langdurige Zorg zelf hebben gedaan, is het volgende. Vanaf half februari zijn wij onderdeel gaan uitmaken van de departementale crisisstructuur. Eind februari waren wij onderdeel van de bestuurlijke afstemmingsoverleggen met partijen als de koepelorganisaties, andere departementen en ook de OMT-voorzitter. Vanaf dat moment zijn we ook deel uit gaan maken van de interdepartementale crisisstructuur. Je had het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg en vervolgens ook de ICCb en de MCCb, waar de ministers besluiten namen over de maatregelen die genomen moesten worden.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik stel sowieso voor dat we geen of zo min mogelijk afkortingen gebruiken.

De heer **Van Koesveld**:

Ik zal mijn best doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan kan iedereen u volgen.

De heer **Van Koesveld**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Even terug, even terug. Mijn vraag was: was u in het begin als directeur-generaal Langdurige Zorg aangehaakt?

De heer **Van Koesveld**:

In het begin, in januari, kregen wij vooral die berichten. Daarvan was ik op de hoogte.

Mevrouw **Mutluer**:

U was op de hoogte, maar nog niet aangehaakt.

De heer **Van Koesveld**:

De departementale crisisstructuur werd geactiveerd op 24 januari. Daarna werd het een A-ziekte en werd er veel meer in beweging gezet. Vanaf half februari waren wij als DG aangesloten en onderdeel van de departementale crisisstructuur en eind februari waren wij onderdeel van

het interdepartementaal circuit tot aan de besluitvorming in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing. Halverwege maart is het vervolgens uitgeroepen tot een nationale crisis en is ook de nationale crisisstructuur geactiveerd. Daar maakten wij als VWS en ook als Langdurige Zorg onderdeel van uit. Op dat interdepartementale traject was namelijk naast de aanpak van de uitbraak zelf het zo goed mogelijk beschermen van onze kwetsbaren tegen het virus een van de belangrijke onderwerpen. Op die manier hebben wij dus vanaf eind februari daarin meegedraaid.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp dat u dus in het begin niet aangehaakt was, maar wel die informatie kreeg. Vervolgens kwam er half februari een departementale crisisstructuur. En pas eind februari werd het een interdepartementale structuur, waarin er een soort afstemming was. Klopt dat?

De heer **Van Koesveld**:

Ik zou het nog iets preciezer willen zeggen. Wij waren aangehaakt op de informatievoorziening. Dat gebeurde vanaf begin januari als onderdeel van de bestuursraad. Ik was net als mijn collega's onderdeel van de bestuursraad. Die departementale crisisstructuur is geactiveerd op 24 januari en kort daarop, twee weken later, halverwege februari, waren wij onderdeel van die departementale crisisstructuur. Eind februari waren wij onderdeel van de interdepartementale crisisstructuur en vanaf dat moment hebben wij daar ook volop in meegedraaid.

Mevrouw **Mutluer**:

De minister die vanaf het begin van kabinet-Rutte III verantwoordelijk was voor Langdurige Zorg was minister De Jonge. Na het uitvallen van de heer Bruins, minister Bruins, op 19 maart 2020 wordt minister De Jonge ook verantwoordelijk voor de aanpak van de coronapandemie. Was minister De Jonge ook al betrokken bij de corona-aanpak, voordat minister Bruins uitviel, dus voor 19 maart?

De heer **Van Koesveld**:

Jazeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Op welke wijze was hij betrokken?

De heer **Van Koesveld**:

Wat er gebeurde, blijkt, denk ik, ook al uit de voorgaande verhoren. Eind februari, begin maart, was echt zo'n kantelpunt in de coronatijd. Carnaval is geweest en het duurt dan een aantal dagen voordat de besmettingen

ook daadwerkelijk zichtbaar worden, mensen elkaar gaan besmetten en het virus overal om zich heen slaat. De eerste patiënt was toen al geïdentificeerd. Later is er ook iemand overleden aan corona. Dat gebeurde op 6 maart en vervolgens is er op 8 maart voor het eerst iemand overleden in een verpleeghuis.

In aanloop daarnaartoe kregen wij uit Noord-Brabant en ook uit Limburg berichten met de strekking "het gaat hier de verkeerde kant op; corona grijpt om zich heen". Dat betekende dat er vragen kwamen als: moeten wij mensen in verpleeghuizen doorsturen naar het ziekenhuis om daar behandeld te worden of kunnen we ze beter zo goed mogelijk in de verpleeghuizen behandelen voor corona? Er waren vragen als: onder welke voorwaarden kunnen mensen blijven werken, ook als ze klachten hebben? Dat waren onderwerpen die al begin maart speelden. Er waren vragen over beschermingsmiddelen: waar kunnen wij terecht als we onvoldoende beschermingsmiddelen hebben?

Met dat soort vragen waren wij al bezig in de eerste week en de week daarop. Dat vonden wij zo belangrijk dat we vervolgens hebben gezegd: dit gaat een grote impact hebben op de langdurige zorg. We hebben toen een apart coronateam, het Corona Continuïteitsteam Langdurige Zorg, opgericht om juist die kant van de zorg goed te kunnen bedienen.

Mevrouw **Mutluer**:

Werd dat niet voldoende bediend dan?

De heer **Van Koesveld**:

We hadden veel contacten, maar je ziet dan dat het groot wordt. Onze collega's bij Publieke Gezondheid waren daar volop mee bezig. Bij Curatieve Zorg schakelden ze ook helemaal aan. Die waren daar ook mee bezig. Het was dus ook belangrijk dat wij er bij de langdurige zorg, juist de plek waar er kwetsbare mensen zijn, vol mee aan de slag gingen. Ik heb dat team op 12 maart opgericht en dat is eigenlijk ook het antwoord op uw vraag, want dat was ook het moment waarop de minister werd betrokken. Hij was al betrokken bij de eerdere vraagstukken. Ik beschreef die net, want dat zijn die vraagstukken die begin maart speelden. Vervolgens heeft hij gezegd: ik vind het een goed idee om die unit op te richten en om met een team gericht op de langdurige zorg aan de slag te gaan. Daarna is hij door het uitvallen van minister Bruins natuurlijk de minister geworden die verantwoordelijk was voor de crisisbestrijding. Dat hielp ons natuurlijk ook, omdat hij juist vanuit Langdurige Zorg oog had voor wat daar gebeurde en daar ook ervaring mee had.

Mevrouw **Mutluer**:

Even terug naar vóór 19 maart. Hij was zelf nog niet verantwoordelijk voor Medische Zorg. Hij was alleen verantwoordelijk voor de langdurige zorg. Wat heeft u de minister vanuit het Corona Continuïteitsteam Langdurige Zorg geadviseerd over aanhaken bij de besluiten die bij een ander departement, namelijk Medische Zorg, werden genomen?

De heer **Van Koesveld**:

Dat is hetzelfde departement, hè. U moet zich voorstellen dat wij als leden van de bestuursraad op dezelfde gang zitten. Ga je de hoek om dan zit je bij de bewindspersonen. Het zijn dus allemaal heel korte lijnen: als er iets aan de hand is, lopen wij onze kamer uit en hebben we als dat nodig is om de hoek overleg met een collega.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat was het advies aan minister De Jonge?

De heer **Van Koesveld**:

De minister was betrokken bij een aantal van de vraagstukken die ik eerder noemde, maar hij had op 3 maart ook al deelgenomen aan de MCCb, de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing. Hij was als verantwoordelijke voor de langdurige zorg aangesloten bij die besluitvorming en daar had hij ook een rol in. Die rol is natuurlijk verschrikkelijk veel groter geworden op het moment dat minister Bruins uitviel. Hij heeft die rol toen op zich genomen en daarmee heeft hij het hele onderwerpen en de aandacht voor de langdurige zorg met zich meegenomen.

Mevrouw **Mutluer**:

Heeft minister De Jonge daarvoor al hulp aangeboden aan de heer De Bruins?

De heer **Van Koesveld**:

Bruins. Zeker. Wij hadden bewindspersonenoverleggen, hè. Als bestuursraadleden informeer je elkaar en praat je elkaar bij, maar daarnaast zit je natuurlijk ook met de bewindspersonen in overleggen over wat er gebeurt. Dus het was wel degelijk zo dat hij heeft gezegd: kan ik helpen? Ik denk dat de oprichting van dat team hielp, maar daarna gingen de ontwikkelingen heel snel en kreeg hij heel natuurlijk die rol, omdat hij Bruins moest opvolgen toen die was uitgevallen.

Mevrouw **Mutluer**:

Stond de heer ... Ik moet het goed zeggen! Stond de heer Bruins open voor die hulp vanuit minister De Jonge?

De heer **Van Koesveld**:

Naar mijn weten wel. Ik heb geen andere berichten daarover.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik stel de vraag opnieuw, gelet op de memo, die op enig moment is rondgestuurd, namelijk op 12 maart 2020, voor bespreking in een bestuursraad van VWS, over hoe in dit geval minister De Jonge minister Bruins kon ondersteunen. Daar is een mailwisseling over geweest op 13 maart tussen de plaatsvervangend directeur van de directie Curatieve Zorg en u, neem ik aan. Waar ging die mailwisseling over? Over de hulp die minister De Jonge minister Bruins wilde bieden? Hoe werd daarop gereageerd?

De heer **Van Koesveld**:

Die mail ging over het oprichten van het team waar ik het eerder over had. De logische vraag is dan natuurlijk het volgende. Op het moment dat je bij Langdurige Zorg een team opricht dat sterk gericht is op zorgcontinuïteit en het beschermen van kwetsbare mensen, stel je de vraag: hoe verhoudt zich dat tot de crisisstructuur die we samen op VWS hebben opgericht? Daar was wel discussie over. Hoe haken we dan dat nieuwe team goed aan, ook op wat het Beleidsteam Crisisbeheersing, het BTCb, heette? Dat was een heel centraal orgaan in die crisisstructuur. Daar hebben we het over gehad met de dg Volksgezondheid. Hoe haken we daar goed op aan? Het belang ervan dat wij ook de kant van de langdurige zorg konden inbrengen in de cockpit van de crisisbeheersing van het departement was gewoon heel groot, denk ik. Daardoor kon ik aanschuiven in die cockpit bij de bewindspersonen en de andere dg's.

Mevrouw **Mutluer**:

Minister De Jonge gaf aan dat hij graag wilde helpen. Op 13 maart is er een mailwisseling geweest waarin staat dat Hugo de Jonge wil helpen en dat minister Bruno Bruins dat waarschijnlijk niet wil.

De heer **Van Koesveld**:

Daar heb ik geen herinnering aan. Ik herinner mij niet dat hij dat tegen mij heeft gezegd of tegen iemand anders. Volgens mij was dit een mail waarin iemand zei: weet Bruno Bruins ervan? Daar is een interpretatie aan gegeven. Ik heb dat team opgericht. We zijn gaan meewerken in die cockpit. Hugo de Jonge heeft door die noodsituatie de rol op zich genomen van eerstverantwoordelijke minister voor de crisisbestrijding. Martin van Rijn is daarbij gekomen om te helpen en we zijn aan de slag gegaan.

Mevrouw **Mutluer**:

Er is een mail van de plaatsvervangend directeur van de directie Curatieve

Zorg van 13 maart waarin dat naar u wordt gemaild. Dat kunt u zich niet meer herinneren?

De heer **Van Koesveld**:

Ik heb die mail weer gezien toen ik me voorbereidde op dit dossier, maar het is geen belemmering geweest om in gang te zetten wat we in gang moesten zetten. VWS moest namelijk in brede zin met dit probleem, met deze coronacrisis, aan de slag. Berenschot beschrijft ook heel duidelijk in het rapport dat dat goed was. Het was geen kleine crisis. Het was een grote crisis, die bovendien over de hele breedte van de zorg effect had. En dus moesten wij ook in de volle breedte van VWS met dit vraagstuk aan de slag. Dat is precies wat er in die dagen en weken daarna gebeurde. Wij hadden toen gezamenlijk afstemmingsoverleg, waaraan alle betrokken dg's en bewindspersonen deelnamen. Zo gingen we aan de slag om deze crisis zo goed mogelijk te beheersen.

Mevrouw **Mutluer**:

Naar mijn weten is het afstemmingsoverleg er uiteindelijk vanaf 6 april gekomen. Dat is nadat minister Bruins was uitgevallen.

De heer **Van Koesveld**:

Ja, dat klopt. Maar het heette eerst het "ministerieel BTCb", dus Beleidsteam Coronabeheersing. Later is de naam veranderd naar "afdelingsoverleg". Dat je daar met de bewindspersonen en dg's aan tafel zat, gebeurde al vanaf het moment dat de heer De Jonge verantwoordelijk werd voor de coronacrisis.

Mevrouw **Mutluer**:

Minister De Jonge wordt vanaf 19 maart verantwoordelijk voor de coronapandemie. Wat veranderde er toen aan de crisisorganisatie binnen VWS? U refereerde er net ook al aan, maar leg dat even goed uit.

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat de kern was dat deze crisis een crisis was voor alle onderdelen van VWS, omdat ze alle beleidsterreinen en alle delen van de zorg betrof. Ik denk dat het goede is geweest dat wij in de volle breedte zijn gaan kijken: hoe pakken we de crisis aan, wat zijn de effecten op de verschillende onderdelen van de zorg en hoe maken we daar beleid op? Dat betekende dat we dus veel meer als één groep gingen opereren, in een bijna dagelijks overleg, en uiteindelijk ook intern in het afstemmingsoverleg, om dit zo goed mogelijk te doen. Dat deden wij niet alleen. Dat is wel belangrijk om te onderstrepen. Dat deden we als departement niet alleen. In de zorg hebben heel veel partijen een verantwoordelijkheid. Het is een heel decentraal systeem. We moesten

ook heel veel overleggen met veldpartijen. Naast het feit dat wij het Coronateam Langdurige Zorg hadden gestart, hebben we ook heel veel verbinding gelegd met allemaal veldpartijen. Dat ging via de koepelorganisaties en via belrondes met individuele organisaties. Later ging dat ook via verslagen van crisisdagboeken over de coronacrisis. Op die manier hebben we heel veel kunnen ophalen over wat er gebeurde in het veld, in de verpleeghuizen, in de instellingen voor gehandicaptenzorg en op andere plekken in de langdurige zorg. We konden dat daar aan tafel, met de collega's in de bestuursraad, goed inbrengen in de beleidsvorming, bij de ministers. Omgekeerd konden wij het beleid zoals het werd vormgegeven, zo goed mogelijk doorvertalen en communiceren naar de sector. Wat dat betreft was het eigenlijk de hele tijd het halen en brengen van informatie en natuurlijk ook het uitwerken van de maatregelen zoals ze werden genomen.

Mevrouw **Mutluer**:

Leverde de verandering van de crisisorganisatie op wat daarmee was beoogd?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat het heel belangrijk is dat wij juist samen met de veldpartijen aan de slag gingen om deze crisis te beheersen en dat deze samenwerkingsverbanden vroegtijdig georganiseerd werden. Op het moment dat ik het team voor de langdurige zorg had opgericht, hebben wij ook meteen – dat was eigenlijk dagelijks – overleg gevoerd met mensen uit de langdurige zorg. Dat ging ook om ook aparte overleggen met organisaties van maatschappelijke ondersteuning, cliëntenorganisaties en jeugdorganisaties. Zo haalden we in de volle breedte van de langdurige zorg de signalen op. Tegelijkertijd vertelden we wat de bedoeling was en wat het perspectief was in het beleid voor de bestrijding van de coronacrisis. Ik ga terug naar uw vraag. Dat betekende dat ik dat perspectief heel goed op tafel kon leggen bij de bewindspersonen en andere dg's. We konden bespreken: Hoe gaan we om met die vragen? Hoe gaan we in beleid terug naar de sector om aan te geven wat wij willen doen en wat in de praktijk zal moeten worden uitgevoerd door de verschillende partijen in het veld?

Mevrouw **Mutluer**:

Wat mij betreft tot zover wat betreft de crisisorganisatie.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u aanvullingen op dit onderwerp?

De heer **Poortman**:

Ik heb op dit onderwerp geen aanvullingen.

De **voorzitter**:

Dan geef ik u gelijk het woord voor het volgende, grotere onderwerp.

De heer **Poortman**:

Dank u wel, voorzitter. Meneer Koesveld, we gaan met u terug naar 19 maart 2020. Op die dag kondigde minister De Jonge namelijk aan dat de verpleeghuizen zullen sluiten voor bezoek. Een dag later, vanzelfsprekend op 20 maart, gaat het bezoekverbod in. Wat betekent het bezoekverbod precies voor verpleeghuizen?

De heer **Van Koesveld**:

Dat betekent natuurlijk verschrikkelijk veel. Het is zo belangrijk dat je juist in een verpleeghuis je oma, je moeder of je bekende kan opzoeken. Op het moment dat het coronavirus, dat oprukt aan alle kanten, het noodzakelijk maakt om zo'n maatregel te nemen, is dat een loodzwaar besluit. Dat vonden wij ook op het departement. Je zag ook in de voorbereiding van de ministeriële commissie en zelfs in de ministeriële commissie dat dit een loodzwaar besluit was.

De heer **Poortman**:

Hoe kwam dat tot uitdrukking?

De heer **Van Koesveld**:

Ik was aanwezig daarbij, zowel in de voorbereiding ... Dit is allemaal een kwestie van uren en dagen voordat het besluit werd genomen op 19 maart. Het werd geëffectueerd op 20 maart. Je zag dat het gewoon een steen op de maag van de bewindspersonen was om dit besluit te moeten nemen.

De heer **Poortman**:

Hoe zag u dat?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, dat zag je aan de bedrukte stemming, en ook wel aan de vragen. "Ja, wat is dit ingrijpend en wat is dit aangrijpend, maar als het nodig is, dan nemen we dit besluit." Maar dat is wel met heel veel pijn in het hart, omdat iedereen beseft hoe belangrijk het juist is dat je contact hebt met mensen die ouder zijn, vaak ook in hun laatste levensfase, en hoe essentieel dat contact is. Dat men dat niet kon doen in een crisis, is, denk ik, als je de hele crisis overziet, misschien wel het meest zware besluit dat het kabinet heeft moeten nemen.

De heer **Poortman**:

Dat schetst u heel treffend. We gaan dat nu iets verder afpellen. We zien dat gedurende de crisis de adviezen van het OMT heel sec zijn opgevolgd. Die zijn dus vrij dominant geweest in het komen tot maatregelen. Het OMT adviseert niet het sluiten van verpleegtehuizen. Hoe is het besluit tot stand gekomen?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat er een paar elementen zijn. Het eerste was dat in Noord-Brabant en in Limburg de crisis eigenlijk al gaande was. Het virus verspreidde zich daar heel snel. Verpleeghuizen staan midden in de samenleving, dus het virus kwam ook de verpleeghuizen binnen. Dat betekende dat bestuurders van verpleeghuizen, maar ook de koepelorganisatie ActiZ, de organisatie voor ouderenzorg, zeiden: ja, het is wel verstandig om bezoek te beperken, want anders komt dat virus nog meer de huizen in. Dat betekende dus dat zij al het advies gaven aan de instellingen in Noord-Brabant en in Limburg – een aantal daarbuiten deden hetzelfde – om de deuren voor bezoek te sluiten.

De heer **Poortman**:

Als ik het dus goed begrijp, gaven ze het advies op dit punt dus aan de instellingen zelf?

De heer **Van Koesveld**:

Ja, klopt. Dat was dus één. De berichten over dat de situatie daar zwaar was, bereikten ons vanaf begin maart, en ActiZ zei op 13 maart dat het nodig was om dit te doen. Een week later gingen we over tot het algemene verbod op bezoek tot verpleeghuizen. Dat was één reden. De tweede ...

De heer **Poortman**:

Hoe bereikten die berichten u? Dat heb ik nog niet helemaal helder. Het waren adviezen aan de instellingen. Hoe bereikten die adviezen u op dat moment?

De heer **Van Koesveld**:

Zoals ik net vertelde, stonden wij in nauwe verbinding met de koepelorganisatie, maar ook met een heleboel individuele organisaties, die ons meldden van: ja, wij gaan onze deuren sluiten. De koepelorganisatie probeerde wel één lijn te trekken naar de verschillende organisaties toe over wat ze gingen doen. Die lijn was dat het eigenlijk ongewenst was om bezoek toe te laten en dat het verstandig was om de deuren te sluiten, hoe moeilijk dat ook was. Maar dat gebeurde vanuit het idee om dat virus

buiten de houden, omdat juist in de verpleeghuizen natuurlijk kwetsbare mensen wonen. Die wil je daartegen beschermen.

De heer **Poortman**:

Zochten ActiZ en Verenso – u noemt ActiZ, maar ook Verenso had hier een rol in – ook zelf actief contact met het ministerie om op dit bezoekverbod aan te dringen?

De heer **Van Koesveld**:

Zeker, zeker. Sterker nog, ActiZ zei: wij zijn genoodzaakt dit te doen en we hopen ook dat de minister er steun voor geeft dat dat nodig is in de situatie waarin we ons bevinden, met alle grote nadelen van dien. Dat was dus één reden om tot deze bezoeksregeling over te gaan. De tweede reden was dat het weliswaar niet een direct advies was van het OMT, maar dat het OMT op 12 maart wel zei: ons advies aan Nederlanders is om zo veel mogelijk thuis te blijven, contact te beperken en niet op bezoek te gaan bij mensen boven de 70 en mensen met een kwetsbare gezondheid. Nou, wat is het geval? Juist in die verpleeghuizen wonen mensen die boven de 70 zijn, meestal tenminste, en een kwetsbare gezondheid hebben. Het lag dus heel erg in het verlengde van het algemene OMT-advies om sociaal afstand te nemen. We hebben nog die donderdag, 19 maart, met de secretaris van het OMT kortgesloten dat wij hiertoe overgingen, en we hebben gevraagd of dat bij het advies paste. Het antwoord was: ja, dit past bij het advies. Maar het is inderdaad waar dat er geen OMT-advies aan ten grondslag lag, maar het lag wel in het verlengde van het advies dat het OMT al gegeven had.

De heer **Poortman**:

Dat betrof het advies: wees voorzichtig met het bezoek aan 70-plussers en mensen met een kwetsbare gezondheid.

De heer **Van Koesveld**:

Precies. Ja.

De heer **Poortman**:

Een dag eerder, voordat dat besluit valt, krijgt u per mail een waarschuwing van Verenso. Die vereniging werd al genoemd, namelijk een verenging van specialisten in de ouderengeneeskunde. In die mail staat – ik lees het even voor – dat er "grote zorgen zijn over het gebrek aan beschermende materialen". Ze schrijven dat het "nauwelijks mogelijk is om medewerkers en medebewoners te beschermen" en dat daarom "de deuren voor bezoek gesloten moeten worden". Daar hadden we het net over. Aan dat advies is gehoor gegeven. We gaan het straks nog verder hebben over persoonlijke beschermingsmiddelen, maar nu wil ik vooral

weten welke rol het gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen heeft gespeeld bij het nemen van het besluit om de deuren te sluiten voor bezoek.

De heer **Van Koesveld**:

De tekorten waren natuurlijk alom in de zorg. De zorgen waren groot. Die context kwam ook bij ons binnen en die namen we heel serieus.

Tegelijkertijd is het tekort en de zorgen over tekorten niet dé reden geweest voor de bezoekenregeling. Dé redenen voor de bezoekenregeling zijn geweest: de situatie in Limburg en Noord-Brabant, waar dus al sprake was van grote uitbraken en een beperking van bezoek die vanuit ActiZ werd uitgedragen, het OMT-advies waar ik het net over had, namelijk om contact met mensen die kwetsbaar zijn te beperken, en ten derde natuurlijk dat Verenso zei ...

De heer **Poortman**:

Excuses dat ik onderbreek, maar het was dus eigenlijk de interpretatie van het OMT-advies?

De heer **Van Koesveld**:

Ja. Dat hebben we gecheckt. Het lag in het verlengde daarvan, maar het was niet een apart OMT-advies. Daar heeft u helemaal gelijk in.

De heer **Poortman**:

Het brisante daaraan is dat het OMT-advies een soort vrijheid in zich heeft, want het is een advies om mensen niet te bezoeken. Met het besluit om de deuren te sluiten voor publiek ontnemt u, als instantie, mensen die vrijheid.

De heer **Van Koesveld**:

Ja, dat is helder. Dat is vergaand. Dat begrijp ik.

De heer **Poortman**:

Het is bijna een principiële verschil.

De heer **Van Koesveld**:

Zeker. Daar komen we vast ook nog wel op. De vraag ging over Verenso. Verenso zei toen – als ik het me goed herinner, was dat op die woensdag – in een gesprek dat ik samen met hen en met de minister had: "Het loopt uit de hand. Deze mensen zijn kwetsbaar. Het virus is overal in de omgeving. Het loopt in die huizen door. Neem een maatregel. Beperk bezoek. Kom tot een sluiting van de huizen." Dat appel was dus heel groot. Het appel was niet: dit is doordat wij te weinig beschermingsmiddelen hebben. Dat was niet de bepalende factor. Het was

die drieslag waar ik het net over had dat ons deed besluiten tot deze bezoeksregeling, namelijk de situatie in een deel van het land, het verlengde van het OMT-advies en het appel van Verenso.

De heer **Poortman**:

Dus als ik een conclusie mag trekken: als er geen gebrek was geweest aan persoonlijke beschermingsmiddelen, had u hetzelfde besluit genomen.

De heer **Van Koesveld**:

Exact.

De heer **Poortman**:

Ik wil het nog even hebben over het bezoekverbod en wat dat betekende voor de bewoners van het verpleegtehuis. U zei al: we gaan het daar vast nog verder over hebben. Laten we dat dan ook doen. Er zit een principiële punt in de vrijheid die een advies in zich bergt en het definitief beperken van contact met kwetsbaren, ook in hun laatste levensfase – daar gaan we het straks over hebben – die in een verpleegtehuis zitten. Hoe zijn die belangen voor verpleegtehuisbewoners wat betreft sociaal contact meegenomen?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, zoals ik al zei: dit was een loodzwaar besluit. Iedereen beseft zich wat het betekent als je geen bezoek meer toelaat tot ouderen, voor wie de kwaliteit van leven, sociaal contact, liefdevolle zorg en nabijheid van de naasten zo belangrijk is. Het besluit dat we namen, was dus heel zwaar, want we beseften juist dat er een andere kant was. Ja, wij dachten en vonden – ik vind dat nog steeds – dat het verstandig was om de verpleeghuizen te sluiten voor bezoek, maar die andere kant was natuurlijk meteen ook aanwezig. Daarom was het ook zo'n zwaar besluit.

De heer **Poortman**:

Ik maak even een aantekening op mijn papiertje. Kijk, we zijn hier bezig met een reconstructie. Vandaar dat ik nog even een vraag heb over hoe zo'n besluit tot stand komt. Ik ben benieuwd hoe er dan gesproken wordt over de kwaliteit van leven. Hoe wordt dat ingebracht en hoe wordt dat precies afgewogen tegen de verspreiding van het virus?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, omdat verpleeghuizen midden in de samenleving staan, zie je gewoon dat op het moment dat er in de samenleving veel meer besmetting is, het dan ook doorloopt in de huizen. Dat zie je ook als je later terugkijkt in de statistieken van wat er in andere landen gebeurd is en waar er besmettingen waren in verpleeghuizen. Dat was juist weer op

die plekken waar in de regio ook heel veel besmetting was. Dat betekent dus dat de enige manier om te voorkomen dat het virus die huizen in komt, is dat je die afsluit. Dan kun je ze niet afsluiten voor personeel, want het typerende van de langdurige zorg is juist dat je de zorg eigenlijk niet kan afschalen. De zorg gaat naar mensen toe, mensen wonen daar, en dus kun je de zorg niet afschalen. Dat is anders dan delen van het ziekenhuis, waarin dat wel mogelijk is. Dat betekent dus dat je zowel voor de mensen die er wonen alsook voor de mensen die er werken, moet proberen dat het virus niet in dat huis komt. Daarvoor was de bezoeksregeling ontworpen.

Vanaf het moment dat we tegen elkaar zeiden "dat is nodig", beseften we eigenlijk heel erg goed: dit betekent ook dat mensen veel minder sociale contacten zullen hebben; dat is ontzettend naar en zal ook leiden tot vereenzaming. Die kant zit dus daar ook helemaal in. Wij hebben het voortdurend daarover gehad. We hadden ook steeds het idee: we doen het zo kort als mogelijk, maar zo lang als noodzakelijk. We hadden het liefst heel snel gezegd: we gaan weer open. We hebben vervolgens ook een paar keer aan het OMT gevraagd: zouden wij toch weer wat meer open kunnen? Kunnen wij vooruitleren op een aantal locaties hoe wij onder bepaalde omstandigheden de huizen ook weer kunnen openen voor bezoek? Maar in die crisis, die nationaal om zich heen greep, was het natuurlijk wel heel belangrijk dat we de kwetsbaren konden beschermen en dat we die zorg daar konden blijven verlenen, en voor een deel trouwens ook dat we voorkwamen dat daarmee ouderen in het ziekenhuis belandden, waar al zo veel druk op de acute zorg was. Ook het OMT zei: het is ook heel erg, maar het is verstandig, vanuit de besmetting over het hele land heen, om deze bezoeksregeling toch vol te houden. Dat hebben we, denk ik, twee keer gevraagd. De laatste keer, op 20 april, is een OMT-advies uitgekomen en daarna hebben we gekeken wanneer wij onder voorwaarden weer open konden gaan. Dat is dus ook stapsgewijs gebeurd.

De heer **Poortman**:

Kunt u ons schetsen hoe de belangen van medewerkers zijn afgewogen tegen die van verpleeghuisbewoners?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat dat eigenlijk in één beweging ging, omdat zowel het beschermen van kwetsbaren belangrijk is, maar het ook belangrijk is dat deze kwetsbare mensen zorg krijgen, en daar hebben we de medewerkers voor nodig. Natuurlijk, als zij zelf ziek zijn, dan moeten ze niet gaan werken. Maar als het kan, dan werken ze juist ook in de zorg om de

continuïteit van zorg mogelijk te maken, dus dat probeerde je zo goed mogelijk. Natuurlijk zijn er ook wel ingewikkelde dilemma's voor mensen geweest, van: ik vind het misschien niet veilig genoeg. Of: ik heb zelf klachten; wat zal ik gaan doen? V&VN, de vereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, heeft daar ook een handreiking voor gemaakt: hoe ga je om met dit soort dilemma's? Want dat is natuurlijk ook gewoon best heel moeilijk. Mensen hebben ook voor moeilijke situaties gestaan omtrent het werken, maar ook door wat er gebeurde in verpleeghuizen, waar veel mensen kwamen te overlijden, omdat het virus toch al was binnengedrongen en zich heel snel verspreidde. Dat waren dus ook heel moeilijke situaties.

De heer **Poortman**:

Ik vraag ernaar omdat er een soort verschil in perspectief bestaat, in het kader van het leven. Zorgmedewerkers hebben nog een leven voor zich, terwijl heel veel bewoners van een verpleeghuis, zeker ouderen en 70-plussers, in een andere levensfase zitten. Op dat moment denk je misschien ook anders over de kwaliteit van leven na. Ik ben benieuwd hoe dat perspectief is meegewogen en ook of daar bijvoorbeeld contact over is geweest met de verpleeghuisbewoners zelf.

De heer **Van Koesveld**:

We hebben wel contact gehad met cliëntenvertegenwoordigende organisaties, ook voordat we het besluit namen. We hebben een klankbord opgericht om ook te gaan bespreken onder welke voorwaarden we juist weer open konden. Om daarna open te kunnen, was juist het contact met zowel de vertegenwoordiging van verpleegkundigen en verzorgenden als de vertegenwoordiging van cliënten en ook de ondernemingsraad van belang. Het was van belang dat die zeiden: wij vinden het een goed idee dat we weer opengaan, zodat we weer contact kunnen hebben. Het is dus aan het begin van de crisis aan de orde geweest en het is zeker ook aan de orde geweest op het moment dat de verpleeghuizen weer ruimte zagen om te openen.

De heer **Poortman**:

U heeft het in dat kader over een klankbordgroep bij het heropenen van verpleegtehuizen. Was die klankbordgroep er ook bij het sluiten van de verpleegtehuizen?

De heer **Van Koesveld**:

Nee, want dit was natuurlijk in een typische crisissituatie. Je krijgt signalen binnen die buitengewoon ernstig waren. Je neemt dat besluit en je gaat tot uitvoering over. Dat is in een tijdsbestek van uren tot enkele dagen gebeurd, waardoor ook de bezoekenregeling van kracht werd op 20

maart. Dat is dus heel snel gegaan. We hebben daarover contact gehad met verschillende partijen; met ActiZ, zoals ik noemde, met Verenso en ook met cliëntenorganisaties. Maar er is niet een uitvoerige klankbordgroep geweest, behalve dat we dus wel dat koepeloverleg hadden waarin we dit ook bespraken. Alle toelichtingen op deze bezoekenregeling zijn ook gedeeld met partijen, zodat we allemaal dezelfde onderbouwing gebruikten, want het is belangrijk dat je in een crisis heel goed communiceert en dat wat de overheid communiceert, overeenkomt met wat verpleeghuizen communiceren, met wat specialisten ouderengeneeskunde communiceren enzovoorts. Daar is dus veel contact over geweest, maar er is geen klankbordgroep of stuurgroep over geweest.

De heer **Poortman**:

Kreeg u de indruk, uit wat u bereikte vanuit ActiZ en Verenso, dat deze beide organisaties dat perspectief van bewoners voldoende meewogen?

De heer **Van Koesveld**:

Zeker bij Verenso was dat het geval, want zij hadden juist ook nadrukkelijk gesteld dat het belangrijk was om tot een bezoekenregeling te komen. ActiZ had het natuurlijk zelf ook al gedaan bij Noord-Brabant.

De heer **Poortman**:

Excuus dat ik u onderbreek. Ik begrijp waar ze op aandrongen, maar ik ben benieuwd of zij het belang van de verpleeghuisbewoners ook genoeg aandacht gaven in het advies dat ze u gaven, of in het aandringen dat ze bij u deden.

De heer **Van Koesveld**:

Zeker, want de bewoners zijn de mensen die in hun huizen wonen, dus ze hadden er alle belang bij om te voorkomen dat zij ziek werden of zelfs kwamen te overlijden. Dus dat belang werd goed vertegenwoordigd.

De heer **Poortman**:

Was dat ook een uitdrukkelijke wens van verpleeghuisbewoners? Leefde de wens onder verpleeghuisbewoners dat ze liever hadden dat het verpleeghuis dichtging?

De heer **Van Koesveld**:

We hebben dat niet zo aan de verpleeghuisbewoners gevraagd, als dat de vraag is. We hebben het wel via de cliëntenorganisaties gevraagd: wij zien ons hiertoe genooddaakt; hebben jullie daar begrip voor? Het antwoord was dat daar begrip voor was. We zaten natuurlijk in een situatie van extreme onzekerheid en een virus dat om zich heen greep, dat bovendien

heel dodelijk was, zeker voor mensen die zo kwetsbaar waren. Ik denk dus dat in die situatie al die partijen zeiden: dit is een verschrikkelijk ingrijpend besluit, maar het is ook nodig om het te doen, en we hopen van harte dat er daarna steeds meer mogelijkheden zijn om weer tot opening over te gaan. Daar waren ze dus ook nauw bij betrokken. Ik heb ook nog even in de Kamerdebatten gekeken. Er was voor dit besluit, hoe ingrijpend ook, veel steun. Er zijn weinig partijen geweest die hebben gezegd: dit was geen verstandig besluit.

De heer **Poortman**:

Maar dan ontstaat toch een beetje het beeld dat dit een besluit óver de verpleeghuisbewoners is geweest en niet een besluit mét de verpleeghuisbewoners, omdat het perspectief dan toch niet heel duidelijk is meegenomen.

De heer **Van Koesveld**:

Via de cliëntenvertegenwoordigende organisaties wel, denk ik. Ik denk ook dat als de dood zo dichtbij komt, het heel natuurlijk is om te denken: dat wil ik voorkomen. Als het dan mogelijk is dat te voorkomen door de bezoeksregeling af te kondigen, in eerste instantie van 20 maart tot 6 april, dan denk ik dat het ook passend is dat je dat doet en dat het ook in het belang is van de bewoners.

De heer **Poortman**:

U noemt het zelf: als de dood dichterbij komt, dan ga je zaken anders wegen. Dat geldt ook voor een aspect als eenzaamheid en alleen zijn. Minister De Jonge geeft aan dat verpleeghuizen incidenteel kunnen afwijken van het bezoekverbod voor mensen die in een stervensfase zitten. Wat houdt dat in?

De heer **Van Koesveld**:

Dat was onderdeel van de regeling. Misschien is het toch wel goed om even iets meer over de regeling te zeggen, want daar hintte u eerder ook op. Eigenlijk is het een hele indirecte constructie, want de bestuurder van het huis zegt "we gaan geen bezoek meer toelaten", maar je regelt dat indirect, via de voorzitter van de veiligheidsregio. Die zegt: op het moment dat het handhaven van dat bezoek ingewikkeld is – mensen willen zich daar niet aan houden – kan er handhavend worden opgetreden. Dat is de verordening die vanuit de voorzitter van de veiligheidsregio's dan ook wordt geslagen.

De heer **Poortman**:

Een instelling kan dat niet zomaar zelf besluiten, zegt u. Daar is de veiligheidsregio voor nodig.

De heer **Van Koesveld**:

Precies. Vervolgens vond dit plaats, maar we hebben – daarom vertelde ik ook over die verordening – zowel in de verordening als in heel veel communicatie daaromheen gezegd: "Dit is een ingrijpend besluit. Dat wordt bijna niet draaglijk als het om de laatste levensfase, de stervensfase, van mensen gaat. Daarom is het belangrijk dat we daar een uitzondering voor maken." Die uitzondering zat dus in die verordening. Die zat ook in de communicatie. Ook Verenso heeft die uitzondering vertaald in hoe we die vormgeven in de praktijk van het verpleeghuis.

De heer **Poortman**:

U wilde het even in drieën knippen. Verenso dan als laatste. U heeft het over de communicatie gehad en ook over de uitzonderingen als zodanig. Dat zijn even de drie dingen. We hebben het over de uitzonderingen, de communicatie en Verenso. Waren er meer uitzonderingen op het bezoekverbod?

De heer **Van Koesveld**:

Ja. Er was ook een uitzondering – eigenlijk waren dat er twee – dat je wat we een "structurele vrijwilliger" noemen, kon toelaten. Er zijn dus heel veel mensen die structureel helpen in de zorgverlening in verpleeghuizen. Die konden ook worden toegelaten, omdat anders het werk voor verpleegkundigen en verzorgenden wel heel erg zwaar werd. Dus die ruimte was er. Er werd ook gezegd: er is een bezoekverbod, tenzij er sprake is van een bezoek aan de naaste in de stervensfase dan wel vergelijkbare omstandigheden. Daarbij was er ruimte voor de bestuurder van het verpleeghuis om daar invulling aan te geven.

De heer **Poortman**:

U heeft het erover dat dit naar de verpleeghuizen gecommuniceerd is. Was dat voldoende?

De heer **Van Koesveld**:

Dat heb ik me afgevraagd in de loop van de crisis en zeker ook daarna, want ...

De heer **Poortman**:

U had vast een aanleiding om uzelf dat af te vragen.

De heer **Van Koesveld**:

Nou, dat was omdat ik signalen terugkreeg van organisaties die wij spraken. Want wat wij deden gedurende de crisis, is heel veel rondbellen, zo van: hoe is de situatie bij jullie, en hoe zit het met de bezoekenregeling en andere zaken die van belang zijn in die crisis? Dan kregen wij soms

ook wel terug, ook van cliëntenorganisaties: ja, we maken ons hier zorgen over, want de uitzondering is er wel, maar wordt die ook overal tot uitvoering gebracht? Dus wij hebben toen ook nog een paar keer herhaald, in publieksvoorlichting, persconferenties en Kamerdebatten, dat die uitzondering echt bestond en dat die er precies om die reden was, namelijk om de allerzwaarste kant van het besluit net iets te kunnen verlichten. Ik heb ook nog teruggekeken en een beetje met kunstmatige intelligentie de openbare bronnen laten ... Ik denk dat er bij elkaar in die maanden ongeveer 25 keer gecommuniceerd is vanuit de overheid, vanuit de koepelorganisatie, waarover we het net hadden, en vanuit de regio, vanwege die verordening, zo van: die uitzondering bestaat en die bestaat niet voor niks.

De heer **Poortman**:

Toch vraagt u zich af of er voldoende gecommuniceerd is, terwijl u ook kunt aangeven: er is in elk geval gecommuniceerd. Welke signalen kreeg u die u de vraag deden stellen: hebben we wel voldoende gecommuniceerd?

De heer **Van Koesveld**:

Dat waren soms signalen van mensen die zeiden: ik mag daar niet bij. Of van bestuurders, zo van: we vinden het heel spannend om daar invulling aan te geven; we houden het af. Ik zeg niet dat dat het totale beeld was, maar het kwam wel voor en dat was ook precies de reden waarom wij zeiden: dan moeten wij duidelijker communiceren dat die ruimte echt is opgenomen in de regeling en dat het ook van belang is om die te benutten. Tegelijkertijd beseft je natuurlijk dat op het moment dat je het hebt over een aantal naasten die bij iemand in die stervensfase mogen zijn ...

De heer **Poortman**:

Om hoeveel naasten ging dat?

De heer **Van Koesveld**:

Sorry?

De heer **Poortman**:

Om hoeveel naasten ging dat?

De heer **Van Koesveld**:

Volgens de vertaling die Verenso deed, ging dat om een à twee vaste personen in de laatste dagen voor het sterven. De verordening bood meer ruimte en ik denk dat er in de praktijk ook wat meer ruimte werd genomen door veel huizen, maar het was natuurlijk altijd maar een

beperkte groep en vaak moesten die ook met heel veel beschermingsmiddelen dat laatste bezoek afleggen en afscheid nemen. Dat is natuurlijk ... Dat is natuurlijk verschrikkelijk. En dat je dat maar met weinig mensen kan doen, is ook verschrikkelijk, want er zijn natuurlijk veel meer mensen die afscheid willen nemen. Dat je soms afscheid moest nemen op afstand, is ook verschrikkelijk. Dus die berichten dat dit verschrikkelijk was, bereikten ons, en dat het soms heel strikt gehanteerd werd ook. Daarom hebben wij meerdere malen gezegd: het is niet ruim, maar er zit wel ruimte in de regeling om dit mogelijk te maken.

De heer **Poortman**:

Ik wil even naar het punt van net. U heeft er al iets over gezegd, maar ik wil proberen om het iets helderder te krijgen. U zegt dat u het vanuit het kabinet gecommuniceerd heeft. Het bezoekverbod en de uitzonderingsgronden; dat waren er twee. Verenso heeft dat vertaald in een richtlijn. Wat stond er precies in die richtlijn?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, het was een advies, een behandeladvies. In het behandeladvies stond: je kunt een of twee vaste personen ongeveer vier tot vijf dagen voor overlijden toelaten om afscheid te kunnen nemen, of om in ieder geval nabij te zijn en vervolgens afscheid te kunnen nemen.

De heer **Poortman**:

Wat vond u van dat advies?

De heer **Van Koesveld**:

Als ik dat terugkijk, was dat een stukje stringenter dan de verordening aangaf. Maar ja, dat kwam natuurlijk – dat begrijp ik ook heel goed – uit de angst dat er veel besmettingen in het verpleeghuis zouden optreden. Dat was namelijk de reden dat wij die bezoeksregeling, ook op aandringen van Verenso, hadden doorgevoerd. Ik denk dat de reden waarom die uitzondering soms niet helemaal doorkwam, is dat men zo sterk nadacht over die hoofdregel en die in de praktijk probeerde te brengen, namelijk beperkt bezoek, dat daardoor misschien de ruimte voor een uitzondering, zoals we die hier bespreken, minder aandacht kreeg. Op veel plekken is dat goed gegaan, maar was het dus beperkt en op een aantal plekken is dat minder gegaan. Dat hoorden we tijdens de crisis en dat heb ik ook wel na de crisis van mensen gehoord: er was toch maar weinig ruimte om afscheid te nemen.

De heer **Poortman**:

Die uitzondering bestond dus. De richtlijn die Verenso bijvoorbeeld opstelde, was al wat strikter dan de uitzondering die u voor ogen had ...

De heer **Van Koesveld**:  
Het was een advies, hè?

De heer **Poortman**:  
Een advies.

De heer **Van Koesveld**:  
Ik heb het vermoeden dat het in de praktijk wel wat ruimer werd toegepast en zeker naarmate de tijd vorderde, want de druk om die ruimte te kunnen benutten werd natuurlijk ook groter.

De heer **Poortman**:  
Ja. Dus het advies was wat strikter dan de uitzondering die jullie voor ogen hadden. Om het dan heel scherp te krijgen: waar heeft deze situatie in de praktijk toe geleid?

De heer **Van Koesveld**:  
De situatie heeft ertoe geleid dat mensen die heel graag afscheid wilden nemen in de stervensfase dat niet altijd konden doen, omdat het aantal mensen dat werd toegelaten kleiner was. Daar zal ook verschil in zijn geweest, hè? De verordening zegt ook duidelijk: dit is aan de bestuurder van de instelling. Dat zijn natuurlijk geen dingen die je van bovenaf precies kan bepalen. Dat moet je ook in de context bepalen. Hoe ziek is iemand? Heeft die corona of iets anders? Wat is de situatie? Hoe kunnen wij het organiseren met elkaar? Er zijn zo veel factoren die maken dat je dit contextueel, lokaal moet bepalen. Dat was precies het oogmerk van die regeling. De bestuurder heeft, in overleg met het team, de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundigen en de verzorgenden, de ruimte om hiervoor een uitzondering te maken. Maar het was natuurlijk een uitzondering op een op zichzelf heel harde regel, namelijk beperkt bezoek.

De heer **Poortman**:  
Precies. Als ik het heel scherp formuleer: zijn er mensen onnodig alleen gestorven?

De heer **Van Koesveld**:  
Dat zal zijn voorgekomen. Er was ruimte in de wetgeving, in de regelgeving, om dat niet te laten gebeuren, maar ...

De heer **Poortman**:  
Daarom gebruikte ik het woord "onnodig".

De heer **Van Koesveld**:

... je kunt niet uitsluiten dat het wel gebeurd is.

De heer **Poortman**:

Daarom gebruikte ik het woord "onnodig", want de ruimte was er, het advies was al strikter en er is een praktijk ontstaan waarbij mensen misschien geen afscheid hebben genomen van hun geliefde. Dat leidt dan misschien tot een pijnlijke constatering.

De heer **Van Koesveld**:

Ja, maar in welke mate dat is gebeurd, durf ik echt niet te zeggen. Ik denk dat op veel plekken die uitzondering juist heel erg benut is, want mensen wilden dat ook graag en vroegen dus naar die uitzondering. We hebben het hier veel over waar die niet benut is, maar ik denk dat die in heel veel gevallen wel werd benut, omdat dat sociale contact juist in die fase zo belangrijk is. De behoefte was groot, dus ik denk dat die veel benut is. Maar u vroeg mij: zijn er signalen geweest dat die heel beperkt is toegepast? Die signalen kregen wij ook wel binnen en daarom vonden wij het zo belangrijk om te communiceren. Gaandeweg kregen we ook wel terug: er wordt nu meer gebruik van gemaakt, omdat het zo belangrijk is.

De heer **Poortman**:

Hebben jullie op basis van de signalen die u kreeg Verenso gevraagd om de richtlijn of het advies – ik blijf maar "richtlijn" zeggen, maar het is het advies – te herzien?

De heer **Van Koesveld**:

Dat hebben we niet gevraagd. Maar zoals ik zei, zijn we vervolgens heel erg bezig geweest met het openen van de regeling en het stapsgewijs weer kunnen openen van huizen. Ik denk dat de praktijk toen al ruimer was dan in het behandeladvies was opgenomen.

De heer **Poortman**:

Dat doet bij mij toch de volgende vraag opkomen. Ik voel namelijk met u mee en ik kan me heel goed inleven in hoe beladen dit besluit voor u is geweest, VWS-breed en ook voor het hele crisisteam. En dan bereiken u signalen dat het in de praktijk eigenlijk niet goed uitpakt. Ik zoek dan naar ... Dan lijkt het alsof er niks gedaan is met die signalen. Dan zijn jullie meer gericht geweest op het openen van de verpleeghuizen – maar dat is natuurlijk pas in een veel latere fase geweest – dan in het direct acteren op: "Misschien moeten we anders communiceren en moeten we verpleeghuizen aanschrijven. Dit mag niet gebeuren." Of: "Wij vinden dat dit onnodig is."

De heer **Van Koesveld**:

Maar dat is precies wat we deden. We stonden in nauw contact met zowel de koepelorganisaties als heel veel individuele instellingen en als we deze signalen kregen, gaven we natuurlijk meteen terug: er is wel ruimte. Als we kans zagen om dat publiekelijk nog een keer te verwoorden – dat gold ook voor de minister – dan grepen we die kans natuurlijk. Daarom deden we dat in de loop van de periode maart, en ook in april, bij herhaling. Dit heeft, denk ik, ook geholpen. Maar zo'n signaal moet natuurlijk wel iedereen op alle plekken bereiken. Dat is misschien niet overal gebeurd. Ik heb later ook wel teruggehoord dat dit niet overal op die manier gebeurd is, maar ik denk dat wij er veel aan hebben gedaan. Je kunt altijd nadenken over de vraag of we dat nog beter hadden moeten doen of op een manier, zodat niet alleen de zender aan het werk is geweest en de boodschap duidelijk was, maar dat die ook goed ontvangen is en goed geland is.

De heer **Poortman**:

Vindt u het bij nader inzien verstandig om zo'n ingrijpend besluit bij de branche zelf te laten, bij de sector zelf?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, het is niet de sector zelf, maar het is dus het bestuur van de instelling die de ruimte heeft om die uitzondering te benutten. Daarbij hoort natuurlijk ook de oproep: benut die uitzondering ook zo goed mogelijk.

De heer **Poortman**:

En achteraf? Had er misschien niet beter ... Stel dat we ooit weer in zo'n situatie komen, zou VWS daar dan niet meer op moeten sturen of een heldere richtlijn moeten geven hoe hier mee om te gaan?

De heer **Van Koesveld**:

Volgens mij zijn wij in de communicatie en ook in de verordening vanuit de overheid heel duidelijk geweest over wat de bedoeling was. Nogmaals, ik denk dat het in veel gevallen ook gewoon heel goed benut is in de praktijk, want de behoefte was heel groot. Het klinkt heel verleidelijk om te zeggen: dat verordonneren we dan ook. Maar misschien moeten we even stilstaan bij de situatie in de langdurige zorg. We hebben heel veel organisaties. We hebben heel veel locaties, waarover we het hier hebben. We hebben ongeveer 2.500 locaties voor ouderenzorg in Nederland. Deze bezoekenregeling gold niet alleen voor verpleeghuizen, maar ook voor instellingen in de gehandicaptenzorg. Daarvoor hebben we nog een keer grofweg 2.500 locaties in Nederland. Dus we hebben echt ontzettend veel organisaties met verantwoordelijke bestuurders, die hun

verantwoordelijkheid heel goed kennen en die waarmaken, en die, denk ik, in veel gevallen deze uitzondering ook enorm hebben benut. Dus je kunt wel zeggen dat je het moet verordonneren vanuit de overheid, maar dat wil nog niet zeggen dat het per definitie op elke plek gebeurt. Het was natuurlijk ook zo dat de IGJ deze vragen ook stelde in de belrondes die zij deed, zo van: benutten jullie deze mogelijkheid, want die is er? Dus wat dat betreft hebben we langs verschillende kanalen, en gelukkig ook met de praktijk dat er veel van deze uitzondering gebruik werd gemaakt, geprobeerd net wat te verzachten wat in zichzelf natuurlijk een buitengewoon zwaar besluit was.

De heer **Poortman**:

Uiteindelijk komt u ertoe om het bezoekverbod op te heffen. Wat gaf daartoe de aanleiding?

De heer **Van Koesveld**:

Je beseft natuurlijk voortdurend, en we hadden het daar al over in het afstemmingoverleg op het departement, dat je het liefste zou hebben gehad dat je op 6 april – dat was de eerste datum waarop de bezoeksregeling zou eindigen – al kon overgaan tot het geleidelijk aan openen van verpleeghuizen. We wilden dat ook ontzettend graag, omdat dat sociale contact zo wezenlijk is. Maar de situatie rond de besmetting gaf ons daar niet de ruimte voor. Dat hebben we ook voorgelegd aan het OMT. Tegelijkertijd zijn we wel met een groep aan de slag gegaan om te bekijken onder welke voorwaarden het wel open kon. Rond de kanteling van april-mei was die ruimte er meer en hebben wij op 25 locaties verspreid over het land die ruimte onder bepaalde voorwaarden die gegeven.

De heer **Poortman**:

Waren die 25 een soort test?

De heer **Van Koesveld**:

Ja, we noemden dat "vooruitleren", want we wilden natuurlijk dolgraag dat al die huizen open konden. Hiermee gingen we vooruitleren onder welke voorwaarden het werkte. Dat hebben we laten onderzoeken door de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, zo van: volg hoe dit gaat en of dat onder die voorwaarden goed gaat. Die voorwaarden zijn natuurlijk als volgt. Er moeten geen besmettingen zijn, want dan gaat het natuurlijk niet goed. Er moet voldoende getest worden. Er moeten beschermingsmiddelen zijn. Er moet een eigen specialist ouderengeneeskunde zijn om te dit te begeleiden. Het epd moet het allemaal kunnen volgen. De informatievoorziening moet op de orde zijn. Zo was er een reeks aan voorwaarden om te kunnen meedoen aan deze

pilot om dat stap voor stap uit te bouwen. Toen het epidemiologische beeld meer ruimte gaf, hebben wij gaandeweg die stappen uitgebreid om uiteindelijk per 15 juni alle huizen weer open te kunnen hebben onder de voorwaarde dat er geen besmetting was.

De heer **Poortman**:

U volgde die besmettingen. We hebben het nu over de eerste golf. Die komt natuurlijk in de zomer, als de verpleeghuizen weer wat opengaan, min of meer tot zijn einde. Er volgen dan nog twee golven met besmettingen. De verpleeghuizen zijn niet meer dichtgedaan. Wat was de reden om dat niet nog een keer te doen?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, ik denk dat we ... Kijk, in die eerste fase ... U vroeg wat de effecten daarvan zijn geweest. Die effecten zijn natuurlijk groot geweest. Op het moment dat je alle voorwaarden in de crisisbestrijding beter op orde hebt, is het minder nodig, gelukkig maar, om die huizen te sluiten.

De heer **Poortman**:

Wat zijn die voorwaarden? Persoonlijke beschermingsmiddelen?

De heer **Van Koesveld**:

Hebben we zicht op het virus en hoe het zich verspreidt? Hebben we algemene maatregelen en houden we ons daar ook aan? Zijn er maatregelen specifiek op het niveau van de locaties om hygiëne en infectiepreventie goed te organiseren? Wordt er voldoende getest? Zijn er voldoende beschermingsmiddelen? Als aan al die voorwaarden wordt voldaan, zal de besmettingsgraad in de hele samenleving een stuk lager zijn, maar zal dus ook het risico voor verpleeghuizen veel lager zijn en dan kun je natuurlijk ook veel meer openhouden. Aan een aantal voorwaarden daarvan was veel beter voldaan in die tweede fase. Bovendien hadden we natuurlijk wel geleerd – we wisten het al, maar we hadden extra geleerd door al die ervaringen – dat dit zo zwaar was voor mensen zelf en hun naasten, dat we natuurlijk ook zeiden: we willen coûte que coûte voorkomen dat het weer nodig is; we kunnen het niet uitsluiten, maar we willen het voorkomen. Dat heeft ertoe geleid dat er ook wel partijen waren die vroegen: als het nodig is, kunnen we dan ook zo veel mogelijk maatwerk toepassen, zodat we ruimte geven voor de situatie ter plekke en we uitzonderingen kunnen maken? Die ruimte is er ook gekomen. In sommige gevallen betekende het trouwens ook dat het aantal bezoekers weer werd teruggebracht tot een of twee, of weer later, in de daaropvolgende golf, tot een bepaalde bubbel. Dus ja, er zijn wel degelijk restricties geweest, maar er is wel meer ruimte gevonden om niet nog een keer tot een bezoekregeling over te gaan. Want dat wilden we

natuurlijk, en dat hebben we ook aan de Kamer geschreven in de zomer, coûte que coûte voorkomen.

De heer **Poortman**:

Tot slot. Welke les leert u uit het gegeven dat de verpleeghuizen dicht zijn geweest en dat dat later niet meer nodig bleek? Welke les zouden wij daar met elkaar van moeten leren?

De heer **Van Koesveld**:

Ja ... Ik stap even een stukje terug. Ik kwam nog een aardig citaat tegen van een historicus die zei: "Men moet erover nadenken wat had kunnen gebeuren, wanneer men wil begrijpen wat er is gebeurd." Deze interventie was heel zwaar, maar ik denk dat we in het licht van de boegwolf van de crisis, de coronacrisis, ook niet zo veel keus hadden om dit besluit te nemen. Uiteindelijk zijn er in de eerste golf 5.000 mensen overleden in verpleeghuizen. Dat is echt heel ernstig. Er wonen 120.000 mensen in verpleeghuizen, dus je moet er niet aan denken wat er had kunnen gebeuren op het moment dat dat virus vrij spel had gekregen, niet alleen in Noord-Brabant en Limburg, waar dat al aan de gang was, maar in heel Nederland. Dus dat maakt dat ik denk: het is wel een verstandig, maar ook een heel moeilijk besluit geweest. Ook andere landen om ons heen hebben diezelfde besluiten genomen. Sommige waren iets eerder. Frankrijk en België waren iets eerder. Maar er waren ook heel veel landen later, zoals het Verenigd Koninkrijk en Denemarken. Duitsland was ongeveer op hetzelfde niveau, maar dat ging per landsdeel. We hebben vervolgens ook gezien dat het aantal besmettingen afnam en dat vervolgens ook het aantal instellingen waar besmettingen waren, afnam. Dus je ziet ook wel dat dit effectief is geweest in het bestrijden van de pandemie, in het beschermen van kwetsbare mensen en in het voorkomen dat de zorg het niet meer aankon. Dat ging niet alleen om die huizen zelf, maar ook om het voorkomen dat heel veel mensen uit verpleeghuizen naar het ziekenhuis zouden moeten, waar het in die periode al bijna code zwart was. Dus ik denk dat we een ingrijpend besluit hebben genomen, dat het een effectief onderdeel is geweest van de bestrijding van de crisis, dat de virussituatie ons daartoe noodzaakte en dat het dus geen bepalende factor is geweest dat er zorgen waren over beschermingsmiddelen. Dat was in die context wel van belang, maar dat was niet de bepalende reden.

De heer **Poortman**:

Dus concluderend mag ik misschien zeggen: als bepaalde basisvoorwaarden op orde zijn, waaronder persoonlijke

beschermingsmiddelen en maatregelen, zou een bezoekverbod van verpleeghuizen niet nodig zijn.

De heer **Van Koesveld**:

Dan gaat het wel echt om die samenhang, hè? Want ook in de tweede golf, waarin er weinig discussie meer was over de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen, zijn er nog steeds heel veel huizen geweest waarin er veel besmettingen geweest zijn en zijn er nog steeds heel veel mensen overleden in verpleeghuizen. Dus het gaat altijd om heel veel zaken bij elkaar, waardoor je in de samenleving het virus bestrijdt en ook kwetsbare mensen in verpleeghuizen beschermt. Het is dus wel heel moeilijk om er één element uit te halen, want die monocausaliteit houdt eigenlijk helemaal geen rekening met de complexiteit van een crisisbestrijding. Het is altijd weer ingewikkelder dan je denkt, zelfs als je denkt: het zal wel ingewikkelder zijn dan ik dacht.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Ik heb op dit punt geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Dan check ik bij collega Mutluer of zij op dit onderwerp aanvullende vragen heeft.

Mevrouw **Mutluer**:

Die heb ik niet.

De **voorzitter**:

Ik heb nog een aanvullende vraag over het alleen sterven. U gaf aan dat bij de uitzonderingsmogelijkheid die gemaakt kon worden bij dat bezoekersverbod, de bestuurder in overleg met zijn team die keuze voor een uitzondering moest maken. Had die keuze ook ergens anders kunnen liggen?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk het wel. We hadden het net al even over wat de verhouding is tussen de overheid en de verantwoordelijk bestuurder. Op het moment dat de bestuurder een wat ruimere interpretatie had gegeven aan die uitzonderingsregeling – dat zal ongetwijfeld ook gebeurd zijn – dan was het niet zo geweest dat wij hadden gezegd "dat mag helemaal niet" of "we gaan handhaven", of iets dergelijks. Maar ik denk dat iedereen zich er ook wel heel erg bewust van was dat de bezoekenregeling nodig was en dat je dus ook niet de uitzondering zo ruim ging benutten dat de bedoeling van die bezoekenregeling uiteindelijk werd ondermijnd.

De **voorzitter**:

Maar nu geeft u aan wat de bestuurder had kunnen doen. Mijn vraag is: had de keuze in de situatie van de laatste levensfase ook ergens anders kunnen liggen?

De heer **Van Koesveld**:

Ergens anders dan bij de bestuurder?

De **voorzitter**:

Hm-hm.

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat de bestuurder uiteindelijk verantwoordelijk is voor goede zorg in het verpleeghuis. Op het moment dat besmettingen vrij spel krijgen, ziet die ook dat die niet de goede zorg en bescherming kan bieden. Ik denk dus – zo hebben we het wel met elkaar geregeld – dat die bestuurder daar uiteindelijk verantwoordelijk voor is. Ja. Ik ben even op zoek naar bij wie het zou kunnen liggen als het niet bij de bestuurder zou moeten liggen, want dat was volgens mij uw vraag.

De **voorzitter**:

Ik stelde de vraag aan u. Nu is het zo geregeld – zo omschrijft u het ook – dat de bestuurder in overleg met zijn team de keuze maakt om al dan niet een uitzondering te maken in de situatie van de laatste levensfase. Maar was er een mogelijkheid om dit ook ergens anders neer te leggen?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk het niet. Ik denk dat de bestuurder – die doet dat nadrukkelijk met zijn team; het is dus niet een besluit dat hij of zij alleen neemt – de verantwoordelijkheid had om zowel de bezoeksregeling in te voeren als de uitzondering te benutten. We zijn in de crisis ook op bezoek geweest bij verschillende instellingen en natuurlijk waren er naasten die zeiden: ik vind dit heel belangrijk; wat zijn de mogelijkheden bij bezoek? Dan kwam deze uitzondering aan de orde en dan kwam ook de uitzondering aan de orde voor de "structurele vrijwilliger", zoals die werd genoemd. Dus ik denk dat er natuurlijk druk was om daar heel veel aandacht aan te besteden. Ik heb ook niet het idee dat bestuurders dat verkeerd hebben gedaan, maar het is op sommige momenten, zo begrepen wij, tijdens de crisis en daarna, wel stringent toegepast en dat is pijnlijk. Ik denk niet dat het ertoe moet leiden dat je zegt: we gaan deze verantwoordelijkheid ergens anders neerleggen. Het is wel essentieel dat de bestuurder het in overleg doet met het team en met de cliënt.

De **voorzitter**:

Dan tot slot. Wat kunnen we leren van die "sommige momenten", waarover u het heeft?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, dat je dus in de communicatie ook denkt: heb ik nog andere kanalen die ik kan benutten? Kijk, wij zaten ook om de paar dagen met de cliëntenorganisaties. Die waren zich hiervan ook bewust. Die communiceerden dat ook weer door naar hun achterban. Communicatie is in crisistijd essentieel, dus langs allemaal wegen probeer je deze informatie zo goed mogelijk voor het voetlicht te brengen en toch gebeurt het dan. En ik begrijp ook nog wel dat in sommige gevallen bestuurders terughoudend waren, omdat het natuurlijk best ook heel spannend was. Ik denk dus dat we er veel aan hebben gedaan en dat het misschien op sommige plekken toch nog niet de ruimte bood die we gewenst hadden, is natuurlijk heel pijnlijk. Ik denk dat het ook zo is dat veel mensen zullen hebben gezegd: ja, maar er waren nog veel meer familieleden die graag afscheid hadden willen nemen en er mochten maar twee, drie, vier of vijf mensen bij. Dat hebben we niet weg kunnen nemen en dat is ook wel de pijn die bij dit besluit hoort, helaas.

De **voorzitter**:

Daarmee ronden we dit onderwerp af. Ik geef graag collega Mutluer het woord voor het volgende onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil verder ingaan op de langdurige zorg en de prioritering van de langdurige zorg gedurende de pandemie. Was er in uw beleving in de eerste maanden voor de sluiting van de verpleeghuizen al aandacht voor langdurige zorg in relatie tot acute zorg, ziekenhuizen?

De heer **Van Koesveld**:

Jazeker. Ik heb u eerder geschetst dat we bij die omslag na de eerste week van maart, de situatie in Noord-Brabant en Limburg, al veel signalen kregen en dat er ook vragen waren. Hoe gaan we om met klachten en werken? Hoe gaan we om met mensen die besmet zijn? Behandelen we die in het verpleeghuis of sturen we die door naar het ziekenhuis? Er waren vragen als: hoe komen we aan voldoende beschermingsmiddelen? Dat waren dus allemaal thema's die speelden. Die kwamen ook terug in de ministeriële commissie op 3 maart, uiteraard ook het bezoekverbod. De vraag of wij voldoende aandacht hadden voor kwetsbaren en langdurige zorg kun je bevestigend beantwoorden, omdat we juist de bezoekenregeling deden voordat we een landelijke spreiding van patiënten in ziekenhuizen hadden en voordat we de intelligente lockdown doorvoerden. Dus heel

---

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

essentieel in de strategie was het beschermen van kwetsbaren. Dat is precies de reden geweest waarom wij de bezoekenregeling hebben ingevoerd met alle nadelen en sociale kosten van dien. Dus ik denk dat we heel snel in de crisis hebben gezien dat dit belangrijk was om te doen. Het was ook onderdeel van de strategie en paste daar ook bij.

Mevrouw **Mutluer**:

Stel dat ik die vraag opnieuw stel, maar dan in relatie tot acute zorg. Was er aandacht voor langdurige zorg in relatie tot ziekenhuizen bijvoorbeeld?

De heer **Van Koesveld**:

Er was natuurlijk enorm veel aandacht voor de acute zorg.

Mevrouw **Mutluer**:

Meer of minder?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat er in de media, en in ook in de politiek, meer aandacht was voor de acute zorg in de zin van de intensievecareafdelingen, de coronaafdelingen in de ziekenhuizen en andere delen van de acute zorg. Dat is ook best wel begrijpelijk, omdat wij allemaal dat beeld van Bergamo voor ons zagen. China was misschien nog ver weg, net zo goed als ebola nu ver weg is. Maar met Noord-Italië kwam dit heel dichtbij. Er waren ook mensen in Noord-Italië geweest en die namen die besmettingen mee naar Nederland. Die overvolle ic-bedden, die bedden in de gangen van de ziekenhuizen: het liep de zorgverleners in de ziekenhuizen volkomen over de schoenen; ze konden het niet aan. Dat beeld kwam gaandeweg, in maart, ook in Nederland. Toen waren de besmettingen al toegenomen. Toen waren de eerste overlijdens er ook geweest. Maar dat beeld was natuurlijk heel indringend, zo van: ja, we moeten het wel goed organiseren, zodat wij mensen in de ziekenhuizen kunnen opnemen en dat we ze zo goed mogelijk kunnen behandelen, dat wil zeggen aan de beademing kunnen leggen, zodat ze weer kunnen herstellen. Maar ook daar zijn veel mensen overleden. Dus dat dat veel aandacht kreeg in de crisis, is ook best heel logisch. Ik denk dat als je de lijnen wat langer trekt, je het volgende kunt zeggen. Het is eerst een infectiecrisis en die laat zich heel sterk voelen in de acute zorg, maar snel daarna ook in de langdurige zorg. Daar waren wij dus heel druk bezig om dat in goede banen te leiden. En na die gezondheids crisis ontstond toen, omdat we veel uitgestelde zorg hadden, een meer maatschappelijke crisis met alle sociale implicaties die optraden als gevolg van het virus en de maatregelen die werden genomen. Het is dus best begrijpelijk. Mensen in de langdurige zorg zeiden ook wel: wij begrijpen wel dat die aandacht voor acute zorg nodig is, maar het is ook belangrijk dat er veel aandacht voor de

langdurige zorg komt. Dus was er in de publieke opinie en in het politieke debat meer aandacht voor de acute zorg? Ja. Was er weinig aandacht voor de langdurige zorg op VWS? Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar wel minder aandacht ...

De heer **Van Koesveld**:

Nee!

Mevrouw **Mutluer**:

... in de eerste maanden?

De heer **Van Koesveld**:

Wij waren er dag in, dag uit, volledig mee bezig om ervoor te zorgen dat de zorg in de verpleeghuizen, maar ook in andere instellingen en in de wijk, in de benen bleef, dat mensen werden beschermd en dat het zo goed mogelijk werd georganiseerd. Natuurlijk moest dat in een heel hoog tempo, maar dat deden we ook.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp dat er vanuit u, vanuit het ministerie, aandacht was voor de langdurige zorg. U gaf net het voorbeeld van: dat was ook de reden dat wij de bezoekersregeling naar voren brachten, dat wij daartoe besloten. Waren er naast de sluiting van de verpleeghuizen ook andere besluiten die lieten zien dat er voldoende aandacht was en bleef voor langdurige zorg?

De heer **Van Koesveld**:

We hebben ook een bezoekerregeling gehad voor de instellingen voor mensen met een beperking. Die was iets opener geformuleerd en minder in regelgeving gevat, maar die was er natuurlijk vanuit hetzelfde idee: bescherm kwetsbare mensen.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe?

De heer **Van Koesveld**:

Door de bezoekerregeling in instellingen voor gehandicaptenzorg ook door te voeren. Dat was dus een tweede voorbeeld. Er zijn natuurlijk ook allemaal bepalingen geweest wat betreft beperkingen van sociaal contact voor mensen die thuis wonen. Dat had ook weer keerzijdes. Dat was natuurlijk vaak ook heel eenzaam. Dat was één. Ik beschreef net dat Bergamo-effect, dat heel erg op het netvlies stond van de publieke opinie en van de politiek. Tegelijkertijd beseften wij maar al te goed dat de

problemen in de langdurige zorg ook groot waren. Daar waren ook vragen over, zoals: komen wij aan voldoende beschermingsmiddelen? Een van de dingen die wie op een gegeven moment hebben doorgevoerd – we komen daar vast nog uitgebreider over te spreken – is dat we het verdeelkader van hoe je de beschermingsmiddelen over verschillende delen van de zorg in Nederland verdeelt, hebben aangepast. We hebben daarvoor zelfs al geïntervenieerd en gezegd: er moeten meer middelen naar de langdurige zorg gaan, want daar zijn ook mensen die een coronabesmetting hebben en daar vinden ook risicovolle behandelingen plaats, dus is het nodig dat er ook voor die kant van de zorg meer middelen beschikbaar zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Laten we dan nog even inzoomen op welke aandacht langdurige zorg kreeg. U zei: langdurige zorg kreeg aandacht, want we namen een aantal besluiten ten aanzien van de bezoekersregelingen, bijvoorbeeld richting de gehandicapten. U zei dat die voor gehandicapten iets minder gevat waren in regelgeving, maar dat dat wel het geval was in verpleeghuizen. Ik constateer daarmee dat dat het enige besluit was dat daaromtrent werd genomen. U noemde net ook de beschermingsmaatregelen. U gaf net aan dat u, kijkende naar de samenleving en de politiek, begreep dat er meer aandacht ging naar de acute zorg, dus ook naar de ziekenhuizen, en minder naar de langdurige zorg. Dat zeg ik even los van de activiteiten die u ondernam vanuit uw ministerie. Wat wij in ons onderzoek zien, is dat er in de eerste maanden een duidelijke prioritering wordt gemaakt wat betreft de persoonlijke beschermingsmiddelen. Die bleken in de coronapandemie namelijk van zeer groot belang. Denk daarbij aan mondkapjes en handschoenen. Die waren in grotere hoeveelheden nodig dan normaliter het geval was. U gaf net ook al aan: we kregen al signalen binnen over tekorten aan beschermingsmiddelen in de langdurige zorg. Ik wil u, ook gelet op het feit dat u regelmatig in contact stond met koepelorganisaties, vragen om ons mee te nemen in de signalen die u ontving.

De heer **Van Koesveld**:

Ik haal het even terug. Het eerste OMT was eind januari. In het bestuurlijk afstemmingsoverleg dat daarop volgde, is al de vraag gesteld of er signalen van tekorten waren. Dat was toen nog niet het geval. Dat is eind februari nog een keer herhaald. Toen waren er al wel voorbeelden van signalen dat er vrees was voor tekorten aan beschermingsmiddelen. Dan hebben we het over eind februari. In de Tweede Kamerbrief is toen vervolgens aangegeven: er zijn geen signalen van grote tekorten, maar we moeten hier wel mee aan de slag.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer is die Kamerbrief verzonden?

De heer **Van Koesveld**:

2 maart. Dat hoort bij dat kantelmoment, omdat het toen heel snel veranderde, in no time. De vraag explodeerde. De aanbodlijnen stokten. De grenzen gingen dicht. Het werd een vechtmarkt. De kwaliteit was ook niet altijd goed. Daar moest goed op worden toegezien. Er kwam dus schaarste alom. We hebben toen ook aangegeven dat er van sommige maskers opeens 60 keer zoveel nodig was dan voorheen. Het was dus een enorme verandering in de behoefte aan beschermingsmiddelen. Die gold in ziekenhuizen. Ook daar kwamen in de loop van maart signalen dat ze heel krap aan zaten met beschermingsmiddelen, terwijl ziekenhuizen, gegeven wat voor zorg er in ziekenhuizen wordt verleend, al veel meer gewend zijn om beschermingsmiddelen te gebruiken en die op voorraad te hebben. Daar was al een tekort. Die ziekenhuizen waren relatief goed georganiseerd in zoals die heten de ROAZ'en, de regionale overleggen van acute zorg, maar ook daar was het dus al krap. Het devies was ook al heel snel in maart: kopen, kopen, kopen. Dat heeft tot een aantal initiatieven geleid en uiteindelijk tot de oprichting van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen, waarin private en publieke partijen samen aan de slag gingen om de nationale regie te voeren op de nationale voorraad, de inkoop en vervolgens ook op de verdeling van de beschermingsmiddelen. Dat is dus één onderdeel van die context.

Het tweede is dat ik denk dat heel veel partijen, en heel veel mensen in Nederland, natuurlijk nooit voorbereid konden zijn op een crisis die zo snel escaleerde en zo ingrijpend was. Er waren zeker partijen die daarop voorbereid waren, maar dat waren niet alle partijen. Ik denk dus dat we voor een deel ook best overvallen waren door de snelheid waarmee dit ging, zo in de eerste weken van maart. Verpleeghuizen waren op een hele andere manier gewend te werken. We hadden in het verleden juist gezegd: we willen af van dat medische model. Het gaat om kwaliteit van leven. Het gaat om liefdevolle zorg. Het gaat om: thuis in het verpleeghuis. Natuurlijk waren er uitbraken, dus wat dat betreft waren er ook crisisboeken. Er waren uitbraken van influenza of van andere virussen. Het was dus voor een deel bekend, maar deze omvang en de snelheid waarmee het om zich heen greep, vroeg om een enorme omschakeling in de manier van zorg verlenen en vooral in de manier waarop de zorg georganiseerd werd in verpleeghuizen.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil even terug naar de beschermingsmiddelen.

De heer **Van Koesveld**:

Dan heb je op een gegeven moment beschermingsmiddelen nodig. Er zaten partijen die die signalen vanaf begin maart en in de weken daarna ook afgaven, signalen van: wij maken ons zorgen over tekorten aan beschermingsmiddelen. Toen is er vanuit het departement op 4 maart ...

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u ons even vertellen wie die organisaties of personen waren die die signalen bij u afgaven, die signalen van: we hebben een tekort aan beschermingsmiddelen en we komen in de knel? Of: we ondervinden problemen en kunnen onze mensen of omwonenden niet beschermen? Hoe ging dat? Wie waren dat?

De heer **Van Koesveld**:

We hadden dus bijna dagelijks overleg met de verschillende organisaties in de langdurige zorg. Die meldden ook: ja, het is heel spannend en we maken ons zorgen over die korten. Het ging om Verenso – die heeft u al eerder genoemd – om ActiZ, maar ook om Zorgthuis. Natuurlijk waren dat ook de verzorgenden en verpleegkundigen in V&VN. Wij hadden vanaf halverwege maart overleg met de sector, maar ook in de periode daarvoor waren er natuurlijk al zorgen. Die markt was aan het begin van maart namelijk zo omgeslagen dat er in de volle breedte zorgen waren over de schaarste. Toen hebben we vanuit het departement begin maart al gezegd: als jullie zelf via je eigen inkooplijnen niet aan voldoende beschermingsmiddelen kunnen komen, meld je dan in ROAZ-verband, het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, om daar beschermingsmiddelen te krijgen. Het is namelijk in Nederland zo georganiseerd dat we het eigenlijk altijd in drie slagen doen en dat zie je ook terug in de crisis. Er is een primaire verantwoordelijkheid van de organisatie zelf. Daar hadden we het net al over toen het ging over de bezoekregeling. Vervolgens, als het je zelf niet meer lukt, ga je in je netwerk of in ROAZ-verband, of allebei, ervoor zorgen dat je aan voldoende spullen komt. Als dat niet lukt, ga je over tot nationale verdeling van beschermingsmiddelen. Dat is de laatste stap, die we ook hier hebben gezet.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar wil ik nu op inzoomen. Op 13 april worden de persoonlijke beschermingsmiddelen over de zorginstellingen verdeeld, op basis van een verdeelmodel van VWS, waar u ook op doelt. In een verdeelmodel schrijft het ministerie van VWS voor hoeveel beschermingsmiddelen er naar welke zorgsector gaan. In het eerste verdeelmodel waren de meeste middelen toegewezen aan de acute zorg. Ook in het kader van

reconstrueren: wat is de reden dat de acute zorg voorgang kreeg op de langdurige zorg?

De heer **Van Koesveld**:

Er was in maart in ROAZ-verband en met hulp van GGD GHOR een prioriteitenvolgorde aangegeven ten aanzien van persoonlijke beschermingsmiddelen. Daarin was het inderdaad zo dat acute zorg op de eerste plek stond. Die stond niet op de enige plek; de andere sectoren kwamen daarna. Wel was het daar waar de crisis zich toen het directst liet voelen, namelijk op de intensive care en in de corona-afdelingen van ziekenhuizen en de rest van de acute zorg. Daar was dus dringende behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Er waren heel wat instellingen die daarin zelf voldoende hadden voorzien, maar er waren ook instellingen die daar tekorten in hadden. Die tekorten werden dan uitgeleverd vanuit ROAZ-verband. We moesten er ook niet aan denken dat daar te weinig beschermingsmiddelen waren, want die waren natuurlijk essentieel om te voorkomen dat de zorg daar niet meer gecontinueerd kon worden en die deze mensenlevens niet kon redden. We zaten heel dicht tegen code zwart aan. Vervolgens kwamen er natuurlijk heel veel signalen en ook heel veel zorgen vanuit de langdurige zorg van: wij denken dat we niet meer genoeg beschermingsmiddelen hebben. Het was ook zo dat als wij ze verwezen naar ROAZ-verband, er daar niet altijd kon worden uitgeleverd wat nodig was in de langdurige zorg, want er was alom schaarste. Daarom was het advies ook: kopen, kopen, kopen. Vervolgens hebben we gezegd, op basis van de signalen en in interactie met het OMT, dat we een ander verdeelmodel moesten maken. Je hebt niet de indeling van: de ene sector gaat voor de andere sector. Je moet eigenlijk gaan kijken waar je in het verlenen van goede zorg de meeste risico's loopt.

Mevrouw **Mutluer**:

Er kwam een nieuw verdeelmodel, geeft u aan. Was er consensus binnen VWS over de prioritering van de beschermingsmiddelen tussen de acute zorg en de langdurige zorg?

De heer **Van Koesveld**:

Zeker. Het is misschien goed om even iets meer uit te leggen over hoe we dat hebben gedaan, want het is ook niet zo dat VWS heeft gezegd: dit is het nieuwe verdeelmodel. Het OMT zei: we moeten kijken naar besmettingsrisico's als basis voor de verdeling. Natuurlijk heb je een enorm besmettingsrisico als je coronapatiënten behandelt in ziekenhuizen, maar je hebt ook grote risico's op het moment dat je coronapatiënten in verpleeghuizen behandelt, zeker als daar vanwege de cohortering, dus het

bij elkaar plaatsen van coronapatiënten, meerdere risico's tegelijkertijd zijn. Het hoge risico bij de behandeling en de grote blootstelling aan het virus voor medewerkers maakt het dus noodzakelijk dat je daar goed beschermd bent. Zo was het verzoek van het OMT. Het OMT vond niet dat ze die verdeling zelf moesten aanpassen, maar vroeg aan de overheid: kom met een nieuw verdeelmodel. Toen heeft GGD GHOR, in samenwerking met VWS, een traject opgestart om aan de hand van de behandelingsituaties die het OMT heeft geïdentificeerd te zeggen: Hoe vaak komt die behandelingsituatie voor? Lever je heel intensieve zorg aan coronapatiënten? Is dat in grote groepen of individueel? Doe je vooral dagbehandeling of zijn er andere zaken? Die situaties zijn voorgelegd aan alle koepels, zorgbreed, en er is dus gevraagd hoe vaak die situaties in hun zorg voorkomen.

Mevrouw **Mutluer**:

Om het goed te begrijpen: zowel acute zorg als langdurige zorg?

De heer **Van Koesveld**:

Over de volle breedte, ja. Dit viel ook onder de verantwoordelijkheid van de minister van Medische Zorg en Sport. Die heeft al die partijen om de tafel gehad om hierover te praten. Die OMT-adviezen werden dus benut. Vervolgens werd de informatie over de zorg opgehaald van alle partijen en ging GGD GHOR samen met ons aan de slag om tot een nieuw verdeelmodel te komen, in lijn met het OMT-advies. Dat leidde er uiteindelijk toe, op 13 maart, dat de verdeling in die zin toegespitst was op daar waar het nodig is was en niet op een bepaalde volgorde van welke zorg eerst moest komen en welke daarna.

Mevrouw **Mutluer**:

Was er daarmee consensus?

De heer **Van Koesveld**:

Daar was consensus over. We hebben toen met de hele groep over de volle breedte overleg gehad, tot de mantelzorgers aan toe aan de ene kant en de ziekenhuizen aan de andere kant. Er was instemming over: zo moeten we het gaan verdelen, op basis van besmettingsrisico. Het is zo dat in aanloop daarnaartoe – dat is belangrijk om te vermelden – het LCH heeft laten zien dat de verdeling al kantelde. Waar aanvankelijk, in de eerste weken, de nadruk op acute zorg lag, werd er eind maart, begin april al steeds meer van alles wat zij uitleverden naar de langdurige zorg uitgeleverd. Dat was toen al in de orde van grootte van de helft. Na dat verdeelmodel werd dat zelfs nog wat meer.

Mevrouw **Mutluer**:

Werden daarmee ook de tekorten opgelost? Welke signalen kreeg u daarover?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat er wat betreft de tekorten niet één situatie is die dat laat beschrijven. Er zijn eigenlijk verschillende situaties. Misschien is het goed om daar iets meer over te zeggen, want dat is een belangrijk onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik stel voor dat dat wat korter gaat. Ik heb namelijk eigenlijk nog een vraag over het moment voordat het verdeelmodel werd besloten en die consensus er op een enig moment was. Maar u kunt er even kort op reageren.

De heer **Van Koesveld**:

Kijk, er waren organisaties, ook in de langdurige zorg, die een redelijke voorraad hadden, maar die met dat oprukkende virus toch niet genoeg hadden. Er zijn veel bestuurders geweest die de inkooplijnen hebben benut, maar vervolgens ook in samenwerking zijn getreden met anderen. Die hebben dus dat netwerk dat ze hadden benut of hebben netwerken ingericht. Zo had je in Noord-Brabant het Regionaal overleg niet-acute zorg, om juist elkaar te helpen in: hoe gaan wij deze crisis te lijf? Dat gebeurde op veel terreinen, maar ook rondom persoonlijke beschermingsmiddelen. Andere partijen waren goed aangesloten bij zo'n ROAZ en konden op die manier uitgeleverd krijgen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan ga ik toch even terug naar mijn vraag. Dit onderdeel, hoe het was georganiseerd, gaan we namelijk aan het einde, later, bespreken. Het is een belangrijk onderwerp, maar ik wil toch even terug naar het verdeelmodel. Op 13 april is daartoe besloten, maar daarvoor gebeurde het een en ander. Op 5 april heeft u, weten wij uit onderzoek, ook per email contact gehad met minister De Jonge over de tekorten aan beschermingsmiddelen. Minister De Jonge schrijft: "Laten we morgen verder in die persoonlijke beschermingsmiddelen duiken, want ik heb er geen goed gevoel bij. Het gaat niet goed genoeg. Zicht op hoeveel er nodig is en hoeveel er binnenkomt, is er eigenlijk nog steeds niet, nog los van een eerlijke verdeling, die maar niet lukt." Ik wil graag weten waarom het niet lukte om voldoende zicht te krijgen op dit probleem.

De heer **Van Koesveld**:

Het heeft er in eerste instantie ook heel erg mee te maken dat de zorg heel decentraal georganiseerd is. Het is niet zo dat wij op het

departement een monitor hebben waarmee we kunnen zien hoe groot de voorraden zijn in ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en ga zo maar door. Dat betekent dat wij weinig zicht hebben op de mate waarin die voorraden op orde zijn en op de bestellingen die uitgaan. Dat is namelijk een verantwoordelijkheid van de bestuurders zelf. Dat zicht werd gaandeweg wel beter. Er werd dus ook heel snel gewerkt aan een nationale voorraad en de partijen sloegen de handen in elkaar om te gaan inkopen en vervolgens te gaan verdelen, maar om nou te zeggen dat wij precies wisten hoeveel bestellingen er binnenkwamen en hoeveel er nodig was ... Dat kostte natuurlijk tijd. Dat is in maart opgebouwd en dat werd in april wel duidelijker, maar dat was nog niet in alle opzichten volledig helder. Dat is dus ook heel begrijpelijk. We moesten in heel korte tijd enorm veel samenwerkingsverbanden opbouwen en ook heel veel informatie vergaren. Dat kost tijd en dat kost in een crisis ook tijd, al je sta je er achteraf verbaasd van hoe snel dit allemaal ging, want dit is allemaal een kwestie van dagen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat roept direct de vraag op of er dan niet meer sturing nodig is op de voorraden binnen met name de langdurige zorg, ook als we straks een nieuwe pandemie hebben.

De heer **Van Koesveld**:

Je zou eigenlijk willen afspreken dat alle partijen in de zorg, niet alleen de langdurige zorg, maar ook andere partijen, met regelmaat checken, juist in wat we de "koude fase" noemen, dus de situatie waarin we nu zitten, of ze in een hete fase, als er een gezondheids crisis is, voorbereid zijn, genoeg hebben of het zo georganiseerd hebben dat ze genoeg kunnen krijgen. Ik denk dat je dat zou willen. Dat is een van de lessen, waarbij je dus zegt: individueel regelen is heel moeilijk en in de regio lukt het vaak wel behoorlijk, maar is het ook te weinig als de nood aan de man is, dus je moet soms kunnen opschalen. Dat is bij voorkeur niet iets wat je moet bedenken in een crisis, maar dat moet je eigenlijk klaar hebben staan in het geval zich een nieuwe pandemie of een andersoortige crisis voordoet.

Mevrouw **Mutluer**:

U bent directeur-generaal. Is er meer sturing nodig hiervoor?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, in de crisis bleek wel dat er meer sturing was. Daarom is in het nieuwe model na de crisis die sturing versterkt. Maar goed, dan gaan we het over het nu hebben. Het gaat eigenlijk om de situatie van toen. We hebben in die sturing dus enorm sterk moeten inbrengen dat nationale

regie op de landelijke voorraad, en op het inkopen en de verdeling, nodig was.

Mevrouw **Mutluer**:

We hebben het over toen, maar we willen ook leren van toen. U geeft aan dat die sturing is versterkt, maar is die sturing voldoende?

De heer **Van Koesveld**:

Ik ben natuurlijk al drie jaar niet meer werkzaam op VWS, dus ik vind het een beetje moeilijk om daarover te oordelen. Ik denk dat het onderdeel is van pandemische paraatheid en dat daaraan wordt gewerkt, maar ik denk dat u dat aan andere mensen moet vragen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar de sturing is dus een noodzakelijke eis voor een eerstkomende pandemie, mocht die er komen?

De heer **Van Koesveld**:

Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil nu eigenlijk verder met u door op de richtlijnen, ten aanzien van de ...

De heer **Van Koesveld**:

Maar mag ik nog mijn antwoord geven op de voorgaande vraag?

Mevrouw **Mutluer**:

Dat mag.

De heer **Van Koesveld**:

Want anders valt die een beetje tussen wal en schip. Uw vraag was: is er een tekort geweest in de langdurige zorg? Ik probeerde uit te leggen dat dat beeld dus heel divers is. Je had partijen die een eigen voorraad hadden en die in regionaal verband gingen samenwerken. Net als die mail waar u net op doelde, was er ook een mail vanuit de verschillende organisaties, waarin wordt gezegd: ja, het is heel spannend; we denken steeds dat we één, twee of drie vooruit kunnen, maar de schaarste en tekorten liggen wel om de hoek. Er waren dus steeds zorgen over het daarna. Er zijn enorme inspanningen verricht door al die bestuurders om dit zo goed mogelijk voor elkaar te krijgen. Je had natuurlijk ook partijen die een ruimere voorraad hadden en die hun eigen lijnen zo veel mogelijk benutten. Er zijn natuurlijk ook partijen geweest die een tekort hadden aan persoonlijke beschermingsmiddelen en die de weg naar het ROAZ

minder goed konden vinden of die minder kregen uitgeleverd uit die noodvoorraad of uit andere voorraden die er in ROAZ-verband waren. Daar hebben we ook belrondes mee gehad. Die signalen zijn ook doorgekomen. Wij brachten die partijen zo goed mogelijk in verbinding met het ROAZ en de IGJ deed dat ook. Daardoor kregen ze meer uitgeleverd, maar vanwege die schaarste is dat natuurlijk ook niet altijd gelukt. Daarom was het juist zo belangrijk dat wij veel meer inkochten, zodat wij ook veel meer konden verdelen, volgens het verdeelmodel, dus ook op de goede manier, evenwichtig en op basis van besmettingsrisico, over de sectoren heen.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom vond u het belangrijk om dit nog even te melden?

De heer **Van Koesveld**:

Omdat die signalen dus wel degelijk binnenkwamen. Dat was ook de reden om te zeggen "we kopen, kopen, kopen" en om de verdeling aan te passen, zodat het beter ging werken. Er werd gaandeweg ook steeds meer uitgeleverd. Uiteindelijk – dan spreken we over eind april, begin mei – kon het LCH aan alle verzoeken uit alle sectoren voldoen, maar dat was steeds een fragiel evenwicht.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik dank u voor deze opheldering, maar ik wil toch graag met u door naar het volgende onderwerp. We hebben het net over de voorraden gehad. Ik wil met u inzoomen op de richtlijnen ten aanzien van het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in de langdurige zorg, met name dus de richtlijnen die zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis om infomeren over in welke gevallen er wel of geen persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zijn. Die richtlijnen worden opgesteld op 24 maart door het RIVM. Wat zijn de uitgangspunten van de richtlijnen van het RIVM ten aanzien het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen?

De heer **Van Koesveld**:

Misschien even een stapje terug. Er was heel veel onzekerheid over het virus en over wat dat betekende voor hoe je in de dagelijkse zorgverlening om moest gaan met de risico's. Er waren vragen op de werkvloer. Hoe doen we dat goed in ons verpleeghuis? Hoe doen we dat goed in een instelling voor gehandicaptenzorg, in de wijkverpleging en op andere plekken? Het is zo dat het in de ziekenhuizen in de ontwikkeling van dit soort richtlijnen veel gangbaarder is dat de medisch specialisten deze richtlijnen zelf opstellen en vervolgens ook toepassen. Maar in deze onzekerheid was het verzoek van de partijen in de langdurige zorg: kan het RIVM, gegeven de kennis van het RIVM over de ontwikkeling van het

---

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

virus en de besmettingen, en ook gegeven de ervaring van het RIVM ten aanzien van de inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen, hierbij helpen? Dat heeft het RIVM ook gedaan, mede op basis van de OMT-adviezen. Die richtlijnen waren dus gebaseerd op de medische risicobeoordeling. De richtlijnen zijn op basis van de vragen die aan orde kwamen, vastgesteld: wat is de aard van het virus, wat is de aard van het contact dat mensen in de zorg hebben, wat is de intensiteit van het contact en wat is het ziektebeeld? Dat heeft het RIVM ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wat zijn die richtlijnen?

De heer **Van Koesveld**:

Sorry?

Mevrouw **Mutluer**:

Wat zijn die richtlijnen? Dan kunnen we daarna doorpakken op ...

De heer **Van Koesveld**:

Die richtlijnen gingen over het gebruik van beschermingsmiddelen. Dan begint het er eigenlijk mee dat je algemene maatregelen eerst moet nemen. Je moet je natuurlijk houden aan het algemene afstand houden en het beperken van contact. Je moet een schone werkomgeving hebben. Vervolgens zeg je: in welke situatie moet ik wel beschermingsmiddelen gebruiken? Dan gaat het over schorten en handschoenen, en er is natuurlijk veel aandacht voor mondneusmaskers. Daar gaat het over. Wanneer zet je nou die verschillende beschermingsmiddelen in als je zorg verleent? Dat was dus de vraag: geef hier alsjeblieft helderheid over, want die zorg leeft natuurlijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan ga ik u helpen, want mijn concrete vraag is: wat zijn de uitgangspunten van het RIVM? Dan kunnen we zo meteen inzoomen op hoe die tot stand zijn gekomen. Om u te helpen, die uitgangspunten zijn als volgt. Het advies wordt om die te gebruiken "in de verpleeghuiszorg, huisartsenzorg, thuiszorg en gehandicaptenzorg waar lichamelijk ernstige zieke of zeer kwetsbare personen worden behandeld of verpleegd. Verder is het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen niet nodig indien meer dan 1,5 meter afstand kan worden gehouden van de patiënt en ook niet als er sprake is van zeer vluchtig contact". Herkent u dat?

De heer **Van Koesveld**:

Zeker. Maar dit gold niet alleen maar voor langdurige zorg, trouwens. Dit gold ook in ziekenhuizen, hè? Op het moment dat je geen coronapatiënt

had of geen verdenking van corona en je kon afstand houden, was het in ziekenhuizen ook de richtlijn dat je dan geen beschermingsmiddelen ging gebruiken. Nou, dat gold dus ook voor de langdurige zorg. Daar heeft het RIVM op basis van de kenmerken van dat virus, maar ook op basis van hun ervaring van de mate van overdracht in het zorgproces, richtlijnen voor opgesteld.

Mevrouw **Mutluer**:

U herkent dat een van de uitgangspunten van de richtlijnen onder andere behelsde dat het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen niet nodig was indien meer dan 1,5 meter afstand kan worden gehouden van de patiënt en ook niet als er sprake is van vluchtig contact. In de mails die we zien, onder andere van 15 april, dringt VWS er bij het RIVM op aan dat het in de richtlijn benoemt dat het uit voorzorg gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen niet nodig en niet gewenst is. Kunt u uitleggen waarom VWS het belangrijk vond dat dit benadrukt werd?

De heer **Van Koesveld**:

Het is, denk ik, goed om even in te zoomen op de rol die wij hadden op het terrein van die richtlijnen. Wij zijn als VWS niet de experts ten aanzien van de karakteristieken van het virus of hoe je persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg moet gebruiken. Er was een grote behoefte vanuit de sector: geef hier helderheid over. Het RIVM heeft daarbij geholpen. Dat heeft het RIVM niet alleen gedaan. Dat heeft het met allemaal werkgroepen gedaan met veel deskundigen, om op basis van die deskundigheid, ervaring, literatuur en het OMT-advies tot die richtlijnen te komen. Wat wij hebben gedaan, is eigenlijk hierop procesregie voeren – de wens was namelijk groot en de kennis was er, maar dat was natuurlijk ook kennis van dat moment – om dan vervolgens tot die richtlijnen te komen, zodat die duidelijkheid richting de zorgverleners in de zorg aanwezig was. Dat was belangrijk. Vervolgens is dus een concept van die richtlijnen besproken ...

Mevrouw **Mutluer**:

Even terug, even terug. Was het daarmee wetenschappelijk onderbouwd?

De heer **Van Koesveld**:

Zeker. Met de kennis van het virus en de zorgprocessen op dat moment was er een wetenschappelijke basis voor die richtlijnen. Daarbij werd ook niet over één nacht ijs gegaan. Het was ook niet één persoon. Er waren veel mensen bij betrokken vanuit de breedte van de zorg en met ook heel veel deskundigheid op het terrein van infectiepreventie.

Mevrouw **Mutluer**:

Was het OMT daarbij betrokken?

De heer **Van Koesveld**:

Het OMT was daar ook bij betrokken. Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Hebben zij gezegd: deze richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwd?

De heer **Van Koesveld**:

Het RIVM heeft in een verantwoording op 22 september, later dat jaar, aangegeven met welke werkgroepen zij aan de slag zijn geweest met allemaal experts. Ze hebben daarbij ook twintig bronnen uit de literatuur genoemd. Ze hebben twintig aparte deskundigen geraadpleegd om tot die richtlijnen te komen. Vervolgens, en dan pak ik even de draad op van het proces waarvoor wij verantwoordelijk waren, werden de conceptrichtlijnen besproken in het koepeloverleg dat wij met de verschillende partijen hadden en zijn de experts ook aangeschoven. Die hebben toen vragen gesteld over die richtlijnen. De vraag die wij aan hen stelden, was: oké, als dit de richtlijnen zijn, werkt dat dan ook voor jullie in de praktijk? Daar zijn vragen over gekomen. Die heeft het RIVM weer meegenomen. Zo zijn we tot de eerste set aan richtlijnen voor het gebruik van beschermingsmiddelen buiten het ziekenhuis gekomen, die gaandeweg ook een aantal keren zijn bijgesteld. Het is dus een interactie geweest tussen partijen, waarop wij procesregie hebben gevoerd, want wij vonden het belangrijk dat die zorgen werden geadresseerd – wanneer moeten we beschermingsmiddelen gebruiken? – en dat de kennis van RIVM werd benut, dat daar naar eer en geweten en met veel expertise advies over heeft gegeven, om er vervolgens ook over te communiceren, want communicatie is natuurlijk een centraal onderdeel van de hele aanpak in de coronatijd.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik stel die vraag over de wetenschappelijke onderbouwing temeer omdat wij uit ons onderzoek hebben gehaald dat er een mailwisseling is geweest tussen u en het OMT met nog een ander verzoekje. "Er is veel druk bij verpleeghuizen om hun mensen beter te beschermen. Steeds meer huizen gaan besluiten om persoonlijke beschermingsmiddelen preventief te gebruiken. Dus men wil dat ook gebruiken in bijvoorbeeld thuissituaties waar geen verdenking op corona is en op afdelingen. Het uit voorzorg gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen bij patiënten die geen verdenking op covid hebben is niet nodig gelet op de aanhoudende schaarste aan de beschermingsmiddelen en ook niet gewenst. En nog mooier als dit ook morgenochtend kan worden aangevuld, want ik vrees

---

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

anders dat er een run komt op die beschermingsmiddelen als steeds meer organisaties wel voor preventie kiezen." U gaf net aan: er is wetenschappelijk onderzoek geweest. Deze mailwisseling is van 14 april en we zien dat er op 15 april 2020 bij het RIVM op wordt aangedrongen dat zij dat in de richtlijnen benoemen. Hoe moet ik hetgeen u net heeft gezegd, interpreteren als ik naar deze mailwisseling tussen u en het OMT kijk?

De heer **Van Koesveld**:

Nou, dat sluit aan op het punt dat ik net heb genoemd, namelijk dat wij erop gebrand waren om die richtlijnen tot stand te brengen, met wat ik maar even "de procesregie" noem: zorgen dat het gebeurt en dat het ook heel duidelijk is voor alle partijen. Dat is ook precies wat er is gebeurd op die 14de april. Ik zal u uitleggen hoe het gegaan is. In die situatie was het zo dat het OMT een advies gemaakt had. Zoals dat ook hoorde, werd dat besproken in het bestuurlijk afstemmingsoverleg. Het bestuurlijk afstemmingsoverleg kijkt naar de bestuurlijke uitvoerbaarheid en wenselijkheid van het OMT-advies, en geeft daar ook een advies over aan het kabinet, waarna het kabinet besluit. Uiteindelijk ligt in de coronatijd het besluit over welke maatregelen er worden genomen, natuurlijk bij het kabinet. Toen dat OMT-advies werd toegelicht door de voorzitter van het OMT ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer was dat?

De heer **Van Koesveld**:

Dat was op die 14de, in het bestuurlijk afstemmingsoverleg. Toen werd vanuit de partijen in de langdurige zorg aangedrongen op glasheldere communicatie: wees zo duidelijk mogelijk op het punt of mensen in de zorg beschermingsmiddelen preventief moeten gebruiken of niet. Dat kwam ook terug in het koepeloverleg dat ik die middag had met die partij die zei: ...

Mevrouw **Mutluer**:

ActiZ.

De heer **Van Koesveld**:

"Ja, wij hebben begrepen van de voorzitter dat preventief niet nodig is, maar het is wel essentieel dat dit heel duidelijk wordt gecommuniceerd, want daar zijn veel vragen over." Die vragen begrijp ik ook heel goed, want mensen vroegen zich af: ben ik voldoende beschermd, terwijl ik de zorg aan het verlenen ben die zo belangrijk is? Dus die vragen waren er op grote schaal en dus was helderheid, duidelijkheid, cruciaal. Toen

hebben ze ook richting ons nog een keer gezegd: wij begrijpen dat preventief gebruik niet nodig is, maar het moet alsjeblieft wel zo duidelijk mogelijk zijn in het OMT-advies en ook in wat het kabinet zelf aan beleid naar buiten brengt.

Mevrouw **Mutluer**:

Wie zijn die partijen? Gewoon: wie waren die partijen?

De heer **Van Koesveld**:

Dat zijn partijen als ActiZ en andere zorgpartijen, die in ons koepeloverleg zaten. "Maak het zo duidelijk mogelijk."

Mevrouw **Mutluer**:

Noem ze.

De heer **Van Koesveld**:

ActiZ is een belangrijke partij. Zorgthuis was een andere partij in de langdurige zorg. Dat waren de twee belangrijke partijen. Maar ook vanuit V&VN was natuurlijk steeds de vraag: wanneer kunnen wij veilig werken? Dus de behoefte aan duidelijkheid was breed.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus het waren de partijen uit de langdurige zorg, die u net noemt ...

De heer **Van Koesveld**:

Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

... die u ertoe hebben gebracht om deze email naar het OMT te sturen?

De heer **Van Koesveld**:

Vervolgens is natuurlijk de vraag ... Dan krijgen wij – dat was in die tijd nog gebruikelijk – het concept-OMT-advies. Dat kregen wij binnen op de avond van 14 april. Daarin moesten wij constateren dat er eigenlijk niets, en zeker niet iets duidelijk, was opgenomen over het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, terwijl de behoefte daaraan zo groot was. Glasheldere communicatie, dat was het verzoek. Dus toen heb ik teruggemaid aan de secretaris van het OMT: er is echt behoefte aan glasheldere communicatie en het helpt dus als je een zin als deze zou opnemen, of iets anders, om dat duidelijk te maken. Die zin heb ik toen gestuurd naar de secretaris van het OMT. Binnen vijftien minuten kreeg ik het antwoord: "Nemen we over. Prima. Want dit was ook de mening van het OMT." Dus ik heb op geen enkele manier een inhoudelijk oordeel geveld over dat advies. Het enige wat ik daarbij heb gedaan, is een

verzoek doen om dat te verhelderen, omdat de behoefte aan heldere communicatie een uitdrukkelijk verzoek was van de sector.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus eigenlijk wilden ActiZ en anderen binnen de langdurige zorg met wie u sprak, dat u ervoor zou zorgen dat die persoonlijke beschermingsmiddelen uit voorzorg zouden worden afgeraden en dat heeft u gemaaild?

De heer **Van Koesveld**:

Nee, zo werkt het niet. Ik moet het even heel duidelijk zeggen. Het OMT gaf aan dat preventief gebruik van beschermingsmiddelen niet nodig was. Dat communiceerde het ook in het bestuurlijk afstemmingsoverleg. Daar zitten – dat is ook heel goed – de partijen van langdurige zorg en andere partijen bij. Die hebben toen gezegd: als dit de opvatting is van het OMT, als dit het advies is van het OMT, communiceer dat dan zo duidelijk mogelijk. Wij constateerden dat dit niet heel duidelijk was geformuleerd in het OMT-advies, dus wij hebben toen de suggestie gedaan om dit duidelijker te communiceren, ook in het belang van de verzoeken die wij binnenkregen vanuit de langdurige zorg. De secretaris van het OMT zei: dat klopt helemaal, want dit is in lijn met wat het OMT heeft besproken, dus wij voegen deze zin toe. In de latere overleggen, van zowel het bestuurlijk afstemmingsoverleg als het OMT, is het ook niet zo geweest dat andere partijen die daar lid van waren, hebben gezegd: hé, maar daar zijn we het helemaal niet mee eens en dat moet gerectificeerd worden. De latere OMT's hebben dit ook gewoon bevestigd in het vervolg. Daar is dus geen wetenschap van mijn kant aan te pas gekomen. De richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke inzichten over het besmettingsrisico. Wij hebben louter en alleen gevraagd om heldere communicatie. Zo is het ook opgenomen in het uiteindelijke OMT-advies en in de richtlijnen voor het goed gebruik van de beschermingsmiddelen.

Mevrouw **Mutluer**:

In de mail staat dat het uit voorzorg gebruiken van die persoonlijke beschermingsmiddelen bij patiënten die geen verdenking op covid hebben, niet nodig is. Maar u zegt er ook nog bij: het is ook niet gewenst. Waar was dat op gebaseerd?

De heer **Van Koesveld**:

Het was niet gewenst ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wetenschappelijk?

De heer **Van Koesveld**:

... vanwege de aanhoudende schaarste. Kijk, ik heb net beschreven hoe groot de druk was om aan goede beschermingsmiddelen te komen en dat er schaarste alom was. Dus het medische risico geeft aan: het is niet nodig ze te gebruiken als je niet te maken hebt met covidpatiënten, maar als je wel met covidpatiënten te maken hebt, moet je persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken; heb je niet te maken met covidpatiënten of patiënten die je kunt verdenken van covid, dan heb je geen persoonlijke beschermingsmiddelen nodig en is preventief gebruik niet nodig. Op het moment dat je constateert dat het nodig is, betekent dat dat als zorgverleners zeggen "dat is inderdaad niet nodig, maar ik gebruik toch veel meer beschermingsmiddelen dan nodig is", dat vroeg of laat – ik vrees heel vroeg – ten koste gaat van anderen die namelijk die middelen juist nodig hebben in de situaties waarin het echt noodzakelijk is dat ze de beschermingsmiddelen hebben. Er was natuurlijk een schaarsteprobleem en daarmee een verdelingsprobleem. Een te ruim gebruik van de één, een meer-dan-nodig gebruik van de één, leidt tot minder ruimte voor een ander en kan juist tot veel risico leiden, omdat diegene die ze nodig heeft, onvoldoende beschermingsmiddelen heeft.

Mevrouw **Mutluer**:

We weten dat het OMT niet gaat over de schaarste. Dat is niet hun verantwoordelijkheid. Ik wil nog even inzoomen ...

De heer **Van Koesveld**:

Nou, het is ... Mag ik u even onderbreken? "Ze gaan niet over de schaarste." Maar het is natuurlijk wel een context waarin het belangrijk is dat juist die middelen gepast gebruikt worden, want anders worden de problemen en daarmee ook de besmetting steeds groter. Dus het OMT heeft uiteindelijk zelf besloten om die toevoeging op te nemen, maar die was natuurlijk in de onderbouwing van "waarom moet je dit gebruiken en waarom is dit nodig, maar waarom moet je ook niet meer dan dit gebruiken?" wel van belang, want dat was ook onderdeel van die glasheldere communicatie waarom werd gevraagd. Waarom is het zo dat je niet preventief moet gebruiken? Nou, het besmettingsrisico geeft daar geen aanleiding voor. Waarom is het ook niet wenselijk om meer dan nodig te gebruiken? Omdat we schaarste hebben.

Mevrouw **Mutluer**:

We zien dat zorgmedewerkers en verpleegkundigen zich zorgen maken over het advies, de richtlijnen van het RIVM, met name als het gaat om bij vluchtig contact geen beschermingsmiddelen gebruiken. Welke signalen kreeg u daarover binnen?

De heer **Van Koesveld**:

Toen wij de eerste versie van de richtlijnen bespraken in dat koepeloverleg, waarop wij die procesregie voerde, waren er ook vragen over deze passage. Wat is "vluchtig contact"? Wij gingen ervan uit dat dit gebaseerd was op de kennis van het RIVM en alle betrokkenen daaromheen. Maar de vraag was natuurlijk wel: wat is "vluchtig contact"? Dat is toen nog kort veranderd in: is dat vijf minuten? Nou was dat eigenlijk ook niet goed hanteerbaar in de praktijk, dus dat is toen weer terugvertaald in "vluchtig contact" en dat is vervolgens al heel snel vervangen door: dat betekent eigenlijk "iets aangeven". Denk aan water aangeven, medicijnen aangeven of iemand overeind helpen als die bijvoorbeeld gevallen is. Dat is de formulering die vanaf 1 mei ook in de richtlijnen was opgenomen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat heeft u uiteindelijk gedaan met de signalen die hieromtrent binnenkwamen?

De heer **Van Koesveld**:

Twee dingen. We hebben de signalen natuurlijk ook weer teruggelegd bij het RIVM, want wij gingen niet over de richtlijnen en de vraag aan het RIVM was dus: leiden deze vragen tot aanpassing? Die hebben dus, zoals ik net beschreef, een aantal keren tot aanpassing geleid. Dat is een.

Mevrouw **Mutluer**:

Welke aanpassingen?

De heer **Van Koesveld**:

Daar had ik het net over, hè? Wat is "vluchtig"? Is dat vijf minuten? Is dat iets aangeven? Dus die zijn aangepast. Later, in augustus, is deze passage komen te vervallen in richtlijnen, omdat er veel vragen over waren, omdat men zich ook afvroeg: is dit vergelijkbaar met de manier waarop ze in het ziekenhuis werken? Dat bleek niet het geval. Daardoor is die passage rond iets aangeven of iemand overeind helpen uiteindelijk komen te vervallen in die versie van de richtlijnen.

Mevrouw **Mutluer**:

Toch waren er in de praktijk een aantal organisaties die besloten om preventief beschermingsmaatregelen te delen met hun medewerkers. Kreeg u die signalen ook binnen?

De heer **Van Koesveld**:

Zeker. Dat was natuurlijk ook een van de zorgen die er waren, zo van: wanneer gebruiken we de beschermingsmiddelen goed? Nou, we

gebruiken die daar waar het nodig is volgens de richtlijnen. Als er dan andere organisaties zijn die volgens de richtlijnen meer dan nodig gebruiken, zullen verpleegkundigen en verzorgenden zeggen: goh, waarom gebeurt dat niet in mijn organisatie? Dus die druk was er en die signalen kwamen ook bij ons binnen.

Mevrouw **Mutluer**:

Welk advies gaf u aan uw minister hieromtrent?

De heer **Van Koesveld**:

In lijn met het OMT-advies zeiden we: als de inschatting is dat het medisch besmettingsrisico voorschrijft dat het niet nodig is om preventief beschermingsmiddelen te gebruiken, is het natuurlijk ook gewenst dat we ons daaraan houden, want anders komen we tot een hele andere schaarsteverdeling en gaat het gebruik door de een echt ten koste van de ander. Dat betekent dat die ander, die juist die beschermingsmiddelen nodig heeft, niet over die beschermingsmiddelen kan beschikken. Dus dat hebben we ook zo besproken. Dat is ook in Kamerdebatten zo aan de orde geweest.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat heeft u ook geadviseerd richting minister De Jonge?

De heer **Van Koesveld**:

Dat was onderdeel van het OMT-advies en dat heb ik ook geadviseerd richting de minister, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

We spraken net over dat verdeelmodel voor beschermingsmiddelen en de herziening in april 2020, die ervoor zorgde dat er meer middelen naar de langdurige zorg gingen. Het advies om geen beschermingsmiddelen in te zetten bij vluchtig contact, wordt, zo geeft u net aan, half augustus aangepast. Vanaf dat moment staat er dat beschermingsmiddelen ook bij vluchtig contact nodig zijn. We weten dat het verdeelmodel al in april naar buiten werd gebracht en dat langdurige zorg iets meer beschermingsmiddelen kreeg. Waarom werd de richtlijn op dit punt pas in augustus 2020 aangepast?

De heer **Van Koesveld**:

Wij waren uiteindelijk niet verantwoordelijk voor de vaststelling van de richtlijnen, dus dat moet u in dit geval echt aan het RIVM vragen.

Mevrouw **Mutluer**:

Uw ministerie had regelmatig contact met het RIVM en het OMT. Is dat niet aan bod gekomen?

De heer **Van Koesveld**:

Toen ze dat gingen aanpassen, hebben ze daarover gecommuniceerd, en trouwens ook met andere organisaties. Maar het is niet zo dat wij erop hebben aangedrongen deze passage aan te passen. Dat hebben we niet gedaan. We hebben wel vragen hierover doorgelegd naar het RIVM. Uiteindelijk heeft dat er, denk ik, met andere signalen die het heeft gekregen, toe geleid dat het die richtlijnen heeft aangepast.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik probeer het te begrijpen. In april komt er een nieuw verdeelmodel en het duurt tot augustus voordat uiteindelijk de richtlijn ten aanzien van vluchtig contact wordt aangepast. Ik probeer te begrijpen waarom het zo lang duurt.

De heer **Van Koesveld**:

O, maar er gebeurde in de tussentijd ook een heleboel wat misschien wel veel belangrijker is, hè? Er waren veel zorgen: zijn wij voldoende beschermd? Dat zat 'm niet alleen in het punt van vluchtig contact, maar ook in het punt van preventief gebruik et cetera, et cetera. Dus wat er in de praktijk gebeurde, is dat er steeds meer vraag was naar het vertalen van die algemene uitgangspunten naar concrete zorgsituaties waarin zorg werd verleend. Daar heeft V&VN ook een hele nuttige rol in gespeeld door te zeggen: nou, we kunnen een handleiding maken om zo praktisch mogelijk verzorgenden te helpen in de verlening van zorg, want die algemene uitgangspunten zijn zo algemeen en al die specifieke situaties laten zich natuurlijk niet zo makkelijk vangen in algemene uitgangspunten. Die hebben daar dus aan bijgedragen. Onderdeel van dat gesprek was ook dat je als verzorgende, verpleegkundige en trouwens ook als arts ruimte voor beoordeling moeten kunnen hebben, zo van: ik heb hierbij een niet pluis gevoel, want ik ken de mensen aan wie ik zorg verleen en het ziet er vandaag echt heel anders uit; ik zie bepaalde symptomen, maar ze zijn misschien toch niet zo duidelijk. Er was vanaf 1 mei ook expliciet ruimte in die richtlijnen om als de specifieke situatie daarom vroeg en als het gebaseerd was op de professionele inschatting en ervaring van de zorgverlener, ook preventief beschermingsmiddelen in te zetten. Ook dit is namelijk weer zo'n voorbeeld van dat je natuurlijk in algemene richtlijnen geen rekening kunt houden met al die situaties en ...

Mevrouw **Mutluer**:

Ja, maar de vraag was ...

De heer **Van Koesveld**:

... de professionele ruimte is natuurlijk essentieel in de zorg.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat snap ik, maar de vraag was: had u, gelet op het feit dat u eerder ook weleens suggesties deed, zeker als u signalen ontving van verschillende zorginstellingen vanuit de langdurige zorg – u heeft dus eerder suggesties gedaan richting het OMT – niet eerder dan augustus vanuit de signalen die u ontving, richting het OMT de suggestie kunnen doen om die richtlijnen aan te passen? Waarom duurde het zo lang?

De heer **Van Koesveld**:

We hebben de signalen ... Ik noemde dat proces waarin die algemene uitgangspunten werden vertaald in die handleiding onderdeel van dat gesprek. Er was ook direct contact vanuit de V&VN met het RIVM. Daarin zijn dit soort discussies natuurlijk ook gevoerd. Begrijpen we dat goed? Hoe moet je dat interpreteren? Wij hoefden op dit punt dus geen suggesties te doen. Er was direct contact. Dat hadden wij ook mogelijk gemaakt. Op het punt van de schaarste, waarover ik het net had: dat was niet een inhoudelijke suggestie, maar puur een verzoek tot duidelijkheid. Dat is wezenlijk iets anders dan je als departement op een standpunt stellen dat jij expertise hebt over het virus, de besmetting of het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen; dat was niet aan de orde. Het is ook belangrijk om te constateren dat die ruimte voor de professional per 1 mei onderdeel van de richtlijnen was. Eigenlijk is dat altijd onderdeel van richtlijnen, maar het help, denk ik, enorm dat we het expliciet onderdeel maakten van die richtlijnen. Daarmee kwam die passage, waarover u het eerder had, over preventief gebruik, ook te vervallen. Dat is een hele belangrijke, omdat die passage uiteindelijk dus pak 'm beet twee weken in de richtlijnen heeft gestaan en vervolgens werd overgeschreven door de volgende regel: als de specifieke situatie erom vraagt, dan kunt u beredeneerd afwijken van deze richtlijn op basis van uw professionele inschatting. Dat was precies een heel belangrijk element in die handreiking die V&VN uitbracht voor verzorgend en verplegend personeel. Dus die ruimte om bij niet pluize of riskante situaties meer beschermingsmiddelen te gebruiken, zat toen al in de richtlijnen. Er waren ook steeds meer middelen bij het LCH – ik beschreef dat eerder – zodat ook aan alle verzoeken uitvoering gegeven kon worden, zodat er ook veilig gewerkt kon worden volgens die richtlijnen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat onduidelijk blijft in mijn beleving is waarom die richtlijnen zo laat zijn gewijzigd, want signalen kwamen veelvuldig bij u binnen, u sprak

meerdere organisaties, u gaf net aan dat u ook signalen kreeg van zorgmedewerkers en verpleegkundigen, en er was eerder direct contact geweest; dat was toen mogelijk. Waarom heeft het dan zo lang geduurd voordat uiteindelijk werd besloten dat beschermingsmiddelen ook bij vluchtig contact nodig zouden zijn? Dat wordt mij niet duidelijk.

De heer **Van Koesveld**:

Dat is natuurlijk aan de orde geweest. Het heeft ook op tafel gelegen in het overleg met het RIVM en met bijvoorbeeld V&VN. Het was alleen wel de rol die wij hadden: zorgen dat dat overleg plaatsvond en dat de richtlijnen uiteindelijk werden vastgesteld. U suggereert hierbij bijna dat ik het voorstel had moeten doen om iets te schrappen in de richtlijnen, maar dat is precies niet de rol die wij hadden. Dat is de rol van de experts. Uiteraard moeten die uitgangspunten in de praktijk ook hanteerbaar zijn. Daarom werd ook vanuit V&VN die handreiking gemaakt. Waarom het pas in augustus is veranderd: dat kan ik u niet precies zeggen. Dat was denk ik ook voortschrijdend inzicht. Het gebeurde ook in de vergelijking met ziekenhuizen; dat was de argumentatie van het RIVM. Maar dat moet u toch primair aan het RIVM vragen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar ik constateer dat het vier maanden heeft geduurd voordat die richtlijnen zijn aangepast, en zorgmedewerkers en verpleegkundigen ook bij, in dit geval, niet-vluchtige contacten beschermingsmiddelen konden hebben. Ik herinnerde u eraan dat u op 5 april nog contact had gehad met Hugo de Jonge, die zich enorme zorgen maakte over de persoonlijke beschermingsmiddelen en daarbij ook aangaf dat discontinuïteit van verpleeghuizen en verpleegkundigen die het gewoon niet meer doen, een reëel gevaar was, en dat medewerkers ziek zouden kunnen worden als ze onverantwoorde risico's lopen.

De heer **Van Koesveld**:

Natuurlijk was dat een zorg. Het was een zorg die binnenkwam. Het was ook onze zorg. Daarom was het zo belangrijk dat wij veel meer beschermingsmiddelen gingen kopen, en dat we ze op een goede manier gingen verdelen, en dat er in die richtlijnen ook de ruimte kwam om het professioneel af te wegen als de situatie daarom vroeg. Ik denk dus dat we wat dat betreft ook een enorme beweging hebben gemaakt door er ook voor te zorgen dat er in de langdurige zorg veilig werd gewerkt. Was dat in de crisis op alle momenten het geval? Nee, helaas niet. Dat was helaas niet overal het geval. Was het op veel plekken wel het geval? Ja, het was op veel plekken wel het geval.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan rond ik af. Mijn laatste vraag. Hebben daarmee – vanuit uw professioneel oordeel – medewerkers risico gelopen die ze niet hadden gelopen als die richtlijnen eerder waren gewijzigd?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat die ... U bent erg gericht op de bepaling van het "vluchtig contact", maar ik denk dat het inzicht, het voortschrijdend inzicht dat er in zomerperiode was, namelijk om meer preventief te gebruiken en zeker in de situatie waarin er in de omgeving van een huis veel meer corona was, veel belangrijker is geweest. Er is in het OMT ook bij herhaling gesproken over preventief gebruik en wat dan "presymptomatische besmetting" wordt genoemd: je hebt het virus dus al, je hebt nog niet de symptomen, maar je ben wel besmettelijk voor anderen. Of asymptomatische besmetting: je bent wel besmet maar je hebt nog geen klachten, of je hebt hele andere klachten dan gangbaar zijn. Die vragen zijn met name ook door mensen vanuit de langdurige zorg in het OMT aan de orde gesteld.

Er was Amerikaans onderzoek; ze hebben ook zelf onderzoek gedaan. Dat onderzoek onder verschillende huizen heeft een aantal maanden in beslag genomen. Er werd gekeken: is er sprake van presymptomatische of asymptomatische besmetting? Dat onderzoek is eerst in drie huizen geweest, toen nog in een vierde huis. Dat onderzoek was in augustus af. Toen was de conclusie: eigenlijk kunnen we de conclusie dat er sprake is van presymptomatische of asymptomatische besmetting niet hard trekken. Maar we zien wel dat je eigenlijk niet zo goed onderscheid kunt maken tussen symptomen die niet goed herkend kunnen worden en presymptomatische besmetting. Sommige dingen zie je dus ... Zeker in verpleeghuizen wonen heel veel mensen met dementie. Dan zie je andere symptomen of dan komen de symptomen niet heel duidelijk aan het oppervlak zodat je ook kan zien: dit zijn de symptomen van corona. Dus het onderscheid tussen of hier nou sprake is van mensen die misschien al besmet zijn maar nog geen symptomen hebben, of dat je symptomen niet goed herkend, dat is eigenlijk heel moeilijk. Toen was de conclusie: gegeven dat er in de omgeving van zo'n huis veel meer besmetting is, is het eigenlijk verstandig om meer preventief beschermingsmiddelen in te zetten. Dat is stap voor stap ook onderdeel geworden van de richtlijn.

Uiteindelijk zijn we op basis van dit voortschrijdend inzicht naar een situatie toe gegaan dat mensen preventief gingen gebruiken tenzij dat niet goed paste in het zorgproces. In sommige gevallen is het namelijk heel moeilijk om zorg te verlenen aan mensen met dementie, omdat ze

bijvoorbeeld iemand niet herkennen. Dan zijn er zorgverleners die zeggen: geef ons ook de ruimte om soms even af te wijken en niet een mond-neusmasker te gebruiken. Maar het gebruik, het preventief gebruik van mond-neusmaskers was heel gangbaar in de tweede golf. En op weg daarnaartoe werd er op basis van die professionele ruimte in de richtlijn al steeds meer preventief gebruikt, ook in de tweede helft van de eerste golf, maar dus zeker ook in de tweede golf. Dat is een ...

Mevrouw **Mutluer**:

Had u de kennis over de besmettingsgraad pas in augustus? Was dat toen pas kenbaar? Mijn concrete vraag was: hebben zorgmedewerkers en verpleegkundigen hiermee onnodig risico gelopen?

De heer **Van Koesveld**:

Wat, denk ik, belangrijk is om te onderstrepen, is dat het OMT hier vragen over kreeg. We hebben op 9 april aan het OMT gevraagd: is de bescherming voldoende of moet er ook preventief gewerkt worden? We hebben het gehad over het antwoord in het OMT-advies. Het is vaak teruggekomen: moet er meer preventief worden gedragen? Het OMT heeft op een gegeven moment gezegd: als iemand op een afdeling besmettelijk is, dus besmet wordt en besmettelijk is, dan kun je op die afdeling preventief gaan dragen. Ze zeiden niet "dan moet je ook in de hele instelling of op de hele locatie preventief gaan dragen". Dat was dus het OMT-advies. Vervolgens is dit onderzoek waar ik het over had verder doorgezet en heeft dat ook weer tot discussies in het OMT geleid. Uiteindelijk hebben die geleid tot aanpassing van de richtlijnen. Je doet dus onderzoek omdat je niet alles weet, en je wilt het onderzoek vervolgens benutten in de richtlijnen om ook zo goed mogelijk een advies te geven over wanneer je beschermingsmiddelen moet gebruiken. Dat kost dus tijd. Je zou kunnen zeggen dat de bewijslast om dat aan te tonen ook best hoog lag, maar uiteindelijk heeft het wel geleid tot een aanpassing van de richtlijnen.

Dus terug naar uw vraag: als je met de kennis van toen terugkijkt op de eerste golf, dan is het zo dat we natuurlijk liefst ook in de eerste golf het advies om preventief te dragen hadden opgevolgd. Dat was echter niet het advies in de eerste golf. Dat is één. En als we andere richtlijnen hadden gehad, hadden we ook niet opeens veel meer mond-neusmaskers gehad, want er was alom schaarste. Dus op het moment dat je dan andere richtlijnen had gehad, had je evengoed iets moeten doen en nog scherper moeten zijn op het punt van het verdeelmodel. Als we namelijk allemaal hadden gezegd "we gaan preventief dragen", dan was daar zeker niet genoeg voor geweest. Dan hadden we dus nog veel scherper moeten

zeggen: wie heeft nou recht op deze mond-neusmaskers, wie heeft er geen recht op, en welke zorg kan dan misschien niet doorgaan? Die laatste keuze is er natuurlijk ook altijd. We willen het natuurlijk niet, maar op het moment dat jij denkt dat je niet genoeg beschermd bent, kun je ook de keuze maken om de zorg niet te verlenen. Dat hadden we dan op grote schaal moeten doen.

Ik ben hier wat uitvoeriger over, want de suggestie wordt wel gewekt dat als wij andere richtlijnen hadden gehad, mensen beter beschermd waren geweest. Nee, want er was schaarste. Dan hadden we dus ook scherpere keuzes moeten maken over op welke plekken die beschermingsmiddelen wel of niet zouden worden gebruikt. Als we natuurlijk geen schaarste hadden gehad, ja, dan was het ook niet nodig om te zeggen "het is niet wenselijk om meer te gebruiken dan nodig". Die ruimte was er natuurlijk geweest. Dus bij heel veel beschermingsmiddelen kun je meer gebruiken dan nodig, maar op het moment dat er veel schaarste is, gaat het een ten koste van het ander. Dan moet je passend gebruiken, dan moet je gebruiken wat nodig is. Dat is, denk ik, wat een beetje moeilijk is in deze discussie: je hebt een hoofdregel, namelijk dat besmettingsrisico bepalend is voor of je het al of niet nodig hebt. En schaarste was de context die passend gebruik noodzakelijk maakte.

Mevrouw **Mutluer**:

Als er schaarste is, moet je sturen op voorraden. Dat zei u eigenlijk net. Ik heb eigenlijk voor nu even geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Dank, collega. Meneer Van Koesveld, ik wil nog even benoemen dat het natuurlijk de taak van de commissie is om vragen te stellen. Ons oordeel komt echt pas later. We zijn al een hele tijd onderweg in dit openbare verhoor, dus ik stel voor om even een pauze te nemen. Voordat we zo gaan schorsen voor vijftien minuten verzoek ik eerst de bode om de getuige en zijn bijstandsverlener naar buiten te leiden. Dank u wel.

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

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering voor vijftien minuten.

De vergadering wordt van 16.09 uur tot 16.23 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is een openbaar verhoor van de Parlementaire enquêtecommissie Corona met de heer Van Koesveld. Ik

verzoek de griffier om de getuige en zijn bijstandsverlener naar binnen te leiden.

(De heer Van Koesveld wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Welkom terug beiden, in het bijzonder meneer Van Koesveld. We hervatten het openbaar verhoor en ik geef graag collega Poortman het woord.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Ik heb een vraag over het Outbreak Management Team oftewel het OMT. Mensen zullen ook steeds meer op de hoogte raken van deze afkortingen. Het OMT geeft op basis van zijn expertise adviezen aan de minister van Volksgezondheid. In een mail aan verschillende collega's van VWS, een mail van 22 maart 2020, komt u met het idee om het OMT te verbreden. U schrijft daarin: "Je merkt wel dat de OMT-samenstelling en het RIVM-team de brede blik van de zorg en ook de praktische kant van de zorg breed, zeker aan care, niet goed heeft en dat kun je ook niet van ze vragen". Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat het aansluit op het gesprek dat we zojuist hadden, namelijk het gesprek over die conceptrichtlijnen voor persoonlijke beschermingsmiddelen. De vragen die sectorpartijen daarover hadden – is dit allemaal wel goed toepasbaar in de praktijk? – waren ook de reden om zo'n aparte handleiding te maken, die nog veel meer toegespitst is op die praktijksituatie. Daarin merkte ik wel dat het belangrijk was om het perspectief van langdurige zorg en de manier waarop daar zorg wordt verleend – je kunt niet altijd afstand houden van mensen; soms is het ook zo dat mensen met dementie het moeilijk vinden als je beschermingsmiddelen gebruikt en dat soort zaken – meer in de aandacht konden komen van het RIVM en het OMT. Daar heeft dit ook betrekking op. Dat was wat ik bedoelde met "zoals afgelopen week bleek", in die mail. Ik denk dat het verder ook wel belangrijk is dat als zo'n crisis zorgbreed is, dat er ook een zorgbrede vertegenwoordiging is in het OMT. Vanaf 17 maart was er een specialist ouderengeneeskunde, vaak waren ze er trouwens ook met z'n tweeën aanwezig. Dat heeft enorm geholpen. Maar het is ook belangrijk dat daar meer expertise vanuit de langdurige zorg, bijvoorbeeld ten aanzien van de zorg voor mensen met een beperking, maar ook vanuit meer verpleegkundig perspectief, aanwezig is in het OMT. Daar was mijn mail ook op gericht.

De heer **Poortman**:

Is dat iets wat vooral het OMT moet organiseren, of zijn dat instanties die op een andere manier contact zouden moeten houden met het kabinet?

De heer **Van Koesveld**:

Dat laatste gebeurt natuurlijk sowieso. Dat gebeurde in het koepeloverleg en op veel andere manieren. Het OMT en de voorzitter van het OMT gaan zelf over de samenstelling van het OMT.

De heer **Poortman**:

U zegt dat u het OMT niet breed genoeg vindt. Wat zegt u daarmee over het uitnodigingsbeleid van de voorzitter, de heer Van Dissel?

De heer **Van Koesveld**:

Dat dat iets breder mag, ja.

De heer **Poortman**:

Heeft u dat ook aan hem gecommuniceerd?

De heer **Van Koesveld**:

De contacten met het OMT verliepen primair via de dg Volksgezondheid. Dan is het denk ik ook netjes om het langs die weg kenbaar te maken.

De heer **Poortman**:

U heeft dat langs die weg ...

De heer **Van Koesveld**:

Ja, dat is die mail. Vervolgens heeft dat er, denk ik, toe bijgedragen dat in dit geval de toenmalige Chief Nursing Officer van VWS, voor wie het verpleegkundig perspectief centraal staat, Bianca Buurman, is aangeschoven bij het OMT, midden april en later nog een keertje.

De heer **Poortman**:

U zegt net: bij het OMT zijn gedurende de crisis meerdere partijen aangeschoven, dus de blik is verbreed. Is de blik voldoende verbreed in uw optiek, tijdens de crisis?

De heer **Van Koesveld**:

Er waren een paar suggesties die ik in de mail deed. Een daarvan heb ik net genoemd. Er was ook nog een klinisch geriater, waarvan wij dachten: die kan dat perspectief van de ouderenzorg en juist het perspectief van de zorg voor mensen met dementie goed voor het voetlicht brengen. Het is belangrijk dat ook hij aanschuift. Naast de vaste kern de het OMT heeft, maken ze gebruik van verschillende experts die aanschuiven. Ook hij is

aangeschoven midden april in het OMT. Later in augustus is ook een arts verstandelijk gehandicapt aangeschoven in het OMT.

De heer **Poortman**:

En daarmee was het voldoende verbreed. Dat is bewust een gesloten vraag.

De heer **Van Koesveld**:

Nou ja, voldoende ... In ieder geval was het breed genoeg. Iedereen zal zeggen: elk deel van de zorg moet zo goed mogelijk vertegenwoordigd zijn, maar ik denk dat we daarmee een behoorlijke spreiding hadden in de deskundigheid en ervaring in het OMT.

De heer **Poortman**:

Als het gaat over die verschillende groepen die een vertegenwoordiging nodig hebben in het OMT, of waarvan het perspectief vertegenwoordigd zou moeten worden in het OMT: er circuleren vanaf het begin van de crisis drie hoofddoelen in het bestrijden van de crisis. Een daarvan is het beschermen van kwetsbaren. In het eerste halfjaar van de pandemie – we hebben het er uitgebreid over gehad – wordt dat onder meer gedaan door een bezoekverbod in verpleeghuizen en ook bezoekbeperkingen binnen de gehandicaptenzorg. Wie waren die "kwetsbaren" tijdens de pandemie?

De heer **Van Koesveld**:

Dat verschilt. Uiteindelijk is het een enorme groep, maar om te beginnen zijn het die mensen die natuurlijk vatbaar zijn voor het virus en ook ziektelast hebben vanwege het virus en eventueel ook komen te overlijden vanwege het virus.

De heer **Poortman**:

Is dat niet een wat nauwe blik?

De heer **Van Koesveld**:

Nee, daar begint het mee. Daarom zeg ik ook: daar begint het mee.

De heer **Poortman**:

Ja.

De heer **Van Koesveld**:

Dat zijn veelal mensen – dat zag je trouwens ook op de ic, maar ook in verpleeghuizen – die ouder zijn. Dat is een heel bepalende factor voor ziektelast en sterfrisico. Maar het waren ook mensen met onderliggende aandoeningen, bijvoorbeeld hart- en vaatziektes of hoge bloeddruk, of wanneer het gaat om diabetes of om longaandoeningen. Dat zijn

natuurlijk ook kwetsbare mensen. In die zin heb je de medische kwetsbaarheid. Daarvoor zijn de vaccinaties ook van belang, waar we misschien nog over te spreken komen. En daarnaast heb je kwetsbare mensen, die kwetsbaar zijn omdat ze in instellingen wonen. Die gingen we zo veel mogelijk beschermen. Die gingen we niet alleen beschermen met een bezoeksregeling; alle algemene maatregelen van beperkt contact waren er in belangrijke mate op gericht juist die groep te beschermen.

De heer **Poortman**:

Op deze manier klinkt het woord "beschermen" alsof het gaat over kwetsbaren alleen als mensen die mogelijk ziek kunnen worden van het virus, waarvoor ze dus beschermd moeten worden. Maar je hebt natuurlijk ook kwetsbaren die kwetsbaar zijn vanwege de maatregelen die genomen worden om het virus te bestrijden.

De heer **Van Koesveld**:

Zeker.

De heer **Poortman**:

Wat waren die kwetsbaren?

De heer **Van Koesveld**:

Die kwetsbaren ... Er kwamen ook rapporten, van een werkgroep onder leiding van mevrouw Halsema bijvoorbeeld, die juist wezen op de andere kant en de kwetsbaarheid die zich ontwikkelde. Wat zijn andere kwetsbaren? Als je heel weinig contact hebt, zeker in een lockdown, dan zijn jeugdigen voor een deel ook kwetsbaar, want contact is hartstikke belangrijk voor jeugdigen. Dus je zag toen ook dat het welzijn van jongeren terugliep. Je hebt kwetsbare mensen die dak- en thuisloos zijn. Ook die instellingen moesten zich houden aan de regels om afstand te houden. Dat zijn ook kwetsbare mensen. Je hebt mensen die kwetsbaar zijn omdat ze hun baan dreigen te verliezen in coronatijd. We hebben er gelukkig heel veel aan kunnen doen om dat te stutten, maar dat zijn ook kwetsbare mensen, op basis van bestaanszekerheid. Ik denk dat het virus de hoofdschuldige is. Daarom moeten we die maatregelen nemen. Die maatregelen neem je om mensen die kwetsbaar zijn, te beschermen. Tegelijkertijd zijn het deels diezelfde mensen, namelijk in het verpleeghuis bijvoorbeeld, maar deels ook andere mensen die weer de nadelen ondervinden van die maatregelen.

De heer **Poortman**:

Waar ik naar zoek is, en dat hebben we eerder ook geprobeerd met elkaar, hoe die afweging heeft plaatsgevonden. Het lijkt nu ... Dat is misschien ook primair de taak van een OMT, maar je zou het ook kunnen

zien als een kwetsbaarheid van het OMT, omdat daar vooral virologen in zaten die heel erg keken naar hoe het virus zich verspreidt en wie kwetsbaar zijn om door dat virus geraakt te worden. Terwijl we dus ook een groep kwetsbaren hebben die vooral door maatregelen geraakt worden en niet zozeer door het virus. Hoe is die afweging steeds gemaakt? En hoe heeft u daarin gestuurd vanuit uw perspectief van de langdurige zorg?

De heer **Van Koesveld**:

U wijst er terecht op dat ik vanuit de langdurige zorg eigenlijk voor die verschillende groepen van kwetsbaarheden en van kwetsbaar zijn een verantwoordelijkheid droeg in het beleid, evengoed in maatschappelijke ondersteuning en in het jeugdbeleid, naast de kwetsbaren in meer medische zin, zoals u ze noemde. Er zijn, denk ik, twee manieren om daar rekening mee te houden. Een is dat je uitzonderingen gaat maken op algemene regels. We hebben het over een specifieke uitzondering net gehad rond de bezoeksregeling. Maar zo werd ook gezocht naar uitzonderingen als mensen eigenlijk thuis moesten blijven, maar daardoor dreigden te vereenzamen, om dan toch een vaste bezoeker aan te wijzen om daar vaker langs te gaan. Dat was een voorbeeld van het maken van een uitzondering waarmee je de algemene maatregelen een beetje verzacht om toch die ruimte voor de sociale kant te geven. Dat is één mogelijkheid.

De heer **Poortman**:

Sloot dat wat u betreft voldoende aan op de behoefte van deze groep kwetsbaren?

De heer **Van Koesveld**:

Het hielp natuurlijk. We hebben ook veel handreikingen daarover gemaakt, met alle beroepsgroepen en organisaties, om dat meer mogelijk te maken. Een andere manier om dat te doen, en dat deden we denk ik ook, was flankerende maatregelen nemen. Die bezoeksregeling was een ontzettend ingrijpend besluit. We hebben heel veel maatschappelijke initiatieven gezien, die we ook van harte hebben ondersteund, om toch vormen van contact mogelijk te maken. Denk aan bezookhuisjes of bezoek op afstand. Dat was om toch aandacht te geven aan het belang van contact. Dat is ook een manier waarop je flankerend beleid kan voeren. Economisch gezien is er natuurlijk al heel vroeg in de crisis gezegd dat minder contact minder inkopen en minder handel betekent. Daarom vonden we dat we bedrijven en ondernemers moesten steunen. Daar is een uitgebreid pakket voor gekomen. In dat geval doe je dus niet iets af aan de maatregelen, want ook voor de economie is het belangrijk

dat je de crisis snel bestrijdt, maar je hebt wel flankerend beleid als buffer, als demping voor de economische effecten daarvan. Zo probeerde je ook de sociale effecten van de maatregelen te dempen.

Nog even doorgaand op die sociale effecten. Er zijn natuurlijk verschillende rapporten verschenen in het voorjaar, van Halsema en een denktank onder leiding van Hamer, en ook rapporten van het SCP, die zeiden: je moet meer doen aan die kwetsbare kant.

De heer **Poortman**:

En hoe is er op die rapporten gereageerd?

De heer **Van Koesveld**:

Die hebben wij ter hand genomen, bijvoorbeeld door meer geld te besteden voor jeugdigen. Dat gebeurde al in het najaar. Er was een pakket voor het najaar en de kerst om meer coaching te doen voor jeugdigen, om hen op afstand te helpen en om activiteiten te organiseren binnen wat er mogelijk was. Daarna en daaroverheen is nog een groter pakket gekomen van 200 miljoen, destijds in februari – dat was eigenlijk weer een vervolg op het rapport van Halsema – voor sociaal welzijn voor ouderen, maar ook opnieuw voor jongeren. Er was ook meer ruimte voor leefstijl en bewegen. Het maakte toch meer dingen mogelijk. Dat zijn voorbeelden die laten zien dat we niet iets aan de maatregelen zelf kunnen afdoen, maar dat we wel veel flankerend beleid hebben om de sociale effecten te dempen. Die sociale effecten kwamen ook steeds meer in beeld. We maakten op een gegeven moment een coronadashboard met alle medische gegevens van besmettingen, maar daar zaten ook onderdelen in – die leverden wij ook aan – over wat dit doet met jongeren. Wat weten we over mentaal welzijn van die groep? Wat weten we van Veilig Thuis?

De heer **Poortman**:

En wat bracht dat op, dat onderzoek?

De heer **Van Koesveld**:

Dat bracht op dat je gaandeweg in de crisis toch een stukje evenwichtiger ging kijken naar wat er gebeurt in de samenleving. Ik denk dat het bijna inherent is aan een crisis dat je bij een onbekend en sterk uitbrekend virus aan het begin heel erg de nadruk legt op het bestrijden van het virus en dat je daar ingrijpende maatregelen voor neemt. Gaandeweg ontstaat er meer aandacht en ook meer ruimte om flankerende maatregelen te nemen om die effecten te dempen. Soms heeft dat er ook wel toe geleid dat bepaalde maatregelen niet werden genomen. De bezoekenregeling is

één ding, maar ook met het sluiten van scholen is heel terughoudend omgesprongen omdat we weten dat het zo veel nadelen heeft.

De heer **Poortman**:

Terugkijkend, wat kon uw directoraat betekenen voor kwetsbare groepen? Neem dan bijvoorbeeld jongeren met een beperking in een instelling. Wat heeft u concreet kunnen betekenen?

De heer **Van Koesveld**:

Eigenlijk op twee manieren. Aan de ene kant ging het om duidelijk uitleggen wat de maatregelen waren waardoor er minder contact was en wat er nog wel mogelijk was. Voor mensen met een beperking in een instelling was het een "nee, tenzij"-regeling. Het was wel degelijk mogelijk dat familie hen bleef bezoeken. Het moest natuurlijk niet heel veel familie worden, want dan zouden we veel risico lopen, maar dat er een vaste naaste was om te helpen in de zorg en om nabij te zijn, was mogelijk. We hebben ook gekeken hoe we dagbesteding op peil konden houden. Dat lukte natuurlijk niet helemaal. Soms ging het op afstand, soms ging het in kleinere groepen. Voor een deel was het ook niet mogelijk. Maar zo was je eigenlijk steeds op zoek naar mogelijkheden om de zorg zo goed mogelijk te blijven verlenen. Nogmaals, als je zorg in een instelling hebt of als mensen in een instelling wonen, dan breng je de zorg daarnaartoe en dat kan niet ineens stoppen. Dus je probeert het zo goed mogelijk doorgang te laten vinden.

De heer **Poortman**:

Is dat gelukt wat u betreft?

De heer **Van Koesveld**:

Het lukte niet altijd. We hebben ook in de cijfers rond bijvoorbeeld dagbesteding gezien dat het werd teruggeschaald, zeker als er een bezoekverbod was. Daarna hebben we geprobeerd dat weer op te laten veren, zodat het weer meer mogelijk was. Daarom vonden we het zo belangrijk dat die ruimte er ook was toen het weer kon. Dat was natuurlijk essentieel voor het welzijn van mensen, juist ook in die instellingen.

De heer **Poortman**:

Merkte u ook dat sommige groepen makkelijker uit het zicht raken dan andere groepen? Zijn er specifieke groepen waarvoor u zich heel erg moest inspannen om die onder de aandacht van het kabinet te brengen?

De heer **Van Koesveld**:

We hebben natuurlijk echt heel veel groepen. Het is soms zo dat je moet zeggen: we moeten wel oog hebben voor bijvoorbeeld de mantelzorgers,

---

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

want die zijn heel belangrijk voor mensen thuis. Er zijn ook vrijwilligers in het verpleeghuis die erg belangrijk zijn om de zorg in de benen te houden. Daar moest je soms ook aandacht voor vragen. Je moest er niet alleen aandacht voor vragen, maar er ook voor zorgen dat mantelzorgers een pakketje hadden met persoonlijke beschermingsmiddelen, zodat zij de zorg konden blijven verlenen. Die hebben we ook beschikbaar gemaakt via apotheken. Er zijn daar heel veel pakketjes beschikbaar gesteld.

Een andere groep waren bijvoorbeeld de zelfstandige zorgverleners die op basis van een persoonsgebonden budget zorg verlenen. Ik heb het net al even verteld: het zorglandschap is zó vertakt. Er is dus ook nog een heel grote groep mensen die individueel zorg verlenen. Die moesten ook bescherming hebben. Hoe kwamen die aan hun pakketjes? Die konden ze ook bestellen bij het LCH en in andere gevallen konden ze die bij de apotheek afhalen. Je probeert zo goed mogelijk in de volle breedte kwetsbare mensen te bereiken en soms probeer je onder de aandacht te brengen wat het doet voor kwetsbare mensen. Die kant van eenzaamheid is één ding, maar er waren ook kwetsbare groepen die zeiden: als die 1,5 meter er straks weer af gaat op een gegeven moment, dan maak ik me ernstig zorgen, want ik ben heel kwetsbaar en als mensen dichtbij komen, ben ik bang dat ik toch weer besmet word. Of er waren mensen die om allerlei redenen geen mondkapje konden dragen of die er last van hadden dat ze niet konden lezen wat andere mensen zeiden omdat die wel een mondkapje gebruikten. Je probeerde daar zo goed mogelijk aandacht aan te besteden.

De heer **Poortman**:

Is dat gedurende ...

De heer **Van Koesveld**:

Het gebeurt nooit helemaal naar je zin en nooit voldoende. Er zijn wel degelijk mensen die in dat opzicht kwetsbaarder zijn geworden in de crisis.

De heer **Poortman**:

Is uw omgang met kwetsbaren gedurende de crisis veranderd?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat ... Dat is wat ik bedoelde met "inherent aan een crisis". Je bent eerst heel erg bezig met, laten we zeggen, die brand te blussen. Je probeert ook heel snel door te schakelen naar de neveneffecten daarvan. Maar het is best logisch dat je met de infectiebestrijding bezig bent en vervolgens ook heel erg met de zorg, en dat pas later meer die samenlevingskant en die sociale kant aan de orde zijn gekomen. We

hebben daar wel heel veel adviezen over gekregen, maar die zijn niet zo sterk geïnstitutionaliseerd in de besluitvorming. We hebben er wel veel aandacht aan besteed gedurende dat proces.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Dan heb ik op dit onderwerp verder geen vragen.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u op dit onderwerp aanvullende vragen?

Mevrouw **Mutluer**:

Nee.

De **voorzitter**:

Dan geef ik u meteen het woord voor het volgende onderwerp.

De heer **Van Koesveld**:

Mag ik nog één aanvulling doen? Ik ben een beetje lang van stof; dat besef ik. Wat misschien nog meespeelde, is dat de lastigheid van de sociale dimensie is dat je harde cijfers hebt over besmettingen en ziekenhuizen. Je had ook heel harde cijfers over besmettingen in verpleeghuizen. Dat is ook echt een verdienste van Verenso en de vereniging voor verstandelijk gehandicapten, om dat in beeld te brengen. Maar je hebt vaak wat minder harde cijfers over sociaal welzijn. Die effecten zijn bovendien pas op termijn zichtbaar. Dus in die zin is het vaak wel een beetje een ongelijke strijd. Gaandeweg is dat wat meer rechtgetrokken door sociaal en economisch toe te voegen aan de strategie. Dat was in februari 2021. Het kwam ook in die coronadashboards. Ik denk dat we die beweging hebben gemaakt, maar die had tijd nodig. Het soort gewicht en wat je eraan kunt doen is wel verschillend in het geval van de harde en de wat zachtere cijfers die vooral op termijn een effect hebben.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar die harde en zachte cijfers zijn wel nodig om de juiste afwegingen te maken.

De heer **Van Koesveld**:

Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Zijn we daar nu beter toe in staat?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat we heel veel informatie hebben verzameld over de zachte kant. Die kreeg gaandeweg ook steeds meer een rol in de aanpak en de strategie. Maar het blijft wel een aandachtspunt. Er zitten twee aspecten aan. Het is hard versus zacht. Het is ook: heb je handelingsperspectief? Je kunt zeggen dat je je ernstig zorgen maakt over het sociaal welzijn van jongeren, maar weet je dan ook wat je daaraan kan doen? Ook in de adviezen was dat soms wat algemeen.

De **voorzitter**:

Dan wil ik dit onderwerp nu toch afronden en geef ik collega Mutluer het woord voor het volgende onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil het met u hebben over de langdurige zorg in Nederland. U gaf net al aan dat die is verspreid over heel veel verschillende instellingen. Tot welke uitdagingen leidde dat gedurende de coronapandemie?

De heer **Van Koesveld**:

Eén van de uitdagingen is, omdat we het zo decentraal hebben georganiseerd en omdat er zo veel partijen zijn, dat het ook in de aanpak erg leunt op wat al die partijen doen. De een is daar succesvol in en de ander is daar minder succesvol in. Iedereen doet natuurlijk zijn stinkende best, maar soms heb je die opschaling nodig om elkaar in de regio te vinden. Uiteindelijk waren we ook wel genooddaakt om dingen nationaal te organiseren omdat dat nodig was in die crisissituatie.

Mevrouw **Mutluer**:

Over hoeveel instellingen hebben we het dan?

De heer **Van Koesveld**:

In de ouderenzorg heb je ongeveer 2.500 locaties voor ouderenzorg. In de gehandicaptenzorg – ik doe het even in grote getallen – heb je nog een keer 2.500 locaties. Dan heb je in de wijkverpleging, dus zorg bij mensen thuis, meer dan 2.500 aanbieders die zorg verlenen. Dan heb je ook nog een heleboel – ik noemde ze net al even – zelfstandigen zonder personeel die werken bij de instellingen of zorg verlenen op basis van het persoonsgebonden budget. Je hebt dus heel veel mensen die uiteindelijk allemaal getest moeten worden als het nodig is, beschermingsmiddelen nodig hebben, gevaccineerd moeten worden. Dat maakt het in een crisistijd, in coronatijd, extra ingewikkeld. Het aantal ziekenhuizen met locaties en buitenpoli's is pak 'm beet 250; dat is van een heel andere orde.

Mevrouw **Mutluer**:

Als het landschap zo versnipperd is, hoe bleef je dan gedurende de pandemie op de hoogte van wat er speelde binnen de verschillende sectoren van de langdurige zorg?

De heer **Van Koesveld**:

Omdat deze partijen vertegenwoordigingen hebben; ze hebben koepelorganisaties. Dat helpt al enorm. Wij deden ook heel veel rondes. Collega's van mij belden rond om bij verschillende instellingen daarnaar te vragen. De IGJ deed trouwens hetzelfde. We probeerden op die manier een beeld te krijgen. De Academische Werkplaatsen Ouderenzorg verzamelde ook de crisisdagboeken en maakte daar verslagen van. Zo kregen wij niet een volledig beeld – dat is onmogelijk – maar wel een beeld van wat er allemaal gaande was en welke problemen zich aandienen. Vervolgens probeerden we daarop te acteren.

Mevrouw **Mutluer**:

U heeft net in ons verhoor al aangegeven dat de acutezorgpartijen als ziekenhuizen, ambulancediensten en de GGD'en samenwerken in de regionale samenwerkingsverbanden. Nederland kent tien Regionale Overleggen Acute Zorgketen, de ROAZ'en, maar de langdurige zorg is daar niet bij aangehaakt. Hoe werd samengewerkt tijdens de coronaperiode door deze langdurigezorginstellingen?

De heer **Van Koesveld**:

Het is dus een best gemêleerd beeld dat daaruit volgt. Het eerste is dat op zichzelf op verschillende plekken instellingen of organisaties voor langdurige zorg wel zijn aangehaakt bij die ROAZ'en. Daar zijn er elf van, plus één voor Caribisch Nederland. Daar zijn ze bij aangehaakt, maar lang niet allemaal. Nou vertegenwoordigt zo'n instelling vaak andere langdurigezorginstellingen uit de regio, maar dat gebeurde niet overal in de mate waarin je dat zou willen. We hebben later ook in regels opgenomen dat langdurigezorgpartijen ook een plek aan tafel moeten hebben van de ROAZ'en, om het daar ook breder te trekken dan strikt alleen de acute zorg. We hebben dus iets in gang gezet om dit te verbeteren.

Het andere is – dat gold bijvoorbeeld voor persoonlijke beschermingsmiddelen – dat ook de partijen waarover ik het had, moesten kijken of ze zelf genoeg hadden, of ze in samenwerking met anderen genoeg hadden of dat ze naar ROAZ'en gingen. Maar niet iedereen kon die weg naar de ROAZ goed vinden. Ook niet iedereen kreeg precies uitgeleverd wat hij nodig had. Er was alom schaarste. Je merkte wel dat partijen daar minder vertrouwd mee waren of minder

gepositioneerd waren op het onderdeel uitmaken van zo'n ROAZ-systematiek, dus om daar vertrouwd mee te zijn en om daar ook op te acteren. Dat is gaandeweg natuurlijk wel verbeterd. Wat wij deden met signalen is dat we mensen doorverwezen. Soms legden we zelf contact met de pbm-coördinator van zo'n ROAZ: we hebben hier een instelling die dringend behoefte aan pbm heeft, dus kunnen jullie helpen? Dan was dat verband weer gelegd. Maar dat moest wel ín die crisis tot stand komen. Dat was niet allemaal geregeld.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat betekende dat in de praktijk? Zorgde dat ervoor dat daarmee de belangen van de langdurige zorg voldoende behartigd werden?

De heer **Van Koesveld**:

Op dat moment dus minder. Daarom hadden wij dus onze handen vol – wij niet alleen, ook die koepels, de IGJ en wij dus ook – om dat te verbeteren. Dan had je daarnaast nog partijen die zelf in hun netwerk in de regio – ik noemde al eventjes het overleg van niet-acutezorgpartijen in Noord-Brabant – zeiden: wij slaan de handen in elkaar en we gaan samenwerken om deze crisis zo goed mogelijk de baas te worden. Dat ontstond ook. Ik heb daar in deze crisis heel erg van geleerd. Je moet natuurlijk de data op orde hebben, want je moet weten waar het zit. Maar je moet ook de netwerken op orde hebben. Dat zijn netwerken in formele zin, zoals zo'n ROAZ, maar ook de netwerken in informele zin. Als de schaarste jou overkomt, dan moet je weten met wie je kan samenwerken en of je al een werkrelatie hebt die je kan benutten. Er ontstonden ook hele mooie nieuwe samenwerkingsverbanden in die tijd. Dat is ook een belangrijk onderdeel. De zorg is eigenlijk ook meer een netwerk, waarbij er ook nog eens heel veel banden bestaan tussen de verschillende delen van de zorg. En dat netwerk moet je dus ook onderhouden in de koude fase om het te kunnen benutten in de hitte van een crisis.

Mevrouw **Mutluer**:

Is daarvoor centrale aansturing nodig?

De heer **Van Koesveld**:

Zoals ik beschreef heb je, als de schaarste heel groot wordt, nationale regie nodig, maar in veel gevallen, bij een kleinere crisissituatie, kunnen instellingen dat heel goed zelf – zo hebben we het georganiseerd – en kunnen ze het ook heel goed in regionaal verband. Juist die regio is gaandeweg steeds belangrijker geworden, ook in het beleid van VWS. Het gaat om veel meer in de regio samenwerken om de zorg maximaal goed te organiseren voor mensen.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik hoor u zeggen dat door het versnipperde landschap de belangen van de langdurige zorg niet altijd voldoende behartigd werden. U sprak de koepelorganisaties. U verwees ze door naar de verschillende Regionale Overleggen Acute Zorg. Maar in hoeverre werden die instellingen voor langdurige zorg centraal aangestuurd tijdens de pandemie, zodat daadwerkelijk die belangen goed zouden worden behartigd?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat wij, en die partijen zelf voorop, heel veel hebben gedaan om goed aan te sluiten en goede zorg te kunnen verlenen. We hebben ze daar denk ik ook bij geholpen. Dat is niet altijd gelukt, maar we hebben wel onze stinkende best gedaan om dat zo goed mogelijk te doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe heeft u ze geholpen?

De heer **Van Koesveld**:

Dat is het proces dat ik beschreef. Dat is wel het bijzondere: wij waren al heel veel in contact met de sector. Zo werken we ook op VWS. Wij konden signalen goed oppakken. Wij konden ze ook ondersteunen om bijvoorbeeld signalen over tekorten onder de aandacht te brengen bij de ROAZ. We hebben geïntervenieerd bij de ROAZ'en om meer spullen naar de langdurige zorg te brengen. Wij hebben het verdeelkader aangepast; daar hadden we het voor de pauze over. Dus dat konden wij doen. Het is niet zo dat al die instellingen vanuit VWS worden aangestuurd. Ja, zo werkte het niet. Ik denk eerlijk gezegd ook dat je het niet zo zou moeten laten werken. Je moet er wel voor zorgen dat als er schaarste is, er regionale en nationale regie wordt gevoerd. Dat is precies wat we deden.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik probeer te begrijpen hoe dat er dan uit ziet. Want je had dus voor de acute zorg een regionaal overleg. Moest er ook niet een "regionaal overleg niet-acute zorg" komen?

De heer **Van Koesveld**:

Dat gebeurde dus ook. Dat hebben we ook ondersteund, omdat dat heel goed was. Dat gebeurde in Brabant, maar ook in Noord-Holland en op andere plekken. Dat kan een samenwerkingsvorm zijn. Maar het kan ook zijn dat een verpleeghuis zegt: ik heb een heel goede relatie met het ziekenhuis hier in de buurt. Dat gold bijvoorbeeld voor het Gooiziekenhuis dat hielp met beschermingsmiddelen in de omgeving van dat ziekenhuis. Dus zo ... De vraag is altijd of je alles kunt sturen van bovenaf of kun je juist zeggen dat er een duidelijke verantwoordelijkheid is van partijen die

goede zorg willen verlenen en die hun netwerk benutten. Als dat goed gaat, dan is dat natuurlijk prachtig.

Mevrouw **Mutluer**:

Klopt het dat de aanpak en de samenwerking niet hetzelfde was door heel Nederland?

De heer **Van Koesveld**:

Dat was verschillend. Dat hing natuurlijk af van de verbanden die er al waren. En het hing ook af van de bestuurders. Maar ik denk dat al die bestuurders enorm op zoek zijn geweest naar goede samenwerkingsverbanden. Ook in zo'n ROAZ-verband voor acute zorg zijn het natuurlijk wel gewoon de instellingen die uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen instelling. Het is niet zo dat daardoor alles in ROAZ-verband wordt geregeld. Maar een aantal zaken die iedereen treffen, worden in ROAZ-verband geregeld. Daar konden langdurigezorgpartijen op aansluiten of ze hadden hun eigen verbanden op een andere manier. Maar dat moest in de crisis wel vorm krijgen. Dat lang niet allemaal klaar. Dat is denk ik het punt dat u maakt en daar ben ik het ook mee eens. Je moest in de crisis ook naar nieuwe organisatorische verbanden toe, naar samenwerkingsverbanden. Je moest soms nieuwe organisaties oprichten. Dat was natuurlijk een heel karwei, zeker als het onder hoge tijdsdruk moest gebeuren omdat de belangen zo groot waren.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u het uitdagend om de aansturing, even in mijn woorden, tijdens de pandemie te organiseren?

De heer **Van Koesveld**:

Dat wás een uitdaging. Dat was een uitdaging voor de instellingen zelf. Er was natuurlijk ontzettend veel uitdaging in de zorgverlening zelf. Er was een uitdaging op regionaal niveau. En ook op nationaal niveau was de crisis een en al uitdaging. We hebben het zo goed mogelijk proberen te doen.

Mevrouw **Mutluer**:

In het kader van het versnipperde landschap met heel veel langdurigezorginstellingen ...

De heer **Van Koesveld**:

In het eenvoudige geval dat er één grote verpleegorganisatie is, die onderdeel van VWS is, waardoor wij direct meemaken wat er gebeurt en direct kunnen sturen op wat er moet gebeuren ... Dat is een model dat in

een crisissituatie natuurlijk makkelijker is. Alleen zo hebben we het niet georganiseerd en ik denk dat je het in de kern ook niet zo wil.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u dat ingewikkeld als directeur-generaal?

De heer **Van Koesveld**:

Dat was natuurlijk ingewikkeld, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar zat die ingewikkeldheid 'm in?

De heer **Van Koesveld**:

In dat je natuurlijk zo veel partijen hebt die goed gepositioneerd moeten worden, die uiteindelijk op goede voorwaarden ook goede zorg moeten verlenen in het belang van kwetsbare mensen. Dat is natuurlijk veel ingewikkelder dan wanneer je maar een paar partijen hebt. Maar dan kan het ook nog heel ingewikkeld zijn, want de schaarste aan alles en de crisis zelf maken het natuurlijk ook gewoon ingewikkeld.

Mevrouw **Mutluer**:

Als u naar het einde van de crisis gaat, hoe ging de samenwerking toen?

De heer **Van Koesveld**:

Er was een instelling waar we ook zijn geweest, die op een bord geschreven had: "Wat bewaren we na de crisis? Wat houden we vast uit deze crisis?" Eén ding was natuurlijk het volgende. Hoewel mensen ontzettend hard hebben gewerkt en het voor heel veel mensen heel zwaar was, zeiden ze ook: die solidariteit houden we vast na de crisis. Op dat bord stond ook geschreven: de samenwerking in de regio willen wij vasthouden na de crisis. Een ander zei: die silo's waar we in de zorg soms in zitten, met die verschillende onderdelen van de zorg, zijn naar samenwerking gegaan en die samenwerking willen we vasthouden na de crisis. Dat is natuurlijk een neveneffect en de crisis is verschrikkelijk geweest, maar deze dingen hebben we er ook van geleerd, namelijk dat we het samen wel beter kunnen organiseren, om uiteindelijk betere zorg te verlenen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan blijft de vraag, ook in het kader van leren van de crisis, of de aansturing van de langdurigezorgsector, die zo versnipperd is, anders moet zijn bij een volgende crisis. Kunt u dat uitleggen?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat we veel hebben geleerd ín de crisis. Dat is ook belangrijk. Je leert, zoals jullie in de enquête doen, ook ná de crisis en je trekt lessen. Maar je leert ín de crisis natuurlijk ook heel veel. Ik denk dat wij dit daarvan hebben geleerd.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat is "dit"? Even concreet.

De heer **Van Koesveld**:

Dat bijvoorbeeld de wet- en regelgeving ten aanzien van de ROAZ is aangepast. Dat de langdurige zorg daar een meer vaste plek aan tafel heeft. Dat is bijvoorbeeld zo'n voorbeeld. Alle zorgakkoorden die vervolgens zijn gesloten, zijn niet meer per sector georganiseerd, maar dat is een Integraal Zorgakkoord geworden. Juist om te zeggen: de zorg is niet in losse onderdelen verkrijgbaar; je moet integraal over de breedte van de zorg kijken, want dat hangt enorm met elkaar samen. Ik denk dat dat verbeteringen zijn van het proces waarin we de zorg in Nederland organiseren. Is er nog steeds een groot landschap van heel veel organisaties? Ja, dat is nog steeds zo?

Mevrouw **Mutluer**:

Gaat het straks beter als we een volgende pandemie hebben?

De heer **Van Koesveld**:

Ik denk dat je daar wel een paar dingen voor moet doen. Ik denk dat je eigenlijk jaarlijks of om de paar jaar moet zeggen: zouden we niet een toets moeten doen op de mate waarin wij pandemisch paraat zijn? In Nederland hebben we Verantwoordingsdag over wat wij uitgeven. We hebben tegenwoordig ook een Staat van de Uitvoering, waarin uitvoeringspartijen over het kabinetsbeleid in de breedte zeggen waar ze tegenaan lopen en waar ze een oplossing voor vragen. Zo zou je ook kunnen zeggen dat je met regelmaat een pandemischeparaatheidstoets moet doen om te kijken of we klaar zijn voor een crisis, welke dat ook moge zijn. Internationale organisaties, bijvoorbeeld het ECDC en de WHO, helpen daar ook bij. Die kun je heel goed gebruiken. Maar je zou de vraag kunnen stellen: zijn we in dit verpleeghuis voldoende op orde ten aanzien van infectiepreventie en hygiëne? Zijn we goed genoeg aangesloten bij andere organisaties in de regio? Hoe zit onze samenwerking in de ROAZ of de RONAZ die we hier willen? Je zou kunnen zeggen dat je op een paar kritische onderdelen bekijkt: ben ik paraat en heb ik het goed georganiseerd, zodat ik minder hoef te improviseren en hoef te bouwen ín de crisis en al gebouwd heb vóórdát de crisis ontstaat. Dat zou je

natuurlijk met elkaar kunnen afspreken. Dat zouden jullie ook kunnen overdenken in jullie rapport over de coronacrisis.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot zover mijn vragen.

De **voorzitter**:

We zijn al bij het laatste deelonderwerp. Ik kijk nog even naar collega Poortman of hij nog aanvullende vragen heeft.

De heer **Poortman**:

Ik heb op dit punt geen aanvullende vragen.

De **voorzitter**:

Ik ook niet. Meneer Van Koesveld, ik wil u bedanken voor dit openbare verhoor. We zijn hiermee ook aan het einde gekomen van dit openbare verhoor. Voordat ik de vergadering ga sluiten, verzoek ik de bode om de getuige en zijn bijstandsverlener naar buiten te leiden.

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

De **voorzitter**:

Aan de orde was het openbaar verhoor met de dg Langdurige Zorg van het ministerie van VWS. Het volgende openbaar verhoor zal plaatsvinden op aanstaande vrijdag om 10.00 uur. Dat zal zijn met de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM en ook toenmalig voorzitter van het Outbreak Management Team, de heer Jaap van Dissel. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 16.59 uur.