

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 19 juni 2026 **mevrouw Buurman** als getuige gehoord, die werd bijgestaan door mevrouw Femke Teeling.

Voorzitter: De Kort
Griffier: Rijkers

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

Aanvang 13.59 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering. Het is vandaag vrijdag 19 juni 2026. Aan de orde is een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona.

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

(Mevrouw Buurman wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

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 waren de gevolgen zeer ingrijpend. Het kabinet nam maatregelen die ons troffen in het dagelijks leven. Ook de Tweede Kamer had een belangrijke rol in die besluitvorming. Als parlementaire enquêtecommissie Corona zijn wij ingesteld om met een grondige, breedgedragen terugblik vanuit de Tweede Kamer te komen op die coronaperiode, om te leren voor een eventuele volgende pandemie of langdurige crisis.

Mevrouw Buurman, van harte welkom. Ook van harte welkom aan uw bijstandsverlener. U bent opgeroepen als getuige voor de parlementaire

enquête Corona. U bent hoogleraar acute ouderenzorg en u werd in die periode voorzitter van de beroepsvereniging voor verpleegkundigen. Vandaar dat we u hebben opgeroepen. Deze week is het weekthema de impact op de zorg. Dat zal onder andere aan bod komen.

U wordt gehoord als getuige. Dit verhoor vindt plaats onder ede. U heeft ervoor gekozen de belofte af te leggen. Ik verzoek u met de belofte te bevestigen dat u de gehele waarheid en niets dan de waarheid zal zeggen. Ik verzoek u om te gaan staan.

(In handen van de voorzitter legt mevrouw Buurman de belofte af.)

De **voorzitter**:

Dan staat u nu onder ede. U mag plaatsnemen.

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

Mevrouw **Buurman**:

Nee, ik heb geen vragen.

De **voorzitter**:

Oké, mooi. Dit verhoor zal worden afgenomen door de collega's Mutluer en Lammers. We hebben veel te vragen, dus laten we beginnen. Voor het eerste onderwerp geef ik graag het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Ook namens mij van harte welkom, mevrouw Buurman. Ik wil het inderdaad graag met u hebben over het begin van de pandemie, want in januari 2020 was u Chief Nursing Officer – vergeef me, ik heb geen Nederlandse benaming daarvoor kunnen vinden – maar ook hoogleraar acute ouderenzorg. Maar even naar die functie van Chief Nursing Officer bij het ministerie van VWS. Wat hield die functie nou exact in?

Mevrouw **Buurman**:

Ik was onafhankelijk adviseur van het ministerie en de ministers op het gebied van de verpleegkunde. Dat betekende dat ik gevraagd en ongevraagd advies kon geven over zaken die de verpleegkunde raakten. Die rol wordt ingevuld door iemand die ook zelf een verpleegkundige achtergrond heeft; die heb ik dus zelf ook. In die rol stond ik voor de 400.000 verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten die in

Nederland werkzaam zijn in alle sectoren van de gezondheidszorg, dus de ziekenhuizen, maar ook de verpleeghuizen, de gehandicaptenzorg, de ggz en de wijkverpleging.

Mevrouw **Mutluer**:

Het is een bestaande functie? Of werd ...

Mevrouw **Buurman**:

Het was een bestaande functie, ja. Er is ook geen Nederlandse vertaling van.

Mevrouw **Mutluer**:

We kennen het vanuit Engeland.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

U zei: gevraagd en ongevraagd advies verlenen aan, neem ik aan, de bewindspersoon van VWS. U zei ook nog: onafhankelijk.

Mevrouw **Buurman**:

Dat klopt. Ja. Dat betekende dat ik niet in dienst was van VWS. Ik vervulde deze rol voor een dag in de week, en die andere dagen was ik werkzaam als hoogleraar acute ouderenzorg aan het Amsterdam UMC.

Mevrouw **Mutluer**:

U werd in 2020 dus Chief Nursing Officer en was dus verantwoordelijk voor die adviezen, maar op enig moment in september 2020 zien we dat u een interview geeft aan het Reformatorisch Dagblad, waarin u zegt: ik moest nog wel even zoeken naar mijn rol gedurende een crisis. Kunt u dat nader toelichten?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Deze rol was een rol die al bestond op het ministerie. Het was een rol die veel meer op de achtergrond vervuld werd. Daarmee bedoel ik dat mijn collega die dit vóór mij gedaan heeft, bijvoorbeeld geen openbare adviezen uitbracht. Op dat moment was het ook geen crisis. Dus toen de crisis uitbrak, was het zoeken naar: hoe sluit ik dan goed aan bij de crisisstructuren en hoe zorg ik ook dat ik de stem van de verpleegkundigen en verzorgenden goed op het ministerie laat horen? Dat was in het begin inderdaad ook echt even zoeken, want half maart kreeg ik zelf natuurlijk ook veel telefoontjes van

verpleegkundigen en verzorgenden die wisten dat ik op het ministerie zat. Ik werd bijvoorbeeld door een verzorgende uit het verpleeghuis gebeld, die me zei: "We zitten nu in een verpleeghuis, we hebben helemaal geen middelen. Ik ben zo ongelofelijk bang dat ik dat virus naar binnen breng en dat mensen dan doordat ik dat virus naar binnen breng, komen te overlijden. Dat kan toch niet zo zijn? Kun je helpen om voldoende beschermingsmiddelen te vinden?" Of een tweede voorbeeld; er was ook een ic-verpleegkundige, die natuurlijk ook een heel grote groep patiënten hielp op de intensive cares, waarbij ik ook zag ... Zij liet mij ook weten: "Het is zo mensonwaardig hoe mensen nu komen te overlijden. We kunnen eigenlijk die heel grote stroom niet aan. Er wordt nu in de Tweede Kamer gesproken over heel veel bedden op de ic's erbij; dat kan niet. Kan jij ons helpen?"

Mevrouw **Mutluer**:

Maar u zegt in dat artikel: het was wel even zoeken naar mijn rol. Hoe zorgde u ervoor, met al die signalen die u kreeg van verpleegkundigen, dat uw positie werd verstevigd en daarmee dus ook uw invloed werd vergroot?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Dat was zoeken, in het begin. Hoe ik dat gedaan heb, is dat ik korte lijnen had met de directeurs-generaal van Curatieve Zorg en Langdurige Zorg en ook degene die over de arbeidsmarktvraagstukken ging. Daar legde ik ook die signalen neer.

Mevrouw **Mutluer**:

De heer Van Koesveld, die ...

Mevrouw **Buurman**:

Meneer Van Koesveld, mevrouw Van Diemen en ook mevrouw Kroon. Dat waren voor mij de directe contactpersonen en dat waren ook degenen bij wie ik initieel de signalen heb neergelegd. Dat leidde niet gelijk tot de mogelijkheid om bijvoorbeeld ook openbaar advies uit te brengen. Ik heb in het begin dat wel ... Ja, in die eerste maand, denk ik, is dat zoeken geweest. Dat speelde bijvoorbeeld ook voor de opschaling van de intensive cares. Ik weet nog dat dat ... Op een gegeven moment was er een motie in de Kamer, van de heer Asscher en de heer Wilders, die ging over 3.000 ic-bedden. Toen dacht ik: hoe kan dit bedacht zijn? Voor mijn gevoel was het echt wensdenken. Het klinkt heel mooi om 3.000 ic-bedden neer te zetten, maar tegelijkertijd: om dat in de praktijk te realiseren, zag ik dat dat betekende dat we drie keer zoveel ic-bedden nodig hadden als we nu hebben, en we hadden de verpleegkundigen daar gewoon niet voor. Ik dacht: er is gewoon

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

nooit met een ic-verpleegkundige gesproken hierover; dat moet anders. Dus toen heb ik daar ook tegenspraak op gegeven. Uiteindelijk heeft dat er bijvoorbeeld in geresulteerd dat ik zitting kon nemen in de opschalingsgroep van de intensive cares, die destijds door Ernst Kuipers werd geleid en ...

Mevrouw **Mutluer**:

Maar nu gaat u al ... Ik begrijp dat u die kant op wil, maar wat ik wil snappen en begrijpen is het volgende. U gaf adviezen. We hebben een aantal van die adviezen ook gezien.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat waren er niet veel, maar u bent uiteindelijk ook maar een jaar Chief Nursing Officer geweest. Mijn concrete vraag is: wat werd er nou gedaan met de adviezen die u, naar ik van u begrijp, niet aan de minister gaf, maar aan de hoogste ambtenaren van VWS?

Mevrouw **Buurman**:

Initieel heb ik de signalen bij de hoogste ambtenaren neergelegd. Het is wel zo dat de adviezen naar de ministers gingen. Ik heb advies uitgebracht na de eerste covidgolf, op 13 mei, over herstel en transitie naar de reguliere zorg. Dat ging eigenlijk over: wat gebeurt er nu, nadat die eerste crisis voorbij is? Dat is een advies dat ik heb uitgebracht. Ik heb een advies uitgebracht over meer invloed van verpleegkundigen in de hele crisisstructuur. Ik heb in die opschalingsgroep gezeten, inderdaad. Dat startte ook medio mei. Dat zijn eigenlijk drie losse adviezen, waarbij ik voor al die adviezen los zou kunnen zeggen wat daarmee gebeurd is. Ik weet niet of dat ...

Mevrouw **Mutluer**:

Had u het gevoel dat er naar de adviezen werd geluisterd, vanuit uw professie? Want u was de stem van de verpleegkundigen.

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Op een gegeven moment ... Vanaf het moment dat ik openbaar advies kon uitbrengen, dus vanaf eind april, had ik het gevoel dat daarnaar geluisterd werd.

Mevrouw **Mutluer**:

Die adviezen waren oorspronkelijk alleen maar mondeling. In uw tijd vond u

het belangrijk om die adviezen openbaar te laten zijn. Waarom was dat zo belangrijk?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, met name omdat ... Als je een mondeling advies geeft, kan ik het aan een van de ambtenaren bij VWS geven, maar dat zet nog geen beweging in het veld in gang. Soms was dat juist wel heel hard nodig. Ik vond het dus belangrijk dat het openbaar was, dat iedereen kon zien wat er werd geadviseerd en dat ook de mensen uit de praktijk daar iets mee konden, dus de verpleegkundigen en de verzorgenden, maar bijvoorbeeld ook de werkgevers of het ministerie. De adviezen gingen richting het ministerie, maar het waren niet alleen maar exclusief adviezen voor het ministerie.

Mevrouw **Mutluer**:

Die openbare adviezen gingen ook naar de Tweede Kamer.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Heeft de Kamer in uw beleving genoeg gebruikgemaakt van uw schriftelijke adviezen?

Mevrouw **Buurman**:

Ik heb wel het gevoel gehad dat de Tweede Kamer daar destijds in geïnteresseerd was. Ik ben toen ook gevraagd om bijvoorbeeld deel te nemen aan een technische briefing, en ik ben nog een keertje in de Kamer geweest voor een hoorzitting. Ik had absoluut het gevoel dat de Tweede Kamer wel geïnteresseerd was in het vraagstuk: hoe gaat het met de verpleegkundigen en verzorgenden, wat hebben zij nodig? Ik heb wel het gevoel dat daarnaar geluisterd is. Ik denk wel dat in het begin ... Ik gaf net het voorbeeld van de intensive cares. Ik denk dat dat ... Dat was echt nog in de tijd dat die stem nog niet daarin meegenomen werd. Toen merkte ik ook: dan krijg je dus vragen die bij het ministerie of bij de zorg worden neergelegd die eigenlijk niet haalbaar zijn in de praktijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar het is niet zo dat de Kamer dacht: ik ga even bellen ...

Mevrouw **Buurman**:

Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

... of ik ga contact opnemen met mevrouw Buurman naar aanleiding van een van de adviezen die u had gegeven?

Mevrouw **Buurman**:

Er zijn Kamerleden die dat wel gedaan hebben, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Over de adviezen?

Mevrouw **Buurman**:

Over de adviezen, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Toch vond u het nodig om in september 2020 een interview te geven, en dus buiten het ministerie om aandacht te vragen voor de signalen vanuit de praktijk. Waarom vond u dat toen nodig?

Mevrouw **Buurman**:

Destijds kwamen we af op de tweede golf. Misschien even ter verificatie: u bedoelt het artikel in het Reformatorisch Dagblad, hè?

Mevrouw **Mutluer**:

Ja, maar er waren waarschijnlijk meerdere momenten dat u naar buiten trad om een aantal signalen vanuit de praktijk over te brengen. Klopt dit?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, klopt, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat was dan de reden om dat te doen?

Mevrouw **Buurman**:

Ook om te laten zien: wat speelt er momenteel? In die tijd liep bijvoorbeeld het aantal besmettingen weer op. Dat was iets waar ik mij als Chief Nursing Officer zorgen over maakte. Dat was dus ook om publiekelijk de signalen te geven van: zorg wel dat je nu voldoende maatregelen neemt om te zorgen dat die hoeveelheid besmettingen niet te veel gaat oplopen.

Mevrouw **Mutluer**:

Voelde u zich wel altijd gehoord binnen het ministerie? U zegt: ik was niet in

dienst van VWS. Maar u was wel verantwoordelijk voor het gevraagd en ongevraagd verstrekken van adviezen intern.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan zit je best wel dicht bij het vuur.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Toch vond u het belangrijk, of noodzakelijk – dat weet ik niet – om via andere wegen die signalen af te geven. Hoe kwam dat?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Ik denk dat dat twee kanten op gaat. Natuurlijk laat je ook deze signalen ... Dat is niet alleen maar een signaal dat ik dan in de krant geef. Dat is natuurlijk ook een signaal dat je intern laat horen en waar je aandacht voor vraagt. Tegelijkertijd vind ik het dan belangrijk om te laten zien: wel degelijk wordt er wat met de signalen gedaan en heb ik er aandacht voor. Dat was ook publiekelijk naar de verpleegkundigen toe.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u dat ze genoeg aandacht kregen, de verpleegkundigen?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... Nee. Nou, ik denk ... Misschien als ik over de hele periode kijk ... Er zijn wel verschillende fases te onderscheiden in of ze voldoende aandacht kregen. Ik heb me in ieder geval in die hele covidperiode ingezet om de stem van de verpleegkundigen en verzorgenden meer in de crisisstructuren te laten borgen. In de eerste golf werden verpleegkundigen en verzorgenden niet goed gehoord, terwijl zij natuurlijk wel degenen waren die 24/7, dus 24 uur per dag en zeven dagen in de week, naast die patiënten en die cliënten stonden en de zorg door lieten draaien. Ik zag wat de consequentie was van het feit dat de verpleegkundigen en verzorgenden niet gehoord werden. Als u het dus over de eerste golf heeft, dan zeg ik: nee, ze werden niet goed gehoord.

Mevrouw **Mutluer**:

Laten we het gewoon over de eerste golf hebben. We gaan straks naar de andere momenten van de pandemie. Tijdens de eerste golf, zegt u, was de stem van de verpleegkundigen niet goed geregeld. U zei: de stem was niet goed geregeld of georganiseerd in de crisisstructuur.

Mevrouw **Buurman**:

Klopt.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat betreft de crisisstructuur was er wel een Outbreak Management Team. Dat had een belangrijke adviesfunctie tijdens de pandemie. Kreeg u voldoende toegang tot het OMT om de stem van de verpleegkundigen te laten horen?

Mevrouw **Buurman**:

Niet voldoende, nee, nee, nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u dat toelichten?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Wat je zag ... Het Outbreak Management Team was natuurlijk samengesteld uit virologen, uit ...

Mevrouw **Mutluer**:

Epidemiologen.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, epidemiologen en artsen. Maar wat je natuurlijk ook zag, is dat er, zeker helemaal in het begin van de crisis, überhaupt niemand van de ouderenzorg in zat. Maar er zat ook niemand met een verpleegkundige achtergrond in het Outbreak Management Team. Ik dacht eigenlijk al vanaf het begin: dat is ongeloofelijk belangrijk. Je hebt natuurlijk het virologisch-epidemiologische perspectief nodig om te zien van: goh, hoe gaat het eigenlijk met die besmettingen, hoe lopen die op en wat moeten we daaraan doen? Die kennis heb je nodig, maar je hebt zeker ook kennis van de context nodig. Daarmee bedoel ik dat je ook moet weten hoe het er in de praktijk aan toe gaat en welke soort patiënten je in een specifieke context ziet. Of dat nou op de intensive cares, in de ouderenzorg, in de gehandicaptenzorg of in de wijkverpleging is, er zitten daar ook patiënten of cliënten die zich soms met

andere signalen presenteren. Soms werken bijvoorbeeld bepaalde adviezen ook niet in de praktijk. Een heel concreet voorbeeld daarvan is dat er in het begin gezegd werd dat je 1,5 meter afstand moest houden in de ouderenzorg. Dat gaat gewoon echt niet. Ik zag dus heel duidelijk dat in het Outbreak Management Team die expertise echt ontbrak.

Mevrouw **Mutluer**:

Had u het logisch gevonden dat u lid zou worden van het OMT? Wij weten uit ons onderzoek en uit eerdere verhoren dat in het OMT veel medische expertises zaten; er zat uiteindelijk een kinderarts in en er waren een aantal leden die in de ouderenzorg werkten. Had u het zelf logisch gevonden dat u lid zou worden van het Outbreak Management Team?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ik of iemand anders met een verpleegkundige achtergrond die die expertise kon inbrengen. Het ging mij er met name om dat ook die verpleegkundige kennis, die praktijkgerichte kennis, toegevoegd werd aan het Outbreak Management Team, omdat je daarmee beleid maakt dat uitvoerbaar is in de praktijk en dat verpleegkundigen en verzorgenden het gevoel geeft: door dat beleid word ik goed beschermd.

Mevrouw **Mutluer**:

Bent u vanuit VWS benaderd om deel te nemen aan het Outbreak Management Team?

Mevrouw **Buurman**:

Ik weet dat VWS gesuggereerd heeft om mij daar deel aan te laten nemen.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe weet u dat?

Mevrouw **Buurman**:

Omdat ik daar stukken van gezien heb. Omdat die stukken opgevraagd zijn en ik die ook langs heb gekregen. Maar die heb ik pas in de afgelopen maanden langsgekregen, dus niet eerder dan dat. Maar VWS bepaalde niet wie er in het Outbreak Management Team zat; dat deed het Outbreak Management Team zelf.

Mevrouw **Mutluer**:

Weet u dan waarom het uiteindelijk niet is doorgegaan?

Mevrouw **Buurman**:

Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Wij zien inderdaad in onze stukken dat de dg Langdurige Zorg van VWS naar zijn evenknie Volksgezondheid een mail stuurt, waarin hij vraagt of het een idee is om het OMT uit te breiden met een paar mensen of om op een andere manier de focus van de infectiekant te verbreden naar de zorgkant. Wij zien ook in een verslag van een interne call binnen VWS in maart dat u zou worden toegevoegd aan het Outbreak Management Team. Vervolgens zien we dat inderdaad niet gebeuren. Maar u weet niet hoe dat kwam.

Mevrouw **Buurman**:

Dat was dan een keuze van het Outbreak Management Team, denk ik. Ik heb destijds wel nog een gesprek gehad met Aura Timen, de vicevoorzitter van het Outbreak Management Team, maar uiteindelijk heeft dat er niet toe geleid dat ik ook zitting kon nemen in het Outbreak Management Team.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u inschatten waarom daar niet voor is gekozen? Kunt u daar een beeld van vormen?

Mevrouw **Buurman**:

Nee, ik kan dat niet goed uitleggen. Ik denk dat het wel zinvol was geweest als iemand met een verpleegkundige achtergrond aan het Outbreak Management Team had deelgenomen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus ondanks de suggestie die door de dg VWS werd gedaan, zat u niet in het OMT. Maar u zat ook niet in het bestuurlijke adviesorgaan. De adviezen van het OMT werden uiteindelijk getoetst op de haalbaarheid door het bestuurlijk afstemmingsoverleg. Dat beoordeelt of de maatregelen die het Outbreak Management Team voorstelt, haalbaar en wenselijk zijn. Het lijkt me best logisch – dat kun je stellen – dat de stem van verpleegkundigen daar dan een rol in speelt. Bent u op enig moment voorgedragen als lid van het BAO?

Mevrouw **Buurman**:

Niet dat ik me kan herinneren. Dan is het denk ik wel goed om te benoemen dat ik natuurlijk bij het ministerie zat, maar tegelijkertijd ... Ik ben zelf nu ook voorzitter van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Dat weet u ook. Destijds zat Verpleegkundigen & Verzorgenden

Nederland wel in een aantal van deze crisisstructuren. Ik weet niet zeker of ze in deze zaten, maar ik denk het haast wel.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus u zegt dat u mogelijk niet bent voorgedragen als lid van het bestuurlijk afstemmingsoverleg, omdat daarin anderen zaten die ook de stem van de verpleegkundigen konden laten horen. Klopt dat?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, dat klopt.

Mevrouw **Mutluer**:

We zien op enig moment een boze brief van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, waar u dan nog geen voorzitter van bent. Dat is een mail naar VWS. Ze geven aan dat ze verbaasd en boos zijn dat "het sectoroverstijgende perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden geen plaats heeft kunnen krijgen binnen het OMT en het BAO, zeker wanneer dat verpersoonlijkt kan worden door een door VWS aangestelde Chief Nursing Officer". Kent u deze brief?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Snapt u de boosheid?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Ik kan het wel begrijpen.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom?

Mevrouw **Buurman**:

Ik had natuurlijk zelf destijds ook af en toe afstemming met de beroepsvereniging, omdat het voor mij ook een heel belangrijk gremium was om signalen uit op te halen. Dus er was de wens om de verpleegkundige expertise ook te borgen in het Outbreak Management Team. Daar hebben ze zich ook heel erg voor ingezet. Daar wist ik natuurlijk wel van. Omdat dat toen niet lukte, kan ik me deze boosheid wel voorstellen.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot slot, voordat we naar het volgende onderdeel gaan. U zei net: ik ben onafhankelijk en sta niet in dienst van VWS. Maar viel uw werk wel onder de ministeriële verantwoordelijkheid? Weet u dat?

Mevrouw **Buurman**:

Wat bedoelt u daar mee?

Mevrouw **Mutluer**:

Dat VWS uiteindelijk verantwoordelijk is voor dat wat u doet.

Mevrouw **Buurman**:

Dat durf ik niet te zeggen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat weet u niet?

Mevrouw **Buurman**:

Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel. Tot zover mijn vragen.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, op dit onderwerp niet.

De **voorzitter**:

Dan kunt u direct door naar het volgende onderwerp.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel. Dan zou ik graag met u willen gaan naar half maart 2020. Dan besluit het kabinet om verpleeghuizen en andere zorginstellingen, zoals ggz-instellingen en de gehandicaptenzorg, te sluiten voor bezoekers, om de kans op besmettingen van buitenaf te voorkomen. Kunt u ons eens vertellen hoe hoog de sterfte in de verpleegtehuizen op dat moment was, dus voor de sluiting en tijdens de sluiting?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Dan bedoelt u specifiek door corona?

Mevrouw **Lammers**:

Ja.

Mevrouw **Buurman**:

Op dat moment, half maart, was er eigenlijk nog best weinig over bekend. Op 20 maart sloten de verpleeghuizen natuurlijk uiteindelijk de deuren voor het bezoek. We hoorden destijds natuurlijk wel vanuit China, maar ook vanuit Italië, de geluiden dat ouderen extra kwetsbaar zijn voor dit virus. Hoe ouder je bent, hoe groter de kans is dat je komt te overlijden en met name: hoe kwetsbaarder je bent, hoe groter de kans is dat je komt te overlijden.

Maar zowel in China als in Italië was er eigenlijk nog heel weinig bekend over wat er gebeurde in de verpleeghuizen. In Nederland hadden we er eigenlijk ook geen data over. Ik kan me herinneren dat er überhaupt pas in april eerste data waren over de besmettingen in de verpleeghuizen. Op dat moment wisten we dat nog niet supergoed, maar het was wel bekend dat hoe kwetsbaarder mensen zijn, hoe groter de kans is om te overlijden. We zagen toen dat als mensen die kwetsbaarder zijn, corona krijgen, dan ongeveer 20% van deze groep komt te overlijden. Als mensen nog kwetsbaarder zijn, neemt die kans eigenlijk toe. Het was dus wel gelijk een hele grote zorg dat er een grote kans is dat het in de verpleeghuizen misschien nog wel echt hoger ligt, maar ook wel: wat gaan we er dan ook in Nederland aan doen? Hoe zorgen we dat we de meest kwetsbare mensen beschermen? Dat was natuurlijk ook een van de doelstellingen van het kabinet.

Om dus concreet antwoord te geven op uw vraag: toen, half maart, wisten we dat nog niet. Later werd dat wel bekend, omdat er nieuwe cijfers kwamen. Toen zagen we dat ongeveer een derde van de mensen die in het verpleeghuis lagen, opgenomen waren en corona kregen, kwam te overlijden.

Mevrouw **Lammers**:

Dat wist u pas toen u die cijfers kreeg? Daarvoor had u nog geen signalen?

Mevrouw **Buurman**:

Nee. Nou, alleen dus dat het virus de meeste impact had op hele kwetsbare mensen, in de vorm van overlijden.

Mevrouw **Lammers**:

Wat voor effect had dat op het verplegende personeel? Die sluiting, bedoel ik dan.

Mevrouw **Buurman**:

Die was ongeloofelijk ingrijpend, want het is natuurlijk het ... Er zaten twee kanten aan, want op dat moment waren er eigenlijk bijna geen beschermingsmiddelen in de verpleeghuizen. Je wist dus wel: je moet iets doen om te zorgen dat dat virus het huis niet binnenkomt. De beste manier – dat werd destijds gedacht – is dan om de verpleeghuizen te sluiten, want dan komen bezoekers niet binnen en is de kans op introductie van dat virus in ieder geval een heel stuk kleiner. Tegelijkertijd is dat natuurlijk ook ongeloofelijk ingrijpend geweest. Het betekende dat familie niet binnenkwam en dat mensen in die periode van zes weken – ik denk dat het zes weken dicht is geweest – heel erg achteruit zijn gegaan. Het legde ook een hele erge belasting op de verpleegkundigen en de verzorgenden die daar werkten, omdat familieleden natuurlijk wel heel vaak belden. Wat ik daar heel erg van heb onthouden, zijn de zorgen die bijna alle verpleegkundigen en verzorgenden hadden: breng ik het virus dan niet mee naar binnen, want ik ga natuurlijk wel gewoon ... Zij zeiden: "Ik ga wel naar huis. Als ik dan weer kom werken, zorg ik er dan niet voor dat ik dat virus naar binnen breng? Zorg ik er dan niet voor dat mensen door mij komen te overlijden?" Er was dus wel gewoon angst. Het was zo ingrijpend dat de familie niet langs mocht komen en dat mensen achteruitgingen. Ik zie dat als een hele ingrijpende periode in de zorg.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe was dat bij andere zorginstellingen die dichtgingen, bijvoorbeeld bij ggz-instellingen of in de gehandicaptenzorg?

Mevrouw **Buurman**:

Bij de gehandicaptenzorg weet ik nog wel ... Ik probeerde ook door gesprekken met verpleegkundigen en verzorgenden in beeld te krijgen wat daar speelde. Ik weet ook nog heel goed dat er geen dagbesteding was, dus mensen konden niet de dagbesteding doen die ze normaal hadden. Dat was dan in de gehandicaptenzorg. Daar speelde ook mee dat je natuurlijk ook lang niet altijd goed kan uitleggen waarom mensen nou binnen moeten

blijven. Wat ik dus terug heb gehoord, is dat je een bepaald soort gedrag zag en dat het moeilijker was om mensen in die dagstructuur te houden. Je zag soms bijvoorbeeld ook wat meer agressie, juist omdat de hele structuur, die zo belangrijk is voor mensen, wegviel. Als er dan covid was en mensen geïsoleerd moesten worden, was het soms ook heel moeilijk uit te leggen waarom je dan tien dagen op je kamer moest blijven. Dat gaf soms ook echt onrust.

Mevrouw **Lammers:**

Kunt u ons vertellen wat voor effect dat had op de lichamelijke en mentale gezondheid van de bewoners van deze instellingen?

Mevrouw **Buurman:**

Ik denk dat die impact echt heel groot is geweest. Dat hebben we natuurlijk uiteindelijk ook gezien, maar op dat moment weet je natuurlijk niet gelijk wat het voor invloed heeft. Bij de verpleeghuizen is daar toen ook, weet ik door collega-hoogleraren, onderzoek naar gedaan toen de verpleeghuizen hun deuren weer openden en familie weer op bezoek mocht komen. Dan vertelde familie ook: mijn moeder herkent me nu niet meer. Die periode van zes weken zou voor u en mij een hele korte periode zijn – als ik iemand na zes weken weer zie, is dat prima – maar als je dementie hebt en je ziet iemand dan zo lang niet ... Mensen zitten ook in de laatste fase van hun leven, dus je wil de kwaliteit eigenlijk goed houden. Dat heeft gewoon hele grote impact gehad. Er zat ook een andere kant aan. Ik heb ook vaker van verpleegkundigen en verzorgenden teruggehoord dat het voor sommige mensen ook juist heel rustig was, omdat er heel weinig mensen in en uit kwamen. Voor sommige mensen was dat ook juist wel goed.

Mevrouw **Lammers:**

Waren er ook verschillen tussen de verschillende verpleeghuizen en tussen verpleeghuizen en andere zorginstellingen, zoals dus de ggz of de gehandicaptenzorg?

Mevrouw **Buurman:**

Omdat ik zelf hoogleraar ouderenzorg ben, heb ik gewoon iets meer een beeld van wat er in de ouderenzorg gebeurd is. Uw vraag was of er verschillen ...

Mevrouw **Lammers:**

Mijn vraag was of er verschillende signalen zijn of dat u verschillende

signalen heeft gekregen van bijvoorbeeld de verpleeghuizen en andere zorginstellingen.

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat dit bij allemaal wel speelde, zeker bij de gehandicaptenzorg en de verpleeghuizen. Het bezoek en mensen binnen laten komen, draagt natuurlijk gewoon bij aan de kwaliteit van leven en aan de dagstructuur. In die zin zitten daar wel echt gelijkenissen tussen. Ik denk dat het ook vergelijkbaar is in de zin van: kan je mensen goed instrueren en uitleggen waarom je bepaalde maatregelen neemt? Dat was in beide gevallen soms echt heel erg lastig. Bedoelt u ook nog of er verschillen waren tussen verschillende verpleeghuizen?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, sorry, tussen verpleeghuizen en andere instellingen.

Mevrouw **Buurman**:

O, ja. Nee, nee. Ja. Ja.

Mevrouw **Lammers**:

Naarmate die sluiting voortduurde, kwamen die signalen sterker naar voren. Vindt u eigenlijk dat de voor- en nadelen van die sluiting op een goede manier zijn afgewogen door het kabinet?

Mevrouw **Buurman**:

Ik was zelf niet bij de besluitvorming betrokken over het sluiten van de verpleeghuizen. Op dat moment kon ik het me wel heel goed voorstellen, omdat er helemaal geen beschermingsmiddelen waren. Je kon het virus dus niet buitenhouden. We wisten natuurlijk niet precies wat er in de verpleeghuizen ging gebeuren, want, zoals ik net al zei, we hadden die informatie toen nog niet. Je wist wel dat het een hele grote impact zou hebben, zeker op de kwetsbare mensen die natuurlijk in de verpleeghuizen woonden. Op dat moment kon ik wel begrip hebben voor die besluitvorming. Ik denk dat je misschien andere keuzes zou maken als je er nu op terugkijkt, maar op dat moment, zonder dat die middelen er waren, kon ik het me goed voorstellen.

Mevrouw **Lammers**:

Hadden die negatieve effecten, zoals vereenzaming, volgens u al eerder mee moeten worden genomen? Hadden die zwaarder moeten wegen bij het besluit om die verpleeghuizen te sluiten?

Mevrouw **Buurman**:

Op het moment dat je nu weer voor die keuze zou staan en je voldoende beschermingsmiddelen hebt, zou ik nooit meer de keuze maken om het verpleeghuis te sluiten. Dat was op dat moment alleen niet de situatie. Op dat moment dacht ik dus zelf ook dat het de goede keuze was. Als je nu weer in een nieuwe crisis zou zitten en je die besluiten weer moet nemen, dan zou ik daar anders naar kijken, zeker op het moment dat er geen schaarste aan beschermingsmiddelen is.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. In de persconferentie van half maart, waarin de sluiting wordt aangekondigd, geeft minister De Jonge aan dat er voor mensen in de stervensfase een uitzondering kan worden gemaakt. Was het eigenlijk voor alle instellingen duidelijk dat er zo'n uitzondering kon worden gemaakt?

Mevrouw **Buurman**:

Ik had niet het idee dat dat overal duidelijk was. Ik denk niet dat het zo geweest is dat het overal kon, dat het in de praktijk overal gebeurde dat familie bij het sterven kon zijn. Ik heb echt heel veel verhalen gehoord van die IC-verpleegkundigen, zoals ik net ook vertelde, maar zeker ook van het verpleeghuis, dat er echt heel vaak situaties waren waarin je geen afscheid meer kon nemen of niet bij het overlijden kon zijn. Er waren, denk ik, huizen die het wel deden, maar dat varieerde over het land heen.

Mevrouw **Lammers**:

Waar lag het volgens u aan dat dat niet bij al die verpleeghuizen, al die instellingen, bekend was?

Mevrouw **Buurman**:

Dat zou ik niet durven zeggen. Dat heb je ook met het gebruik van mondklappers gezien: sommige huizen volgden gewoon niet ... Die waren soms burgerlijk ongehoorzaam en dachten: we maken ons eigen beleid. Ik denk dat dat ook bij het sterven het geval is geweest, ja.

Mevrouw **Lammers**:

Waren volgens u ook andere uitzonderingen nodig geweest?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... U bedoelt om bezoekers ook echt toe te laten?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, bijvoorbeeld in een ggz-instelling of in een instelling met mensen met een verstandelijke beperking, waar u net ook al aan refereerde; mensen aan wie je niet goed kunt uitleggen waarom zij geen bezoek krijgen. Dat soort gevallen.

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Wat natuurlijk speelt, is dat het heel belangrijk is voor iemand om iets bekends, een vast gezicht te kunnen zien in zo'n bedreigende situatie met een lockdown en een virus, een situatie waarin dingen gebeuren en structuren wegvallen. Dan geldt dus weer: met de kennis van nu zou ik nooit meer die keuzes maken. Ik heb dat besluit ook niet genomen, maar nu zou je dat denk ik ook niet meer doen en zou je veel meer per regio kijken wanneer je het wel of niet zou willen doen. Maar in de eerste golf kon ik me wel voorstellen dat die keuze gemaakt is.

Mevrouw **Lammers**:

Denkt u achteraf gezien dat er voor die groep te weinig aandacht is geweest? Er werd natuurlijk heel veel gezegd over de verpleeghuizen, maar vindt u dat er te weinig aandacht is geweest voor alle andere instellingen?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ik vind dat ... Het is natuurlijk veel over de intensive cares gegaan, ook omdat er natuurlijk echt gestuurd werd op het aantal mensen op de intensive cares. Op basis daarvan werd gekeken of het houdbaar was en werden er maatregelen genomen. Voor de verpleeghuizen is er uiteindelijk meer aandacht gekomen, en ik denk dat de gehandicaptenzorg, de wijkverpleging, de openbaregezondheidszorg, de ggz, sectoren waren waar relatief weinig aandacht naartoe ging. In de loop van de crisis zag je dat zeker in de ggz de mentale problemen toenamen. Dus daar is in verhouding veel minder aandacht naartoe gegaan.

Mevrouw **Lammers**:

Oké, dank u wel. Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Mutluer**:

Alleen nog één vraag. Die heeft betrekking op een enorm dilemma, zeker als je het besluit neemt om de verpleeghuizen en andere instellingen te sluiten.

Je wilt niet dat het virus in zo'n verzorgingshuis komt. Dus je sluit het voor bezoekers. Aan de andere kant heeft het neveneffecten, bijvoorbeeld eenzaamheid. Ik herinner me dat de heer Gommers in zijn verhoor aangaf dat hij het heel naar had gevonden dat mensen heel eenzaam in de ic zijn gestorven. Zijn dat soort beelden bij u ook bekend ten aanzien van verzorgingshuizen?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, absoluut. Het kwam veel voor dat familie rond het overlijden ... Veel mensen kwamen uiteindelijk te overlijden in de verpleeghuizen. Soms was in twee weken tijd een derde van de afdeling overleden. Dat was echt ongelooflijk ingrijpend voor de familie maar ik vond het ook heel heftig voor de mensen zelf – je bent oud en kwetsbaar, en je hebt geen vertrouwde gezichten om je heen – en voor de mensen die er op de afdeling werkten. In de verpleeghuiszorg bouw je een band op met mensen; ze wonen een tijd bij je, dus als er dan in één keer ... Je wil als verpleegkundige iets betekenen. Een van de dingen die je op zo'n moment als verpleegkundige kan betekenen is het einde menselijk maken. Daar hoort familie bij, voldoende aandacht – en dat je een warme hand op iemand legt. Maar ook dat kon je niet doen, want je had handschoenen aan. Dus ja, ik denk dat dat bij heel veel mensen een grote kras op de ziel heeft achtergelaten, zowel bij familieleden als bij de verpleegkundigen en verzorgenden.

Mevrouw **Mutluer**:

Is er in uw beleving soms te restrictief omgegaan met die uitzondering op dat bezoekersverbod?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat als mensen in de laatste levensfase zitten, je er ruimte voor moet geven. Ja, het was dus misschien te restrictief.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik wilde ook nog even over die laatste levensfase doorvragen. Want die uitzonderingsmogelijkheid was er. U geeft ook aan dat het niet altijd overal is toegepast. Had dat voorkomen kunnen worden?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... Ik denk dat dat te maken heeft gehad met de communicatie, of dat

voldoende gecommuniceerd is. Ik denk dat dat het belangrijkste is op het moment dat zo'n uitzondering geboden wordt. In die tijd was het natuurlijk zo dat dagelijks de richtlijnen veranderden, wat je wel en niet mocht doen. Het is natuurlijk wel iets heel fundamenteels. Ik denk dat dat te maken heeft gehad met de vraag of dat goed gecommuniceerd is: wisten alle verpleeghuizen dat, wisten alle afdelingen dat dan, werd dat ook uitgedragen door een raad van bestuur en was dat ook in de organisatie goed gecommuniceerd?

De **voorzitter**:

Is dat voldoende gecommuniceerd?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, zoals ik net zei: ik heb er vaker verhalen over gehoord dat mensen wél alleen moesten sterven. Ik denk dus niet dat dat voldoende is gecommuniceerd, omdat niet iedereen wist dat die uitzondering er was.

De **voorzitter**:

Hoe zou dat voor een eventuele volgende keer beter gecommuniceerd kunnen worden?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat dan via de branchevereniging van de verpleeghuizen zou moeten gaan, dus Actiz. Wij zouden daar ook als beroepsvereniging een rol in kunnen spelen, omdat wij dan vanuit de verpleegkundigen en verzorgenden daarover kunnen informeren. Dan heb je het in ieder geval van twee kanten: vanuit het bestuurlijk en meer vanuit de praktijk. Dat zou je natuurlijk ook bij een persconferentie kunnen doen. Dan zou je dat dus op meerdere manieren moeten communiceren.

De **voorzitter**:

En dat is toen niet gebeurd?

Mevrouw **Buurman**:

Ik durf dat niet voldoende ... Ik denk dat dat niet voldoende is gebeurd, omdat het in de praktijk dus niet zo was dat er altijd familie was als bewoners overleden.

De **voorzitter**:

Oké, dank voor uw toelichting. Dan kunnen we naar het volgende onderwerp, en daarvoor geef ik graag het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

U had net al aangehaald dat verpleeghuizen dicht moesten vanwege gebrek aan beschermingsmiddelen. Ik wil bij dit onderdeel met u duiken in het gebruik van die beschermingsmiddelen en het testen in de verpleeghuizen. We zien in ons onderzoek dat u eind maart 2020 aan de heer Van Koesveld – dat is de directeur-generaal Langdurige Zorg van VWS – het signaal afgeeft dat het voor verpleeghuizen moeilijk is om aan beschermingsmiddelen te komen. Een dag later geeft u ook nog aan dat voor wat betreft de ggz die middelen hen niet of nauwelijks bereiken, terwijl het daar ook speelt, en er soms geen goede mogelijkheden zijn om te isoleren. Waarom vond u het nodig om dat signaal af te geven?

Mevrouw **Buurman**:

Omdat het een signaal was dat ik kreeg van verpleegkundigen en verzorgenden. Een van de belangrijke dingen is: je staat als verpleegkundige en verzorgende letterlijk heel dicht bij een patiënt, cliënt, bewoner. Het is dan ook heel belangrijk dat je goed beschermd je werk kan doen. Deels is dat bescherming voor jezelf, als je met covidpatiënten werkt, zodat je zelf niet ziek werd, maar het was in de verpleeghuizen ook vaak zo dat verpleegkundigen en verzorgden zich er zorgen over maakten dat zij zelf het virus mee naar binnen namen. Eigenlijk was het dus beide kanten op belangrijk dat die bescherming goed was. Ik was overigens niet de enige die dat signaal gaf, maar ik vond het belangrijk om het wel te laten horen, omdat het noodzakelijk was dat die bescherming wel geregeld werd.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat gebeurde er uiteindelijk met het signaal dat u afgaf richting de heer Van Koesveld van VWS?

Mevrouw **Buurman**:

Ik meen dat daar destijds telefonisch contact over is geweest. Er was destijds heel veel schaarste, dus als ik destijds naar de richtlijnen keek, zeg maar ... Dus wat gebeurde ermee? Ik heb contact gehad met de heer Van Koesveld, maar destijds was er ook enorme schaarste. Dat werd aan heel veel tafels ook benoemd, dus ik weet dat dat ... De beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde, Verenso, heeft dat ook aangegeven, dus we probeerden dat vanuit verschillende kanten te beïnvloeden, maar voor mij was het belangrijk dat dat signaal er kwam en dat er ook op gehandeld zou worden.

Mevrouw **Mutluer**:

Even voor mijn helderheid: wij hebben ook een verhoor met de heer Van Koesveld gehad en hij gaf aan dat het tekort aan beschermingsmiddelen geen bepalende factor was voor het sluiten van de verzorgingshuizen et cetera voor bezoek. U gaf net iets anders aan. U zei: die schaarste speelde wel een rol. Kunt u dat nader duiden?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, letterlijk ... Als ik kijk naar de beschermingsmiddelen en de verdeling ervan ... Dat kwam bijna niet in de verpleeghuizen terecht. Op grond van de signalen die ik erover kreeg, was het vrij duidelijk dat er in de praktijk in ieder geval niet gevoeld werd dat er voldoende middelen waren.

Mevrouw **Mutluer**:

Nee, maar ik probeer te snappen of de schaarste heeft bijgedragen aan de sluiting of dat die een hele belangrijke reden was voor de sluiting.

Mevrouw **Buurman**:

O, oké. Ik denk ... Mijn inschatting is ...

Mevrouw **Mutluer**:

Was het dé reden?

Mevrouw **Buurman**:

Ik weet niet of het dé reden was, maar mijns inziens heeft het zeker meegewogen in de keuze om dat te doen, omdat je anders die bewoners niet kon beschermen.

Mevrouw **Mutluer**:

Uiteindelijk, op 13 april, klimt u in de pen met drie andere collega-hoogleraren. U schrijft een brief met twee aanbevelingen aan het OMT, over testen en beschermingsmiddelen in verpleeghuizen. De eerste aanbeveling die u doet, is: een brede toepassing van beschermingsmiddelen voor alle medewerkers. De tweede aanbeveling is: breed testbeleid voor medewerkers en voor verpleeghuisbewoners. U wordt uitgenodigd om op 14 april de brief die u met drie andere collega's heeft geschreven in het OMT toe te lichten. Kunt u uitleggen waarom u uiteindelijk deze aanbevelingen deed?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. We hadden het er net al even over met uw collega Lammers. Waren er cijfers of iets dergelijks bekend? Half maart was dat nog niet zo, maar

richting eind maart werd een van de eerste publicaties gepubliceerd, van een verpleeghuis uit Amerika. In dat verpleeghuis was in beeld gebracht hoe zo'n verspreiding van covid in een verpleeghuis gaat en wat dan de consequenties zijn van de verspreiding van covid. Wat we toen zagen, wat in die publicatie stond, zijn een aantal dingen. Ze zagen dit: het virus kwam binnen en bijna alle bewoners van dat verpleeghuis werden vervolgens besmet. Dat had ermee te maken dat het heel moeilijk is om in het verpleeghuis mensen goed te instrueren om bijvoorbeeld 1,5 meter afstand te houden; isoleren is ook moeilijker. Je zag: de omstandigheden maakten in ieder geval dat het virus rondging, maar ook dat ... Het waren natuurlijk hele kwetsbare mensen. Ze zagen dat ongeveer een derde van deze bewoners kwam te overlijden. Ik weet nog heel goed dat ik die publicatie las, ongelooflijk schrok en dacht: dat verpleeghuis in Amerika is niet anders dan een verpleeghuis dat we in Nederland hebben, dus het is heel aannemelijk dat we dat in Nederland ook krijgen. Wat ze ook zagen, en daar was heel veel discussie over in Nederland: ben je besmettelijk voordat je gaat hoesten en koorts krijgt? Dat is de presymptomatische besmetting: ben je, voordat je klachten krijgt, al besmettelijk? In Nederland was toen eigenlijk de gedachte: nee, je bent dan niet besmettelijk. Je bent pas besmettelijk op het moment dat je echt die klachten krijgt. Daar werd gezien dat er wel degelijk presymptomatische besmetting is.

Wat er ook nog speelt – dat is ook iets wat ik uit Nederland ken en überhaupt ken door mijn werk als hoogleraar ouderenzorg – is dat op het moment dat mensen kwetsbaarder worden, ze vaak heel andere symptomen krijgen dan de typische symptomen. Als wij corona krijgen, dan hoesten we, krijgen we koorts en niezen we, maar bij ouderen is er vaak een atypische presentatie van ziekte. Dat betekent dat mensen bijvoorbeeld verward raken of vallen, maar niet de typische symptomen hebben. Met die collega-hoogleraren heb ik toen samengevat wat er in dat Amerikaanse verpleeghuis was gebeurd. Op basis daarvan heb ik dat advies geschreven, want ik was er vrij zeker van dat dit, als het in Amerika in een verpleeghuis gebeurde, ook in Nederland zou gebeuren.

Mevrouw **Mutluer**:

Vonden jullie met z'n drieën dat er op dat moment onvoldoende rekening werd gehouden met al die punten die u net noemde, over de kwetsbaarheid, over de "asymptotische" ziekte... Ik moet het even goed zeggen.

Mevrouw **Buurman**:

Atypische ziektepresentatie.

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

Mevrouw **Mutluer**:

Exact, dank. Mensen konden dus ziek worden zonder koorts te krijgen en zonder te hoesten. De eigenschappen hoefden niet altijd heel erg zichtbaar te zijn. Vond u dat er in het beleid op dat moment voldoende rekening mee werd gehouden?

Mevrouw **Buurman**:

Nee, daar werd geen rekening mee gehouden. Als je naar de richtlijnen kijkt rondom het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen ... In dit geval gaat het dan over het testen. Het testen was gebaseerd op de typische symptomen van covid. Überhaupt was de gedachte dat het niet presymptomatisch kon zijn. Het idee was dat dat niet plaatsvond. In de ouderengeneeskunde of breed in de ouderenzorg is er kennis over een atypische ziektepresentatie. Ik noemde net verwardheid of vallen. Collega's in de ouderenzorg vonden het dus heel logisch dat het zo zou zijn. Maar op dat moment was het geen onderdeel van de richtlijnen. Wat er ook mee te maken had, is dat pas eind maart – als ik het goed zeg – Nienke Nieuwenhuizen werd toegevoegd aan het OMT als specialist ouderengeneeskunde. Zij was destijds de enige. Dan is het ook heel moeilijk om dat beleid te veranderen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar goed, u geeft die presentatie namens de andere drie collega's, niet als Chief Nursing Officer.

Mevrouw **Buurman**:

Nee, klopt.

Mevrouw **Mutluer** (PRO):

Herkenden de OMT-leden uw uitleg?

Mevrouw **Buurman**:

U moet zich voorstellen dat je dan tien minuten hebt. Deze notitie hadden wij, als ik het goed zeg ... 14 april was dan een maandag. Dan had ik die in het weekend ook al naar VWS gestuurd, met de vraag: hé, ik wil dit graag agenderen in het Outbreak Management Team. Het lukte uiteindelijk zondagavond om dat voor elkaar te krijgen. Dan werd het maandagochtend besproken. Maar in die tijd stonden er ongelofelijk veel onderwerpen op de agenda, dus uiteindelijk heb je tien minuten om dat toe te lichten. Ik denk niet dat de urgentie op dat moment voldoende gevoeld werd, of – dat kan ik

ook zeggen – dat wij dat voldoende hebben kunnen overbrengen. Dat durf ik niet te zeggen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar de urgentie heeft u niet gevoeld. Waar bleek dat uit?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, omdat toen niet gelijk gezegd werd: wij nemen uw aanbevelingen over. Wij kregen de vraag: werk ze verder uit en zorg dan dat je daarna terugkomt.

Mevrouw **Mutluer**:

We zien dat er die dag een advies van het OMT komt. Sloot dat advies aan bij uw aanbevelingen?

Mevrouw **Buurman**:

Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom niet?

Mevrouw **Buurman**:

Omdat dat ... Hier speelt natuurlijk ... U doelt denk ik op de zin die ...

Mevrouw **Mutluer**:

Ik kan 'm voorlezen. Het advies van het OMT op 14 april zegt: "Het uit voorzorg gebruiken van beschermingsmiddelen bij patiënten die geen (verdenking op) COVID-19 hebben is niet nodig en gelet op de aanhoudende schaarste aan die beschermingsmiddelen ook niet gewenst." Niet nodig, niet gewenst: dat stond in het advies van het OMT. Sloot dat aan bij uw aanbevelingen, is dan mijn concrete vraag.

Mevrouw **Buurman**:

Nee. Wij hebben die dag drie aanbevelingen gedaan. Eén was: als je één besmetting hebt, zorg dan dat je in het hele verpleeghuis preventief mondkaskergebruik inzet, dus niet alleen op de afdeling waar de covidpatiënten zijn maar in het hele huis. Dat was omdat wij vanuit de studie in Amerika al gezien hadden dat de kans dat het een grote uitbraak zou worden echt aanwezig was. Dus zorg dat je mensen, de medewerkers, goed beschermt. De tweede aanbeveling was: zorg dat je beter test. Er waren op dat moment ook bijna geen ... De testcapaciteit was destijds zeer beperkt

in de verpleeghuizen. Dus zorg dat je dat breder maakt, want dan breng je ook in beeld waar de besmettingen zitten en wie er besmet is. Dan kun je maatregelen nemen. De derde aanbeveling was: zorg dat er ook breder testbeleid is voor medewerkers. Dat was dus een ander advies. De conclusie van het OMT was dat die aanbevelingen niet gelijk overgenomen zouden worden, maar die was anders dan de aanbeveling die u net voorlas.

Mevrouw **Mutluer**:

Denkt u dat Verenso en ActiZ, als vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en als brancheorganisatie van zorgorganisaties, nog een rol hebben gehad in dit advies? Hebben ze input gehad? Heeft u dat gehoord?

Mevrouw **Buurman**:

Bedoelt u in mijn advies, of in wat er ...

Mevrouw **Mutluer**:

In het advies van het OMT, bedoel ik.

Mevrouw **Buurman**:

Nee. Nou, dat weet ik niet. Dan moet ik deze twee even uit elkaar splitten. Van Verenso weet ik zeker dat ze deze aanbeveling die u net voorlas niet steunden, want Nienke Nieuwenhuizen was ook heel erg pro deze aanbevelingen, dus de aanbevelingen die wij hadden gedaan vanuit de ouderenzorg. Even kijken hoor. Van ActiZ weet ik ... Door onderzoek van Nieuwsuur heb ik gezien dat daar wel beïnvloeding is geweest. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

U had zelf die signalen destijds niet gehoord?

Mevrouw **Buurman**:

Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Op 13 april wordt vervolgens de wijze van verdelen van mondkapjes ook aangepast. Een verpleegkundige in de thuissituatie, een verpleeghuis of een ggz-instelling die een bepaalde handeling verricht, kan op dat moment, als die verdeling er komt, over dezelfde beschermingsmiddelen beschikken als een verpleegkundige die dat doet in een ziekenhuis. Vanaf dat moment gaan er ook meer mondkapjes naar de verpleeghuizen. Loste die nieuwe verdeling

in uw beleving het probleem op van de beschikbaarheid van die mondkapjes voor zorgverleners buiten het ziekenhuis?

Mevrouw **Buurman**:

Zou u nog één keer willen herhalen op welke datum dit was?

Mevrouw **Mutluer**:

Ergens in april, de 13de, om precies te zijn, zien we in ons onderzoek dat de verdeling anders wordt geregeld en dat ook verpleeghuizen iets meer mondkapjes krijgen dan aanvankelijk werd gedaan. Mijn vraag is of dat het probleem oploste van de beschikbaarheid van mondkapjes voor de zorgverleners in de verpleeghuizen.

Mevrouw **Buurman**:

Die verdeelsleutel werd beter. Wat ik wel terughoorde, is dat er dan iets meer middelen waren. Dat was een verdeelsleutel tussen de ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de wijkverpleging. Het regionaal orgaan acute zorg had dat soort afspraken gemaakt in de regio. Het loste het misschien een beetje op, maar het loste het nog niet op op de manier ... Wij hadden natuurlijk destijds het advies gegeven om het echt veel breder in te zetten. Dat was nog niet opgelost, want destijds was de richtlijn om het niet preventief in te zetten.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat vond u ervan dat die richtlijnen toch aangaven dat het niet breder mocht worden ingezet?

Mevrouw **Buurman**:

Frustrerend, niet zozeer voor mezelf, maar met name voor de mensen die in de praktijk werkten. De angst was nog niet weggenomen. De gegevens uit Amerika lieten eigenlijk zien dat het gewoon nodig was. Uiteindelijk heeft dat ertoe geleid dat ik samen met een collega-hoogleraar onderzoek heb gedaan naar de verspreiding van covid in Nederland, om ervoor te zorgen dat die richtlijnen uiteindelijk wel werden aangepast. Maar dat is pas begin september echt zo gebeurd op die manier, met preventief gebruik van mondkapjes in de verpleeghuizen.

Mevrouw **Mutluer**:

Er werd in die richtlijnen ook aangegeven: ook bij vluchtig contact.

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Dat was ook nog verschillend tussen de ziekenhuizen en ... Met die richtlijnen wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten het ziekenhuis. Dus wij doen ons werk eigenlijk binnen de 1,5 meter. Dat is gewoon de aard van ons vak, zeg maar, om dichtbij zorg te leveren. Binnen het ziekenhuis gebruik je bij een verdenking van covid een chirurgisch mondmasker of een extra beschermend FFP2-mondmasker. Het maakte niet uit wat je deed, maar als je zo'n kamer binnenging, deed je een mondmasker op. Buiten het ziekenhuis waren de richtlijnen, in ieder geval nog tot en met de zomer van 2020, dat je vluchtig contact mocht hebben. Dus in het verpleeghuis, in de wijkverpleging of in de gehandicaptenzorg mocht je dan de kamer binnen. Dan mocht je medicatie geven. Ook bij iemand die met covid besmet was, was dat vluchtige contact als dat binnen vijf minuten ... Daarbij hadden wij zelf al het gevoel: hoe kan dat verschillend zijn? Het is hetzelfde virus, maar de richtlijnen zeggen iets anders voor het ziekenhuis en daarbuiten.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u die vraag zelf beantwoorden? Hoe kon het zo verschillend zijn? In het ziekenhuis bij vluchtig contact wel een mondkapje, terwijl in het verpleeghuis bij vluchtig contact een mondkapje niet nodig was. Dat stond in de richtlijn tot 17 augustus 2020.

Mevrouw **Buurman**:

Nee, dat kan ik niet uitleggen.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u het verantwoord?

Mevrouw **Buurman**:

Ik vond het niet verantwoord.

Mevrouw **Mutluer**:

Heeft u dat kenbaar gemaakt? In een brief of op een andere wijze?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Ja. In ... Ik zit even na te denken. Toen wij dat advies hadden gegeven in het Outbreak Management Team zijn wij nog een paar keer met die uitwerking bezig geweest. De beroepsvereniging, waar ik nu voorzitter van ben, heeft dat heel vaak benoemd en heeft geprobeerd om het uit de

richtlijnen te krijgen. Zij hebben dat heel veel gedaan en ik heb dat ook ondersteund.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik ben verbaasd. Op 13 april wordt die oproep gedaan en dan duurt het tot 17 augustus 2020 totdat die richtlijnen worden veranderd en aangepast. Vandaar mijn vraag wat u in de tussentijd eventueel nog voor inspanningen heeft gepleegd om dat te laten wijzigen.

Mevrouw **Buurman**:

We kwamen toen uit de eerste golf. Voor mij was het allerbelangrijkste om ... Voor mij was duidelijk: wil ik het veranderd krijgen – nou ja, ik, maar willen we het überhaupt veranderd krijgen – in Nederland, dan moeten we dat onderzoek doen en moeten we laten zien dat de situatie in Amerika niet anders is dan de Nederlandse situatie. Dus ik heb me vooral heel erg gefocust op ervoor zorgen dat voor de tweede golf – want we wisten dat die eraan zat te komen – dat onderzoek gedaan werd. Dat is uiteindelijk ook gelukt. U zegt 17 augustus. Ik dacht zelf dat het ietsje later was, maar ...

Mevrouw **Mutluer**:

Het was 17 augustus volgens onze ...

Mevrouw **Buurman**:

O, oké, ja. Om toen de richtlijn aangepast te krijgen ... Het ging toen ook gepaard met preventief mondkmaskergebruik in de hele zorg. Dat was echt een gamechanger, omdat dat destijds nergens was.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik heb zelf geen aanvullingen. Collega Lammers kan door naar het volgende onderwerp, tenzij ze nog aanvullingen heeft.

Mevrouw **Lammers**:

Nee, ik heb ook geen aanvullingen op dit punt.

Ik zou toch nog even graag met u door willen gaan op de adviesbrief die net al is besproken, die u samen met drie collega-hoogleraren stuurde aan het OMT. De Tweede Kamer wil ook graag dat u die brief komt toelichten op een technische briefing, maar u krijgt daarvoor geen toestemming van het

ministerie van Volksgezondheid en Sport. De brief wordt ook, ondanks een verzoek van de Kamer, niet vrijgegeven. Waarom was dat, denkt u?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... Ik vind het heel moeilijk om dat te beantwoorden. Ik meen dat er destijds inderdaad een vraag lag om een technische briefing te doen. Ik weet dat de voltallige Tweede Kamer dat graag wilde, dat het tot twee keer toe gevraagd is en dat daar toen "nee" tegen werd gezegd. Deze vraag kan ik moeilijk beantwoorden, omdat ik alleen maar kan speculeren. Ik vind het dus eigenlijk een vraag voor de minister om te beantwoorden.

Mevrouw **Lammers**:

Uit ons onderzoek is het volgende gebleken. De minister heeft twee brieven gestuurd aan de Kamer. Daarin zegt hij: "Deelname van mevrouw Buurman aan een technische briefing is op dit moment niet opportuun, omdat het onderzoek naar de besmettingsgraad, transmissie en clustering in de verpleeghuizen, dat mevrouw Buurman uitvoert, nog niet is afgerond." Wat is uw reactie daarop?

Mevrouw **Buurman**:

Dan had ik alsnog een technische briefing kunnen geven. Je kan ook vertellen over de situatie in het buitenland en hoe die zich vertaalt naar Nederland. Ik denk dus dat er destijds wel degelijk mogelijkheden waren om een technische briefing in te vullen.

Mevrouw **Lammers**:

Dan blijft bij mij toch nog de volgende vraag hangen. U schreef die brief als hoogleraar, en niet als Chief Nursing Officer. Waarom kon u eigenlijk niet als onafhankelijk hoogleraar naar de Kamer, volgens u?

Mevrouw **Buurman**:

Uiteindelijk ben ik ook naar de Kamer gegaan, maar de Kamer heeft toen gezegd: in plaats van een technische briefing wordt het een hoorzitting. Volgens mij is dat het eigen instrument van de Tweede Kamer. Ik ben dus ook wel gegaan als hoogleraar en als Chief Nursing Officer. Ik heb de Kamer toen ook – ik geloof dat het zo'n twee, tweeënhalf uur was – bijgepraat over al deze onderwerpen.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u dat ... Wat was uw gevoel toen u te horen kreeg dat u niet naar de Kamer mocht om uw brief toe te lichten?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, dat vond ik op dat moment wel heel frustrerend. Ik vond het eigenlijk ook lastig dat dat niet mocht, juist omdat zo'n technische briefing natuurlijk ook goed werd bekeken en omdat er daarna vaak ook wel op gehandeld werd. Het was natuurlijk ook om de Kamer te informeren. In die zin was het ook belangrijk, of tenminste ... Ik vond het frustrerend. Ik denk dat dat met name ook was omdat je dan dat hele stuk over die verpleeghuizen niet kan laten horen. Hetzelfde geldt voor het stuk over wat er voor verpleegkundigen en verzorgenden nodig was, waar natuurlijk ook wel heel veel aandacht voor nodig was en waar de aandacht toen helemaal niet zo naar uitging.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u dit ook teruggegeven aan VWS? Heeft u daar met het ministerie over gesproken?

Mevrouw **Buurman**:

Met name ... Dat weet ik eigenlijk niet zo heel goed meer. Ik denk wel met de directeur-generaals, zeg maar, van het ministerie. Ik durf niet meer helemaal ... Ja.

Mevrouw **Lammers**:

Weet u nog wat zijn reactie was op uw verhaal?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, nee, dat durf ik niet meer zo te zeggen. Nee. Uiteindelijk was het natuurlijk ook zo dat ik doordat die technische briefing niet doorging, meer ruimte kreeg in de Kamer. De status was misschien anders, maar er was uiteindelijk eigenlijk veel meer tijd om met de Tweede Kamer over deze onderwerpen te spreken. Het was toen ook heel vol, weet ik nog. Alle Kamerleden waren er toen, in ieder geval die met zorg bezig waren.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Ik heb net opgenoemd wat de motivering van het ministerie was om u niet naar de Kamer te laten gaan, maar de minister zegt in die brief ook dat het bij navraag van de opstellers ook nooit de bedoeling is geweest dat de brief buiten het OMT bekend zou worden gemaakt. Had u destijds bezwaar tegen die openbaarmaking?

Mevrouw **Buurman**:

Die vraag is destijds nooit gesteld. Grotendeels was het ook openbare informatie, want uiteindelijk waren het onderzoeken die in het buitenland

gedaan waren. Natuurlijk was het wel zo dat het advies dat wij voor Nederland gaven, het vertrouwelijke stuk was eraan. Maar het hele stuk over de verspreiding in de verpleeghuizen was gewoon openbare informatie. Maar die vraag is mij destijds niet gesteld.

Mevrouw **Lammers:**

U had er destijds ook geen bezwaar tegen gehad als dat wel openbaar gemaakt was?

Mevrouw **Buurman:**

Nee.

Mevrouw **Lammers:**

Was dat ook voor uw collega-briefschrijvers zo?

Mevrouw **Buurman:**

Dat weet ik niet. Ik denk dat dat misschien niet voor alle briefschrijvers gold, dat ze het openbaar wilden maken.

Mevrouw **Lammers:**

Uiteindelijk – u zei het al – wordt u door de Kamer uitgenodigd. Dat was op 11 mei 2020. U geeft dan een toelichting op de situatie in de ziekenhuizen zoals die op dat moment is. U geeft eigenlijk aan dat inmiddels vrijwel alle medewerkers de beschikbaarheid hebben over persoonlijke beschermingsmiddelen. Dat was toch een andere boodschap dan een maand eerder. Was dat probleem dan destijds al opgelost?

Mevrouw **Buurman:**

Nou, de richtlijnen waren destijds nog niet aangepast. Dat was 11 mei, als ik het goed heb. Toen was de eerste golf eigenlijk grotendeels voorbij. Vanaf eind april was de schaarste van persoonlijke beschermingsmiddelen ook grotendeels voorbij. Het landelijke centrum voor hulpmiddelen had dus ook gewoon de beschikbaarheid over ... Dus er was voldoende materiaal, maar ook heel veel maatregelen waren natuurlijk destijds afgeschaald. Het was toen dus minder een issue. Het was natuurlijk niet zo dat de richtlijnen waren aangepast, maar er waren op dat moment gewoon veel minder uitbraken. Er was minder vraag naar die middelen, maar toen kreeg ik wel al de signalen van: het is er wel veel meer. Ook naar aanleiding van de vraag van uw collega over dat verdeelmodel: dat was ook al voelbaar na half april. Maar de richtlijnen waren destijds natuurlijk nog niet aangepast.

Mevrouw **Lammers**:

Nee, maar op dat moment, toen de golf voorbij was en er een andere verdeling was gemaakt, heeft u gezegd: het is eigenlijk goed zo?

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dan waren dat mijn vragen voor nu.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

Mevrouw **Mutluer**:

Niet op dit onderwerp.

De **voorzitter**:

Ik heb nog een vraag over de technische briefing waar u niet naartoe kon. Heeft u van de dg van VWS te horen gekregen waarom zij van mening waren dat u daar niet naartoe kon?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, ik weet dat destijds Nienke Nieuwenhuizen, als ik het me goed herinner, die briefing zou doen. Zij zat in het Outbreak Management Team en zij zou de Kamer ook inlichten over de situatie in de verpleeghuizen. Ik weet dus nog dat dat een van de redenen was die gegeven werd: Nienke is al gevraagd en zij kan dat doen.

De **voorzitter**:

U zegt: een van de redenen. Weet u nog andere redenen?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm, nee. Nee.

De **voorzitter**:

Oké. Mevrouw Buurman, we zijn al een tijd onderweg in dit openbare verhoor, dus ik stel voor dat we even gaan pauzeren voor vijftien minuten. Ik verzoek de bode om de getuige en haar bijstandsverlener naar buiten te geleiden. Dan zien we u zo terug.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, dank u wel.

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

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering voor vijftien minuten.

De vergadering wordt van 15.17 uur tot 15.29 uur geschorst.

De **voorzitter**:

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

(Mevrouw Buurman wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Beiden welkom terug, mevrouw Buurman natuurlijk in het bijzonder. We hervatten het openbare verhoor. Voor het volgende onderwerp geef ik graag collega Mutluer het woord.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel en welkom terug. Bij dit onderdeel gaan we in op uw inbreng als voorzitter van de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden. Wij zien namelijk dat u na een jaar stopte als Chief Nursing Officer bij VWS, waar u gevraagd en ongevraagd de bewindspersonen van advies kon voorzien. Toen werd u dus voorzitter van deze beroepsvereniging. Kunt u ons uitleggen waarom u uiteindelijk die overstap heeft gemaakt?

Mevrouw **Buurman**:

Ik ben inderdaad op 1 januari 2021 voorzitter geworden van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Ik heb die overstap gemaakt omdat ik in de covidtijd merkte dat ik eigenlijk op het ministerie gepositioneerd was namens de verpleegkundigen en verzorgenden, maar dat ik daar alleen zat en een dag in de week had. Uiteindelijk merkte ik ook dat het ik heel belangrijk vind om namens verpleegkundigen en verzorgenden te spreken, maar bij een beroepsvereniging heb je ook leden. Wij hebben 100.000 leden. Ik zag uiteindelijk ook dat V&VN op veel plekken aan tafel zat, dus ik wilde dat graag met leden samen doen, dus met de verpleegkundigen en verzorgenden. Ook met de ondersteuning van een heel

bureau, dat je ook hebt bij V&VN, dacht ik dat ik meer impact kon maken. Toen heb ik deze overstap dus gemaakt.

Mevrouw **Mutluer**:

U dacht dat, maar kon u in die rol ook beter de ervaringen en behoeften van de verpleging inbrengen in het besluitvormingsproces?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar bleek dat uit?

Mevrouw **Buurman**:

Gewoon alleen al omdat je vanuit de beroepsvereniging eigenlijk bij alle besluitvormende gremia aan tafel zit. Dat zijn niet alleen wij als beroepsvereniging, maar ook de ziekenhuizen en de verpleeghuizen, dus de brancheorganisaties van de ziekenhuizen en de verpleeghuizen. Nadat ik voorzitter werd van de beroepsvereniging, zag ik zelfs de ministers vaker, gewoon om dat ministers vaak ook aanwezig waren in die besluitvormende gremia.

Mevrouw **Mutluer**:

U was in dienst gesteld door VWS als Chief Nursing Officer. Je zou denken dat je dan dicht bij het vuur zit en de betreffende beleidsmakers van advies kan voorzien, dat die lijnen kort zijn. Wat zegt een dergelijke overstap eigenlijk over die functie van Chief Nursing Officer? Daar ben ik echt nieuwsgierig naar.

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat dat een functie is die met heel weinig tijd ingevuld moet worden, dus met een dag in de week. Na mij hebben andere mensen de functie overgenomen. Die is eigenlijk nog steeds onveranderd. Het is ook zonder staf, dus wil je echt impact kunnen maken ... Het zijn gewoon hele grote vraagstukken. We gaan over de hele gezondheidszorg. Je staat voor die 400.000 mensen. Daar heb je menskracht voor nodig om effectief je invloed te kunnen uitoefenen. Ik vind het belangrijk om impact te maken, dus dat was voor mij de reden om die overstap te maken.

Mevrouw **Mutluer**:

Zegt u daarmee dat je als Chief Nursing Officer met zo weinig tijd en met

weinig ondersteuning, minder effectief bent dan wanneer je voorzitter wordt van zo'n beroepsvereniging?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Wij hebben alleen al bij V&VN meer dan 100 mensen werken, dus dan kun je ook veel meer. Het is ook nodig, omdat je één dag in de week eigenlijk niet effectief kunt zijn. Zonder staf is het heel moeilijk om het dan ook nog te kunnen beïnvloeden. Als voorzitter deed ik dat dan voor drie dagen in de week, dus dan heb je ook nog eens meer tijd om dat te doen. Ik heb het steeds gecombineerd – dat doe ik nog steeds – met het hoogleraarschap.

Mevrouw **Mutluer**:

U zat in die hoedanigheid aan verschillende tafels, gaf u net aan. Kunt u ons vertellen wat voor tafels dat waren en wie daarbij waren?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Misschien is het goed om nog even toe te lichten dat wij binnen V&VN ook een bestuur hebben. Ik ben de voorzitter; mijn bestuur bestaat uit nog vijf andere leden. Ik zat aan tafels, maar ook collega's van mij zaten aan tafels, dus ik deed ook niet alles zelf. Toen ik startte was er een overleg dat al bestond, het handen-aan-de-kraanoverleg, dat voorgezeten werd door de directeur-generaal Curatieve Zorg, Ronnie van Diemen destijds. Alle voorzitters van de brancheverenigingen van de ziekenhuizen, van de wijkverpleging en ook van de academische ziekenhuizen zaten daarbij, maar ook de Nederlandse Zorgautoriteit, de inspecteur. Daar werd wekelijks bijvoorbeeld besproken hoe de besmettingscijfers eruitzagen, hoe het ging met de ic-capaciteit en of er nog nazorg geboden kon worden na ziekenhuisopname. Dus dat was een van de overleggen die plaatsvonden. Daar was ik zelf als voorzitter bij. We hadden in die tijd ook heel veel losse overleggen. Op dat moment kwamen ook de vaccinaties op gang, dus we zaten om tafel om te overleggen over de vaccinaties, over hoe dat vaccinatieschema eruit zou gaan zien en wie er gevaccineerd zouden worden. Maar er was bijvoorbeeld ook een overleg waar gesproken werd over de langdurige zorg, dus het beleid in de verpleeghuizen. Onder leiding van de minister, Tamara van Ark destijds, hadden we ook nog een overleg waar de vakbonden bij zaten en waarin het meer ging over het hele vraagstuk van de arbeidsmarkt en de personele inzet en het herstel.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus ik begrijp dat u aan meerdere tafels zat als voorzitter, en dat ook de

andere bestuursleden deelnamen aan verschillende overleggen, uiteenlopend van vaccinatie tot langdurige zorg, van arbeidsmarktbeleid tot hand-aan-de-kraanoverleggen. Over dat overleg hebben we voor het eerst gehoord tijdens het verhoor van minister Van Ark. U gaf net aan dat u daar ook bij zat met een aantal anderen. Wie waren daar nog meer bij aanwezig, naast de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden?

Mevrouw **Buurman**:

Aanwezig daarbij waren de Federatie Medisch Specialisten, ActiZ, met name voor de wijkverpleging, de NFU, van de academische ziekenhuizen – dat heet tegenwoordig UMCNL – de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en de inspectie. Naast de directeur-generaal waren deze mensen daarbij aanwezig. Vaak was ook Ernst Kuipers er nog, als voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg.

Mevrouw **Mutluer**:

Toen nog geen minister.

Mevrouw **Buurman**:

Toen nog geen minister maar voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat waren de onderwerpen die op tafel lagen, toen u net was aangesteld en daarna?

Mevrouw **Buurman**:

Toen ik net werd aangesteld, zaten we midden in de tweede golf, die best wel lang duurde en tot, als ik het goed heb, april 2021 doorging. Het ging dus heel vaak over de ic-capaciteit en of we voldoende mensen hadden, maar ook over de vraag of operaties konden doorgaan. Heel veel operaties werden in die tweede golf namelijk afgezegd. Ook werden er altijd data getoond over de besmettingen en de maatregelen die genomen werden. Het was dus een breder overleg, waar in de breedte onderwerpen aan de orde kwamen die met covid en de zorg te maken hadden.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar kon u ook de stem van de verpleegkundigen goed laten doorklinken?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Werd daarnaar geluisterd in uw beleving? Ik weet even niet welke bewindspersonen in het handen-aan-de-kraanoverleg zaten, naast minister Van Ark.

Mevrouw **Buurman**:

Toen ik begon als voorzitter van de beroepsvereniging was dat minister Van Ark. Volgens mij was zij dat tot de zomer van 2021 en, als ik het goed zeg, heeft Hugo de Jonge het daarna van haar overgenomen, omdat hij minister van VWS werd. De minister was er soms wel bij, maar als ik het me goed herinner was ze er niet altijd bij; maar zeker als het spannend werd, dan wel.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer werd het spannend?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, het werd spannend als de besmettingen opliepen en de maatregelen niet voldoende effect sorteerden en we naar een code 2d toegingen. Dan was zij er zeker bij, maar ik weet het niet meer helemaal zeker. Ik heb al die notulen natuurlijk zitten doorlezen ter voorbereiding, en de deelnemers staan daar niet meer in. Ik weet dus niet of de minister er iedere keer bij was.

Mevrouw **Mutluer**:

"Niet iedere keer", zegt u, maar ik neem aan dat u het over minister De Jonge heeft. Hij was erbij, maar u weet niet zeker of dat altijd was.

Mevrouw **Buurman**:

Toen ik begon, was het minister Van Ark. Zij was toen minister van VWS. Ik weet niet zeker of ze er altijd bij was, maar ze was er wel vaak.

Mevrouw **Mutluer**:

U zei net: als het spannend werd, dan zagen we minister De Jonge ook. U noemde net als voorbeeld het moment dat het bijna naar code 2d toeging, de voorfase van code zwart. Kunt u zich herinneren wanneer dat was?

Mevrouw **Buurman**:

Dat speelde sowieso in de tweede golf. Daar weet ik niet meer de exacte

datum van. Ik weet het wel van de derde golf, want toen heeft dit ook nog gespeeld. Volgens mij was het al 2d toen ik voorzitter werd. In de derde golf in november 2021, is het als ik het goed zeg op 26 november 2021 opgeschaald naar fase 2d. Maar ik weet niet meer van de tweede golf wanneer dat exacte moment is geweest.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat werd er dan besproken in dat overleg toen het over 2d ging, dus bijna code zwart?

Mevrouw **Buurman**:

Dat waren bijvoorbeeld de maatregelen die dan genomen moesten worden. Het ging over het afschalen van de zorg, maar we zagen ook dat er al heel veel mensen op de wachtlijst stonden voor operaties. Besproken werd dus hoe we dat konden afschalen. Vanuit ons, vanuit verpleegkundig perspectief maar ook vanuit medisch perspectief, was een van de allerbelangrijkste dingen rondom fase 2d maar ook rond de stap naar code zwart: hoe zijn wij als zorgverleners ook beschermd? Daarmee bedoel ik niet "beschermd met mondkmaskers" maar ook dat je dan voor situaties komt te staan waarin je keuzes moet maken tussen leven en dood.

Een van de grote zorgen die wij destijds hadden, was wel: wat te doen als wij daarvoor komen te staan? In principe is het een medische beslissing, dus de artsen waren degenen die dat soort ... Ze riepen geen code zwart uit, maar ze waren in de praktijk natuurlijk uiteindelijk wel degenen die dan de triage moesten doen. Maar als verpleegkundigen wisten we: dat betekent dat wij zorg moeten verlenen aan mensen, terwijl je eigenlijk niet meer de maximale zorg kunt bieden. Dan komen er misschien wel mensen te overlijden terwijl jij zorg verleent. Dat is dan een soort overmachtssituatie omdat de zorg zo volstroomt. Wij waren daar bijvoorbeeld ook met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ... Wij vallen onder het tuchtrecht en onze zorg zat 'm bijvoorbeeld in de vraag hoe we dan beschermd zijn. Kunnen wij, als we in een code zwart zitten, individueel aansprakelijk gesteld worden? Wij komen dan immers in een situatie terecht waar we niet zelf om gevraagd hebben, maar waarin we wel die keuzes op leven en dood moeten maken. Met de Federatie Medisch Specialisten hebben we daarover gesproken met de inspectie: hoe zijn we dan beschermd?

Mevrouw **Mutluer**:

Kreeg u rugdekking?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... Ja, maar daar hebben we wel gesprekken over moeten hebben. Ik weet nog dat er in het begin ergens in de brief stond: troost en ruggensteun. Toen dacht ik: troost is natuurlijk hartstikke mooi, maar je wilt gewoon zeker weten dat je niet voor de tuchtrechter terechtkomt, omdat je al in een afschuwelijke situatie moet werken. Dan wil je gewoon gedekt zijn door het systeem en wil je gewoon zeker weten dat je, als er zo'n code zwart wordt uitgeroepen, gedekt wordt door de afspraken die gemaakt zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

En dat kwam dus aan bod tijdens die overleggen?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, dat kwam aan bod.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u dat daarnaar werd geluisterd door de bewindspersonen?

Mevrouw **Buurman**:

Zeker. Ja, dat vond ik absoluut. Ja. Men snapte ook dat wij die vraag stelden en men vond dat ook heel legitiem.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik moet zeggen dat ik, toen u zei "we wisten niet of we genoeg beschermd werden", gelijk dacht aan agressie; die kan ontstaan omdat je bepaalde keuzes hebt gemaakt, even los van de aansprakelijkheid die om de hoek komt kijken. Was daar ook een angst voor?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, ik kan me niet van dat moment herinneren ... Kijk, wat je breed in de maatschappij zag, is dat er naarmate de covidpandemie voortging, meer onbegrip was richting de zorgprofessionals, maar dat was misschien niet zozeer gericht op code zwart als we in de latere fases van de pandemie zagen. Het was niet zozeer gelinkt aan fase 2d of aan een zorg die we hadden. Wat misschien op dat moment ook nog wel belangrijker was, naast die bescherming, was dat we het belangrijk vonden dat er goede traumazorg was, dus dat er, als je dit soort hele ingrijpende gebeurtenissen meemaakt, ook mensen zijn bij wie je terecht kan om dat te bespreken en die dat echt professioneel begeleiden, omdat het ongelooflijk impactvol is.

Mevrouw **Mutluer**:

U heeft een goed beeld van hoe die overleggen gingen, wat er tijdens die overleggen werd besproken en wie daarbij aanwezig waren. Dat waren onder anderen de twee bewindspersonen die u heeft genoemd, namelijk minister Van Ark en minister De Jonge. Was er nog een verschil tussen die twee bewindspersonen, hoe ze naar uw zorgen keken en hoe ze zich uitten?

Mevrouw **Buurman**:

Misschien is het wel goed om te zeggen dat ze er nooit tegelijkertijd waren. Het was eerder zo dat minister Van Ark, in de periode dat zij nog minister was, tot en met de zomer van 2021 bij deze overleggen aanwezig was. Daarna was het Hugo de Jonge.

Mevrouw **Mutluer**:

Was er een verschil tussen die twee bewindspersonen, in uw beleving? U heeft ze allebei meegemaakt.

Mevrouw **Buurman**:

Ik vond Tamara van Ark altijd een hele fijne, toegankelijke minister. Ik heb heel fijn met haar samengewerkt. Zij was ook minister toen ik Chief Nursing Officer was. Hugo de Jonge was wat meer eigengereid, zou ik willen zeggen. Dus ... Wat je zag, zeg maar ... Als je nu landelijk kijkt – ik ben nu al jaren voorzitter – dan zie ik daar überhaupt verschillen in tussen ministers. Dat is, denk ik, ook heel logisch. Bij Tamara van Ark merkte ik dat, als wij als koepels een bepaald ding vonden, zij vaak degene was die dat wel volgde. Hugo de Jonge trok daarin iets meer zijn eigen pad, soms.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat is wat u bedoelt met "eigengereid"?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, maar dat mag een minister ook doen, denk ik.

Mevrouw **Mutluer**:

Als we terugkijken, lukte het dan om via dat hand-aan-de-kraanoverleg de ernstige situatie in de zorg onder de aandacht te brengen?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ik vond dat dat over het geheel genomen echt goed lukte. Kijk, je bent in dat opzicht niet alleen maar afhankelijk van de ministers. Ik denk dat het voor ons als beroepsvereniging ook heel belangrijk is hoe die andere

partijen, bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, daarnaar kijken, omdat dat in de praktijk de mensen zijn waar je vaak mee van doen hebt. Wat wel speelde bij die hand-aan-de-kraanoverleggen, met name in golf nummer drie in november 2021, is dat wij als verpleegkundigen toen wel vrij snel aan de bel hebben getrokken. Wij hebben een brief gestuurd naar minister De Jonge omdat wij ons toen heel erg zorgen maakten over de nieuwe deltavariant die eraan kwam. U moet zich voorstellen dat we toen in een situatie zaten waarbij er een heel hoog ziekteverzuim was. We zaten toen al achttien maanden in de pandemie en er was een hoog ziekteverzuim. Er waren ook best wel wat mensen de zorg uit gegaan. In het hand-aan-de-kraanoverleg kregen we de nieuwe cijfers over de besmettelijkheid van de deltavariant. Toen we die cijfers zagen, dachten we: "Jeetje, als dit gaat gebeuren, gaan we weer naar code zwart. En we zitten al zo lang in die pandemie. Er moeten nu gewoon forse maatregelen genomen worden door het kabinet." Toen hebben wij een brandbrief gestuurd naar minister De Jonge en minister-president Rutte met de vraag om nu maatregelen te nemen.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: naast dat overleg was het in sommige gevallen – in dit geval voor de derde lockdown – nodig om toch een brandbrief te sturen vanuit de vereniging om uw zorgen te uiten.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus u heeft op verschillende manieren de bewindspersonen proberen te bereiken.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Werd daarna rekening gehouden met de zorgen die jullie uitten in het beleid?

Mevrouw **Buurman**:

In de derde golf vond ik dat onvoldoende. Ik weet nog dat wij op 11 november 2021 die brief stuurden. Daarna hebben we nog die handen-aan-de-kraanoverleggen gehad. Toen hebben we ook wel onze zorgen geuit: voor ons gevoel wordt er niet voldoende gedaan en we stevenen af op een code

2d en richting een code zwart. Dat waren op dat moment ook echt de projecties met die deltavariant. Toen vonden we niet dat er voldoende aan gedaan werd. Ik denk dat het ermee te maken had dat het draagvlak voor maatregelen maatschappelijk gezien veel beperkter aan het worden was. Maar tegelijkertijd hadden wij het gevoel: we staan al achttien maanden in deze pandemie en we ...

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil hier straks nog even uitgebreider op terugkomen. We parkeren dit even.

Mevrouw **Buurman**:

Dat is goed.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik stel deze vraag om duidelijk te krijgen hoeveel gewicht we moeten geven aan het hand-aan-de-kraanoverleg. U zegt dat dat overleg goed was.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, absoluut.

Mevrouw **Mutluer**:

Het heeft wat opgeleverd.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

En mijn vraag was of het heeft geleid tot beleidswijzigingen.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

En dat het op een gegeven moment anders werd, daar kunnen we het straks even over hebben. Mijn laatste vraag bij dit onderdeel wil ik nog wel even stellen. Als we te maken krijgen met een nieuwe crisissituatie, is dan de inbreng dan wel de stem van de verpleging bij de besluiten over maatregelen in jouw beleving – ik bedoel "in uw beleving"; ik ga gelijk naar "jouw" – goed geregeld?

Mevrouw **Buurman**:

Ik zou zeggen: op landelijk niveau nu, ja. We zitten als beroepsvereniging nu in ieder geval overal aan tafel. We hebben een goede samenwerking met al deze landelijke partijen, die toch vaak het beleid maken. Dat is denk ik ook wel een resultante van de covidperiode waarin er zo veel is samengewerkt. Het enige wat nog niet geborgd is, is onze positie in het Outbreak Management Team.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom moet dat beter of anders?

Mevrouw **Buurman**:

Omdat ook daar besluiten worden genomen over de richtlijnen, en niet alleen over de richtlijnen, want het gaat over veel meer dan dat. Ook daar is de stem en de toepasbaarheid van beleid in de verpleegkundige praktijk een heel belangrijk perspectief, naast dat virologische en misschien ook het gedragsmatige en sociologische perspectief. Dat dat eraan toegevoegd wordt, zou voor mij belangrijk zijn; dat dat georganiseerd wordt, zou voor mij belangrijk zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Moet dat straks een Chief Nursing Officer zijn?

Mevrouw **Buurman**:

Dat hoeft niet per se, als het maar iemand is die dat vanuit de verpleegkunde kan doen. Dat kan een Chief Nursing Officer zijn, maar het kan ook iemand anders zijn die die rol vervult. Bij voorkeur zijn het er meer dan één, want als je een goede inbreng wilt hebben, dan helpt het ook om met ten minste twee mensen daar te zitten om beleid goed te kunnen beïnvloeden.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel. Tot zover mijn vragen.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een aantal vragen. U zei net al dat u vond dat u als Chief Nursing Officer eigenlijk te weinig tijd en te weinig mankracht had om uw

functie goed te kunnen uitoefenen. Hebt u dat destijds ook teruggegeven aan het ministerie?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Ik deed het ... In de praktijk was het gewoon meer ... Er gebeurde zo veel dat ik me daar zelf minder aan gehouden heb. Omdat het een crisissituatie was en er zo veel vraag was, heb ik daar zelf meer tijd aan besteed.

Mevrouw **Lammers**:

Maar u heeft het wel teruggegeven?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ik heb het zeker teruggegeven.

Mevrouw **Lammers**:

En wat was dan hun reactie daarop?

Mevrouw **Buurman**:

Dat het niet uitgebreid werd.

Mevrouw **Lammers**:

Oké, maar een reden daarvoor werd niet gegeven.

Mevrouw **Buurman**:

Nee.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dan heb ik nog een vraag over het hand-aan-de-kraanoverleg. U zegt net dat er een verschil was tussen minister Van Ark en minister De Jonge. Voelde u zich soms ook onbegrepen door minister De Jonge? Voelde u dat hij de urgentie soms niet altijd voelde?

Mevrouw **Buurman**:

Dat zou ik niet ... Zeker in het hand-aan-de-kraanoverleg en de overleggen over de langdurige zorg ... Nee, dat zou ik niet zo durven zeggen. Niet dúrven zeggen? Niet zo willen zeggen. Ik denk dat onze inbreng in die overleggen gewoon serieus genomen werd. Dan is er een stijlverschil tussen ministers, maar nee, ik heb niet het gevoel gehad dat we continu niet voor vol werden aangezien. Nee, dat niet.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. U zei: minister De Jonge was nogal eigengereid. Hij nam minder vaak dan minister Van Ark uw inbreng over. Waren er ook situaties waarin minister De Jonge die inbreng wel overnam?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, zeker.

Mevrouw **Lammers**:

Kunt u een voorbeeld noemen?

Mevrouw **Buurman**:

Dat is dan de vraag; dat dacht ik al. Kijk, dat soort aanbevelingen als over goede bescherming op het moment dat je in code zwart komt, speelden in die derde golf heel erg. Daar stond hij ook gewoon heel erg achter. Het is dus niet zo dat ... Ik zit even na te denken, want er zijn zo veel dingen geweest waarover we het gehad hebben. Vaccinaties ook bijvoorbeeld.

Mevrouw **Lammers**:

Wat was dan de reden waarom hij dat advies bijvoorbeeld wel overnam?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, ik denk omdat wij samen met de medisch specialisten heel duidelijk aangaven dat we het heel belangrijk vonden dat er een goede dekking was. Dat nam hij dan ook over. Ik weet dat het op een gegeven moment ook over de vaccinatie van zorgmedewerkers ging. De timing daarvan en dat soort dingen werden ook echt overgenomen. We dachten erover mee in welke volgorde er dan gevaccineerd moest worden; dat werd gewoon overgenomen.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dat waren mijn vragen. Dank.

De **voorzitter**:

Ik heb nog één aanvullende vraag. U gaf aan dat verplegers en verzorgenden tijdens corona ook vaker met agressie te maken kregen. Dat lijkt me heel heftig. Kunt u daar een concreet voorbeeld van opschrijven?

Mevrouw **Buurman**:

Ik zit even na te denken waar zij met agressie te maken kregen. Ik zal een voorbeeld geven. Het nam toe naarmate de covidpandemie voortduurde. Op

een gegeven moment zagen we gewoon dat mensen minder blij waren met de maatregelen en dat er mensen binnenkwamen in het ziekenhuis die zich niet aan bepaalde regels wilden houden, terwijl er afspraken waren over bezoek. Maar tot op de dag van vandaag ... Het neemt nog steeds toe, zeg maar. Dus we zien dat die effecten ... Ik durf niet honderd procent te zeggen dat het met covid te maken heeft, maar het is nu nog erger dan dat het tijdens covid was. Dat gaat echt van familieleden die schelden en ambulancemedewerkers die belemmerd worden om hun werk te doen tot soms fysieke agressie. Voorheen zag je dat vooral op de ambulances en in de ggz, maar je ziet het nu ook in de verpleeghuizen en in de ziekenhuizen. Het is nu dus eigenlijk een wijdverbreid, heel groot probleem in de zorg.

De **voorzitter**:

Dus u zegt: naarmate de pandemie langer duurde, nam de agressie toe, zowel fysiek als verbaal, gericht op het personeel.

Mevrouw **Buurman**:

Ja. In het begin was er heel veel applaus, maar op een gegeven moment speelde het sentiment mee van: kunnen jullie het niet gewoon een keertje regelen met die maatregelen? Waarom lukt het nou niet om die ic's op te schalen? Dat nam toe naarmate de pandemie langer voortduurde.

De **voorzitter**:

Dank u wel voor die toelichting. Dan gaan we naar het volgende onderwerp, en daarvoor geef ik collega Lammers het woord.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel, voorzitter. In april 2020 stuurde u die brief met collega-hoogleraren. Ook daarna heeft u meerdere pogingen ondernomen om de beschikbaarheid en het gebruik van mondkapjes buiten de ziekenhuizen onder de aandacht te brengen. In januari 2021 – u bent inmiddels voorzitter van V&VN – publiceren zij een richtlijn over het gebruik van mondkapjes. In die richtlijn staat dat het verstandig is dat zorgmedewerkers gebruikmaken van de zwaardere zogenaamde FFP2-maskers "in alle gevallen waarin het moeilijk is om afstand te houden tot een patiënt". Waarom publiceerde u die richtlijn op dat moment?

Mevrouw **Buurman**:

Het is misschien goed om daar iets van context bij te geven. We hebben het net gehad over mijn rol als Chief Nursing Officer. Ik vertelde dat V&VN als beroepsvereniging – dat deden ze samen met de vakbonden – eigenlijk al

van begin af aan heel stevig erin is gegaan rondom de bescherming van zorgprofessionals, zo van: die richtlijnen zijn niet voldoende om mensen te beschermen. Dat zie je eigenlijk in de hele coronapandemie. Die richtlijnen begonnen, zeker buiten het ziekenhuis, heel beperkt en op een gegeven moment werden ze steeds strikter. Dus in september 2020 werd het preventieve mondkmasker gebruikt. Dat werd vervolgens overal ingevoerd, dus niet alleen in de verpleeghuizen maar ook in de wijkverpleging en op andere plekken.

Eigenlijk hebben we continu aan de bel getrokken bij het RIVM met het verzoek: zorg voor goede richtlijnen. Een van de principes die wij heel erg belangrijk vonden, was: als er zo veel onduidelijkheid is over het virus, zorg er dan voor dat die richtlijnen opgesteld worden via het voorzorgprincipe. Dus als er onduidelijkheid is, zet dan maximaal in – en op het moment dat blijkt dat het niet nodig is, kan je altijd afschalen. Dat was bijvoorbeeld ook de strategie die Duitsland hanteerde. In Duitsland was dit de manier waarop richtlijnen werd opgesteld. Maar daarvoor hebben we gewoon iedere keer aan de boom moeten schudden. We hebben daar heel vaak het verzoek gedaan: zorg nou dat die richtlijnen goed zijn. In Duitsland maar ook in de ziekenhuizen gold de richtlijn om die FFP2-maskers in te zetten bij covidbesmettingen, maar bijvoorbeeld in de ouderenzorg was dat niet zo. Op een gegeven moment was ons geduld gewoon op en hadden we zoiets van: dan brengen wij onze eigen richtlijn uit, en dat wordt wat ons betreft vervolgens de norm. Zo hebben we dat ook gedaan. Uiteindelijk hebben we dat van tevoren gecommuniceerd met het ministerie. Ook hebben we toen gekeken of er wel voldoende beschermingsmiddelen waren. Want je kunt dat wel roepen, maar daar heb je niets aan als die voorraad er niet is; maar in het Landelijk Centrum Hulpmiddelen was er voldoende. Dus toen hebben wij gezegd: wij vinden dat dat nu gewoon de norm moet zijn voor de zorg aan covidpatiënten.

Mevrouw **Lammers:**

Dus u had eigenlijk, als ik het goed begrijp, tegen de richtlijn van het RIVM in een eigen richtlijn gepubliceerd waarin u dus dat adviseerde.

Mevrouw **Buurman:**

Ja. Het was niet helemaal tegen de richtlijn in. Wij vonden dat die richtlijnen strikter moesten worden. We hebben het natuurlijk wel eerst via de koninklijke route gedaan, want je gaat niet gelijk een eigen richtlijn publiceren. We hebben daar natuurlijk eerst heel veel gesprekken over gevoerd, en op een gegeven moment hebben we aan het Outbreak

Management Team de vraag voorgelegd: zorg nou, gezien die nieuwe varianten, dat wij goed beschermd zijn. Toen was het, als ik het goed zeg, de Britse variant, en daar was ook weer onzekerheid over. Op een gegeven moment hadden wij zoiets van: wij willen gewoon baas over onze eigen veiligheid zijn. We willen niet meer afhankelijk zijn van de richtlijnen die destijds gemaakt werden.

Mevrouw **Lammers:**

Hoe reageerde het RIVM daarop?

Mevrouw **Buurman:**

Zij hadden toen besloten om ... Als ik het goed zeg, hadden zij destijds de aanbeveling opgenomen: op basis van de professionele inschatting kunnen mensen altijd FFP2-maskers gebruiken. In de praktijk klinkt dat mooi, want je denkt "dan kan iedereen dat doen", maar wij zagen dat sommige werkgevers daar wel in meegingen – die hadden allang FFP2-maskers – maar dat andere werkgevers daar helemaal niet in meegingen. Dus als je het zo openhoudt – "op basis van de professionele inschatting" – dan zorg je er gewoon voor dat een deel van de mensen niet de juiste bescherming krijgt.

Mevrouw **Lammers:**

Vond u dan eigenlijk dat die richtlijn van het RIVM te onduidelijk was, dus te veel ruimte openliet voor naar eigen inzicht handelen?

Mevrouw **Buurman:**

Nou, het is eigenlijk een fundamenteel verschil in hoe je kijkt naar het opstellen van richtlijnen. Wij vonden vooral dat je die richtlijnen via het voorzorgsprincipe moest opzetten. Op het moment dat je een nieuw virus hebt, en je er nog niet voldoende van weet, zet dan maximale bescherming in. Dat is een fundamenteel verschil in de basis van hoe je naar het opstellen van richtlijnen kijkt. Wij vonden dat dat vanuit dat voorzorgsprincipe gedaan moest worden. Wij zagen dat dat bij de RIVM-richtlijnen continu een tandje strikter werd. Voor ons voelde dat gewoon heel erg van: dan zijn we niet voldoende beschermd.

Mevrouw **Lammers:**

De directe aanleiding voor het publiceren van die richtlijn was die nieuwe Britse variant?

Mevrouw **Buurman:**

Ja, daar was ook weer onzekerheid over. Er waren ook wel geluiden dat die

besmettelijker was. Toen dachten we: dan is het ook belangrijk dat je gewoon veilig en goed beschermd je werk kan doen. Wij vonden toen dus belangrijk dat destijds die FFP2-maskers werden ingezet.

Mevrouw **Lammers**:

Kunt u zich ook herinneren of het vaker voorkwam dat het RIVM het standpunt dat eigenlijk vanuit de verpleging kwam, niet meenam bij het opstellen van de richtlijnen? Dat gebeurde toen met de FFP2-maskers, maar is dat vaker gebeurd?

Mevrouw **Buurman**:

Van het begin af aan werden in de ziekenhuizen de richtlijnen, als ik het goed zeg, door de Federatie Medisch Specialisten gemaakt. Die richtlijnen waren van het begin af aan al strikter en duidelijker. Van begin af aan hebben wij er, ook samen met de vakbonden, eigenlijk altijd voor gestreden om het voorzorgsprincipe in te zetten en zo goed mogelijke bescherming te hebben. Dan kan je nog steeds ... In het begin was er natuurlijk schaarste aan hulpmiddelen, maar wat ons betreft moeten die richtlijnen altijd worden opgesteld met de best beschikbare evidence of via het voorzorgsprincipe. Dan moet je de politieke afweging maken hoe je met schaarste omgaat. Voor ons gevoel heeft schaarste in het begin soms zeker ook meegespeeld in hoe de richtlijnen werden opgesteld.

Mevrouw **Lammers**:

In het begin van de pandemie zien we dus dat de sectoren buiten het ziekenhuis, zoals de verpleeghuizen, de ggz en de thuiszorg, minder in beeld zijn en dat die dus ook minder beschermingsmiddelen krijgen dan de ziekenhuizen. Ook zijn ze nog minder sterk vertegenwoordigd in het OMT, waar u net ook al over vertelde. Denkt u dat als we nu in een nieuwe pandemie zouden belanden, dat beter zou zijn geregeld?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, nog niet goed genoeg. Ik noemde net ook al dat de verpleegkundige expertise nog niet geborgd is in het Outbreak Management Team, dus ik durf niet helemaal te zeggen of dat dan ook beter geregeld is. Nou, dat denk ik dan niet, want je wil dat wel geborgd hebben. Ja.

Mevrouw **Lammers**:

Is er ook via de V&VN contact met het RIVM over wat u bijvoorbeeld net zei over het voorzorgsprincipe, van: stel dat er een nieuwe pandemie komt, hoe

gaan we dan aankijken tegen richtlijnen die de verplegenden en verzorgenden beschermen?

Mevrouw **Buurman**:

Dat contact is er heel veel geweest, zeg maar, tijdens de pandemie. We vonden dat natuurlijk ook belangrijk. Je gaat dat niet alleen via het publiceren van een eigen leidraad doen, dus voordat je dat doet, probeer je daar in ieder geval het gesprek over aan te gaan. Dan begint dat vaak ook op het beleidsniveau van mensen die die richtlijnen maken, maar dat is ook met meneer Van Dissel bijvoorbeeld gebeurd. Maar op een gegeven moment wisten we ook wel ... Toen in de pandemie lukte dat gewoon niet goed genoeg. Nu, met de nieuwe voorzitter van het Outbreak Management Team, zou dat ... Maar ik moet zeggen dat het nog niet zo is dat dat geregeld is. Dat zou wel moeten. Wij hebben tegenwoordig, sinds de covidpandemie, zelf ook een richtlijneninstituut, dus we zouden nu in staat zijn om dat zelf te doen. Ja. Maar het punt is ook dat je dat ook niet helemaal geïsoleerd wil doen, want dit zijn richtlijnen die niet alleen door ons als verpleegkundigen gebruikt worden, maar ook door de artsen. Dan wil je dat dus met elkaar doen, maar daar moet je de verpleegkundige stem dan ook goed in borgen.

Mevrouw **Lammers**:

Vindt u dat die samenwerking tussen verschillende sectoren beter georganiseerd moet worden?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... Nou, ik denk dat ... Ja, dat is een goede vraag. Ik denk dat die samenwerking er sinds de pandemie veel meer is. Dat wil nog niet zeggen dat we dan een positie hebben in het Outbreak Management Team, maar met de Federatie Medisch Specialist en Verenso van de specialisten ouderengeneeskunde is die samenwerking zo goed – we zitten ook in gezamenlijke richtlijntrajecten – dat ik geen problemen voorzie om dat samen goed te organiseren. Ik weet niet of dat voldoende antwoord is, als ik zie hoe u kijkt.

Mevrouw **Lammers**:

Nou, ik ben nog even op zoek naar wat dan volgens u bij een volgende pandemie beter zou kunnen of beter zou moeten. Is er iets wat we nu kunnen en moeten aanpassen, zodat het in een volgende pandemie niet weer misgaat, om het maar even zo te zeggen?

Mevrouw **Buurman**:

Met elkaar vaststellen dat je die richtlijnen, als er zo veel onzekerheid is, via het voorzorgsprincipe opstelt, zou voor ons het allerbelangrijkste zijn. Dan weet je namelijk gewoon zeker dat er maximale bescherming is op het moment dat er een nieuw virus in Nederland komt, dus dat is een hele belangrijke. Ook belangrijk is de verpleegkundige stem in het Outbreak Management Team. Ik denk dat dat een tweede hele belangrijke is. Ik denk dat op het moment dat het voorzorgsprincipe de basis wordt van de richtlijnen voor de persoonlijke beschermingsmiddelen, je gewoon zeker weet dat wij in een volgende pandemie goed beschermd zijn. Dan kan er natuurlijk nog steeds schaarste ontstaan. Dan is het mijns inziens een politieke keuze hoe je met die schaarste omgaat. Daar zullen we dan wel over meepraten, maar die richtlijnen en de politieke keuze moet je daar mijns inziens uit elkaar houden.

Mevrouw **Lammers**:

Mag ik het dan zo samenvatten dat u zegt: eigenlijk, bij de huidige stand van zaken of zoals het nu is geregeld, zou de verdeling van de beschermingsmiddelen tussen de ziekenhuizen en de verpleging bij een volgende pandemie weer op dezelfde manier gaan?

Mevrouw **Buurman**:

Er is sowieso, vind ik, in de zorg heel veel veranderd sinds de coronapandemie, want je ziet wel ... Toen de coronapandemie begon, stonden verpleeghuizen vaak ook nog helemaal los van de structuren voor de acute zorg. Je ziet dat er door onder andere het Integraal Zorgakkoord gewoon veel meer samenwerking is ontstaan. Ook in de samenwerking in de regio hebben de verpleeghuizen en dergelijke dus een positie. Ik verwacht dus dat dat dan heel anders... Ik verwacht dat al die belangen veel meer op tafel zullen komen, en ook veel meer van tevoren. Daar is, denk ik, al over nagedacht. Die lijnen zijn er nu ook al. Dat zal dus, mijns inziens, minder snel gebeuren zoals in de covidpandemie, bijvoorbeeld in de eerste golf.

Mevrouw **Lammers**:

Maar het kan nog wel beter, zegt u, door bijvoorbeeld het voorzorgsprincipe te hanteren en bij het OMT aanwezig te zijn.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, maar dat is dan echt de verpleegkundige inbreng.

Mevrouw **Lammers**:

Ja. Ik hoorde u net ook zeggen dat de richtlijnen vermengd waren met politieke keuzes. Heb ik dat goed begrepen? Kunt u dat uitleggen?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ... Ja, dat gaat terug naar ... Of tenminste, op een gegeven moment speelde dat. Dat ging over dat hele specifieke geval waar u het net over had, toen wij dat advies hadden gegeven rondom de beschermingsmiddelen in de verpleeghuizen. Toen is die zin toegevoegd over het preventieve mondkmaskergebruik. Dat was een zin waarvan ik weet – uiteindelijk is daar een hele reconstructie van gemaakt – dat die van het ministerie van VWS af kwam. Die kwam in de richtlijnen van het RIVM terecht. Toen is dat gebeurd, dat de richtlijnen er waren, maar dat er eigenlijk politieke inmenging is geweest in de richtlijnen.

Mevrouw **Lammers**:

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

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Mutluer**:

Ja, ik heb twee vragen. Voor de eerste vraag ga ik weer even terug naar de mondkapjes. Op enig moment is daar volgens mij ook een artikel over verschenen, op 28 januari 2021. Daar stond ook in dat het RIVM het stevigere masker, de FFP2-maskers, alleen wilde inzetten bij handelingen waarbij aerosolen vrijkomen, terwijl de beroepsverenigingen stevigere inzet verwachtten. In het artikel staat een zin die mijn nieuwsgierigheid opwekte. Die vraag wil ik wel aan u stellen. Op enig moment zegt u namelijk dat u vindt dat bij het OMT en het RIVM de balans tussen wetenschap en praktijk onvoldoende is. En: "Laten we meer uit het voorzorgsprincipe gaan handelen." Maar de woorden dat bij het OMT en RIVM de balans tussen wetenschap en praktijk onvoldoende is, behoeven nadere toelichting.

Mevrouw **Buurman**:

Zoals ik eerder zei: we hebben van begin af aan gezegd dat wat ons betreft de richtlijnen via het voorzorgsprincipe moeten worden opgesteld en toepasbaar moeten zijn in de praktijk. In het begin was het – maar dan spreek ik over helemaal in de eerste golf – zelfs met vluchtig contact ... Maar toen was het ook zo dat de richtlijnen gewoon heel vaak niet toepasbaar waren in de praktijk. Dat was dus een gevoel dat eigenlijk al vanaf het begin

zo speelde. In dit geval speelde toen dat we zagen dat andere landen bijvoorbeeld wel zeiden: op basis van de kennis die we hebben en de praktijk die we zien adviseren we om FFP2-maskers in te zetten. Ook Europees gezien zagen we dus dat er onduidelijkheid was in dat beleid.

Mevrouw **Mutluer**:

Was deze opmerking nog heel erg gedoeld en gericht op de hele discussie over mondkapjes of was het meer een algemene opmerking, namelijk dat die balans tussen wetenschap en praktijk onvoldoende is bij het RIVM en het OMT? Dat is wat ik probeer te begrijpen.

Mevrouw **Buurman**:

O, oké, sorry. Ehm ... Nee, dat ging echt over mondmaskers. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan is dat helder.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, oké.

Mevrouw **Mutluer**:

Mijn laatste vraag heeft er betrekking op dat jullie als beroepsvereniging een eigen richtlijneninstituut hebben. Tenminste, dat hoorde ik u zeggen.

Mevrouw **Buurman**:

Dat klopt.

Mevrouw **Mutluer**:

Mijn vraag is: als er weer een pandemie is, is het dan wel handig om allerlei aparte richtlijneninstituten te hebben, terwijl je toch wel een eenduidige richtlijn wil voor de praktijk, en niet dat iedereen vanuit zijn eigen huisje zijn eigen richtlijn bedenkt?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Dat was waarom ik net zei ... Het klopt; wij hebben ook een eigen richtlijneninstituut. Wij maken de richtlijnen waar het gaat om echt verpleegkundige en verzorgende vraagstukken, bijvoorbeeld omgaan met doorligplekken. Dat zijn dus echt specifieke dingen waar verpleegkundigen en verzorgenden mee te maken hebben in de dagelijkse praktijk. Maar wij werken ook aan multidisciplinaire richtlijnen. Dat doen we dus bijvoorbeeld met de Federatie Medisch Specialisten, de huisartsen of specialisten

ouderengeneeskunde. Daar waar het multidisciplinaire vraagstukken betreft – dat gaat dus ook over infectiepreventie; dat is nooit vanuit één perspectief – werken wij ook samen. Daarom was mijn twijfel dus ook: eigenlijk is het niet handig om dat zelf te doen, maar wij hebben wel de capaciteit om daar nu volwaardig in te participeren. In dit geval, als het gaat over richtlijnen voor beschermingsmiddelen, zou je dat ook met deze partijen, de artsen, samen willen doen. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Helder. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Mevrouw Buurman, dan gaan we naar het laatste onderwerp van dit openbare verhoor. Daarvoor geef ik graag het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Dit is het laatste onderdeel. Dat gaat over de belasting van de zorgmedewerkers. Ik had u beloofd dat ik ook nog even inga op de derde golf, maar zover zijn we nog niet, dus ik begin bij het begin, namelijk de strategie. Als we kijken naar de strategie van het kabinet, zien we dat het lijkt alsof er twee jaar lang is gestuurd op het niet of net niet laten vollopen van de ic's. Op momenten waarop het wel mogelijk is, wordt al snel gekeken of er maatregelen versoepeld kunnen worden. Er wordt dan dus niet gestreefd naar een zo leeg mogelijke ic. Wat betekende deze strategie voor de druk op de verpleegkundigen in de ziekenhuizen?

Mevrouw **Buurman**:

Dat betekende eigenlijk dat ... Bij de eerste golf zag je dat die een relatief korte periode heeft geduurd, omdat er eigenlijk al vrij snel een hele ingrijpende lockdown was, iedereen thuis moest blijven en de scholen sloten. Toen zag je dat je ehm ... Je moest, denk ik, een week of zes echt op hele volle sterkte werken op de intensive cares, maar ook op de covidafdelingen in de ziekenhuizen. Maar bij de tweede golf duurde dat veel langer. Precies wat u zegt: er werd gestuurd op het net haalbaar maken van die ic-capaciteit. Dat betekende eigenlijk dat de tweede golf een maand of zes geduurd heeft, als ik het goed zeg. Je hoopt dat je dan af en toe een sprint kan trekken in zo'n pandemie, maar uiteindelijk moest je het echt heel lang volhouden; het was gewoon een marathon. Je zat heel lang in zo'n crisissituatie. Je zag natuurlijk ook dat op dat moment het ziekteverzuim hoog was. We zagen, ook al na de eerste golf, dat mensen zoiets hadden van: dit is zo impactvol geweest; ik ga de zorg uit.

Mevrouw **Mutluer**:

Was dat gedurende de pandemie al of was dat daarna?

Mevrouw **Buurman**:

Dat was ook gedurende de pandemie, maar naarmate de pandemie voortduurde, nam dat aantal toe en was het ziekteverzuim begin 2022 echt heel hoog. Het heeft gewoon een enorme wissel getrokken op alle verpleegkundigen die in het ziekenhuis werkten, ook op de gespecialiseerd verpleegkundigen. U moet zich ook voorstellen dat als dan die golven voorbij waren ... Dan was die golf geweest ... Al het zorgpersoneel moest gaan helpen op de intensive cares of op de covidafdelingen, maar als die golf voorbij was, moesten er operaties worden ingehaald. Dus eigenlijk was er nooit een moment dat er echt ruimte was om echt goed te herstellen. Voordat je het wist, was er weer een tweede golf of een derde golf. Die hielden gewoon iedere keer lang aan.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus eigenlijk zegt u: herstel was best lastig. U adviseert gedurende coronaperiode ook diverse malen om aandacht te hebben voor het herstel van zorgmedewerkers. Dat heeft u zowel in uw functie als Chief Nursing Officer als in uw functie van voorzitter van de beroepsvereniging gedaan.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, klopt.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar ook het OMT adviseert in april 2020 om pas te versoepelen als de zorgmedewerkers voldoende hersteld zijn. Zegt u daarmee dat de zorgmedewerkers in het ziekenhuis de kans om te herstellen niet hebben gehad?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk ... Misschien was die ruimte er na de eerste golf nog wel wat meer, denk ik. De tweede golf heeft gewoon heel erg lang geduurd. Toen was de druk gewoon continu hoog. In de derde golf zag je ... We kwamen ook nooit meer tot die ... We hebben in fase 2d gezeten. Eigenlijk zou je 1.350 ic-bedden moeten hebben. We zaten in 2d, maar we haalden niet meer die 1.350 ic-bedden. De belasting was echt heel hoog, ja. Overigens was dat niet alleen in de ziekenhuizen zo. Dat is misschien ook wel goed om te zeggen. Het was eigenlijk overal zo.

Mevrouw **Mutluer**:

U gaf net ook aan dat er uitgestelde zorg was die moest worden ingehaald.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat leidde blijkbaar ook tot de nodige druk, waardoor dat herstel niet kon plaatsvinden. Klopt dat?

Mevrouw **Buurman**:

Er is natuurlijk wel altijd ... Ik moet zeggen dat je daar natuurlijk ook altijd de balans in moet zoeken. Op een gegeven moment moeten die operaties gedaan worden. Mensen met kanker moeten ook binnen zoveel tijd geholpen worden. Je wilt natuurlijk ook dat dat doorgang vindt. Dus ergens heb je er begrip voor dat je naar die balans moet kijken, maar ergens is het natuurlijk ook zo dat je zelf zo veel ... Ik heb zelf zo veel mensen gesproken die zo veel ... Ehm ... Hoe zeg je dat? Ik heb mensen gesproken die zo veel traumatische gebeurtenissen hadden meegemaakt of die hele verdrietige dingen hadden meegemaakt en die zelf hun leven hadden moeten aanpassen. Dat moet je ook kunnen verwerken. Ik denk dat daar door die hele pandemie heen weinig ruimte voor is geweest, en dat de verwerking pas daarna kwam, dat je toen pas stil kon staan en kon denken: jeetje, wat heb ik allemaal meegemaakt?

Mevrouw **Mutluer**:

En met "daarna" bedoelt u: na de pandemie?

Mevrouw **Buurman**:

Na de pandemie, ja. Dat heb ik zeker ook uit de verpleeghuizen gehoord, dat nadat de hele pandemie was afgelopen de verwerking pas op gang kwam, zo van: "Jeetje, wat hebben we met elkaar meegemaakt. In één keer zijn er zo veel mensen overleden. Mensen gingen onder onze handen dood." Vorige week zijn er weer nieuwe ziekteverzuimcijfers gepresenteerd en die zijn eigenlijk nog steeds ...

Mevrouw **Mutluer**:

Als we het hebben over een hoog ziekteverzuim, waar hebben we het dan over qua percentage?

Mevrouw **Buurman**:

Dan lag dat aan het einde van de tweede golf op ongeveer 9% à 10%.

Daarin is er wel een verschil tussen de ziekenhuizen en de verpleeghuizen. In de verpleeghuizen is het iets hoger dan in de ziekenhuizen. Dus ik denk dat het ongeveer 8% was in de ziekenhuizen en ongeveer 10% in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de wijkverpleging. Dat is een tijd lager geweest, maar nu zie je dat ook daar weer oplopen.

Mevrouw **Mutluer**:

Nog even terug. We hebben de eerste golf gehad. Het herstel ging daarbij iets makkelijker. De tweede golf was een marathon. Men kwam niet voldoende toe aan herstel, met alle gevolgen van dien. Maar eind 2021 – dan hebben we het over de derde golf – loopt de druk op het al overbelaste ziekenhuispersoneel ook weer op. Heeft u toen, en dan hebben we het over eind 2021, die signalen over die overbelasting doorgegeven aan het kabinet en gedeeld met ze?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, zeker. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe?

Mevrouw **Buurman**:

Door in november 2021 – het was 11 november, als ik het goed zeg – een brandbrief te sturen aan minister De Jonge en minister-president Rutte. Dat was namelijk naar aanleiding van een hand-aan-de-kraanoverleg, waarin we nieuwe besmettingscijfers zagen en ook de projecties. Er was een nieuw virus, het deltavirus. Dat was veel besmettelijker. Dat ging destijds rond in Engeland, als ik het goed zeg. Toen waren de projecties echt vrij somber. Dus toen hadden wij zoiets van: je moet niet wachten tot de belasting van ic-capaciteit weer helemaal oploopt; grijp tijdig in, want dan zorg je eigenlijk dat je de belasting van de ic's veel minder maakt. Dat geldt niet alleen voor de ic's, maar ook voor het ziekenhuis. Je kan beter vroegtijdig ingrijpen dan dat je het continu laat oplopen. Maar tijdens de derde golf was er in de maatschappij eigenlijk gewoon heel weinig draagvlak meer voor maatregelen. Maar wij vonden eigenlijk wel dat de bal daarmee weer bij de verpleegkundigen werd neergelegd, want dat betekende dat je dan weer een nieuwe golf inging, een nieuwe crisisperiode. We zaten in die tijd met dat hoge ziekteverzuim en met die uitstroom. We konden allang niet meer die 1.350 bedden halen. Dus wij hadden zoiets van: wij willen ook heel graag van die pandemie af. Als er één groep was die klaar was met die hele coronapandemie, dan was het wel die van de verpleegkundigen en

verzorgenden. Dus we hadden zoiets van: we willen eigenlijk dat jullie maatregelen nemen in plaats van dat het straks weer bij ons terechtkomt.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat werd er uiteindelijk met dat signaal gedaan? We weten dat jullie een brief hebben gestuurd aan de minister-president en aan minister De Jonge. We zien ook een app-berichtje van u aan minister De Jonge over het noodsignaal dat u afgeeft met betrekking tot de ic-capaciteit en dat jullie zeggen: we gaan richting een code zwart. Wat is er toen met dat signaal gebeurd?

Mevrouw **Buurman**:

Wat ons betreft te weinig.

Mevrouw **Mutluer**:

U vraagt om een overleg, een spoedoverleg. Is dat er gekomen?

Mevrouw **Buurman**:

Nee, dat is er toen niet geweest. Nee, nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Heeft u wel reactie gehad op uw appberichtje of de brandbrief?

Mevrouw **Buurman**:

Nee, nee, nee. Er is toen wel contact geweest met directeur-generaal Curatieve Zorg, Ronnie van Diemen, maar niet met de minister daarover. Daarna is het weer in het hand-aan-de-kraanoverleg gekomen. Dat was een aantal dagen later. Toen hebben we dat weer herhaald, zo van: goh, we maken ons echt, echt, echt zorgen over wat er staat te gebeuren. Ik denk dat dat op 15 november was. Toen, op 22 november, hebben we dat weer geuit. Iedere keer werd het natuurlijk ook gestaafd met nieuwe getallen over die besmettingen. Toen hebben we ook de keus gemaakt om uiteindelijk dat signaal bij Nieuwsuur af te gaven, omdat we zagen: er wordt niet naar geluisterd, maar er moeten maatregelen genomen worden. Toen ben ik ook bij Nieuwsuur geweest.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar u zei net: ik vond dat er te weinig met dat signaal is gedaan destijds.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Is er tijdig ingegrepen in uw ogen? Had het anders gemoeten in uw beleving?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, uiteindelijk is er ... Als je naar de tijdlijn kijkt, dan zie je dat op 26 november code 2d is afgegeven. Dus men maakte zich toen wel degelijk zorgen over die instroom op de intensive cares. Op diezelfde dag hebben wij ook met het ministerie en de partijen van het hand-aan-de-kraanoverleg een oefening gedaan, een simulatieoefening, waarin het code zwart werd. Dus het was wel degelijk echt een scenario waarmee eigenlijk alle partijen rekening hielden. Uiteindelijk is er toen pas op 19 december een lockdown gekomen, maar toen was het al zo uit de hand gelopen. Wij hadden zoiets van: als je het nou net wat eerder had gedaan, dan had het niet die belasting op de intensive cares gegeven.

Mevrouw **Mutluer**:

Inderdaad is in december 2021 de beperkte ic-capaciteit door de hoge uitval van het zorgpersoneel een knelpunt. De OVV zegt ook: code zwart dreigde niet vanwege het aantal beschikbare bedden, maar vanwege het verminderde aantal zorgmedewerkers dat na twee intensieve jaren beschikbaar was. Dat leidde uiteindelijk wel tot de omikronlockdown.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Zegt u daarmee eigenlijk dat als er meer aandacht was geweest voor herstel van zorgmedewerkers in die periode na de tweede lockdown, deze derde lockdown voorkomen had kunnen worden?

Mevrouw **Buurman**:

Ehm ...

Mevrouw **Mutluer**:

Kun je dat zo stellen?

Mevrouw **Buurman**:

Nee, dat kan je niet zo stellen, denk ik, want die deltavariant en die Britse variant, nee, die omikronvariant waren er sowieso wel gekomen. Ik denk dat het veel effectiever was geweest om ... In de tweede golf is er continu op net voldoende ic-capaciteit gestuurd. Daardoor heeft die golf heel erg lang

geduurd. Dat heeft uiteindelijk wel geleid tot overbelasting van onder anderen ic-verpleegkundigen, maar ook andere verpleegkundigen. Ik snap wat u bedoelt. Uiteindelijk zijn er natuurlijk veel mensen uitgevallen, maar ik denk dat het voor de derde golf uiteindelijk ook effectief was geweest als er gewoon eerder maatregelen waren genomen. Ja. Ik heb ook het verhoor gezien van Amrish Baidjoe, die ook zei: voordat mensen op de ic komen, zijn er al zo veel dagen overheen gegaan; je hebt ook nog een window of opportunity waarin je kan interveniëren, dus als je dat eerder doet, dan hoeft het niet tot overbelasting van de zorg te komen en tot net haalbare ic-capaciteit.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: eerder ingrijpen had overbelasting bij die zorgmedewerkers kunnen voorkomen.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Over die overbelasting gesproken: ik heb u net iets horen zeggen over traumazorg. U pleit ervoor om de klachten als gevolg van de werkdruk van de zorgmedewerkers goed in de gaten te houden door het opzetten van een landelijke monitor. Is die monitor er ooit gekomen?

Mevrouw **Buurman**:

Nee. Nee. Wat destijds wel gebeurd is – dat hebben werkgevers goed geregeld, vind ik – is dat er eigenlijk in bijna alle organisaties traumaopvang was. Je zag dat werkgevers heel erg aan het nadenken waren over: hoe kunnen we er met die ingrijpende situaties voor zorgen dat medewerkers goed worden ondersteund? Denk aan supportlijnen, maar ook aan moreel beraad, debriefing en al dat soort dingen. Uiteindelijk is er wel meer aandacht voor gekomen, maar monitoring daarvan is er niet gekomen.

Mevrouw **Mutluer**:

Vindt u dat wenselijk? En waarom?

Mevrouw **Buurman**:

Nou, ook nu nog vind ik het wenselijk, omdat ... Je zou het eigenlijk wat breder ... Je zou het op trauma kunnen doen, maar daar hoort dan wat mij betreft ook burn-out en posttraumatische stress bij. We hadden het net al even over agressie. Dat is een toenemend probleem en mensen kunnen

daardoor ook uitvallen. Maar burn-out is ook een groot vraagstuk binnen de zorg. We hebben destijds, in de zomer van 2021, samen met de Federatie Medisch Specialisten in beeld gebracht wat de klachten waren waar mensen op dat moment mee te maken hadden. We zagen destijds dat mensen angstig waren, soms echt slecht slapen en enorm vermoeid waren. Dat was ook begrijpelijk, omdat je natuurlijk al heel lang onder druk werkte. Je zag dat die klachten aanwezig waren, maar ik denk zelf dat het hoge ziekteverzuim ook nog steeds deels verklaard wordt door die werkdruk en die agressie. Het is dus eigenlijk nog steeds relevant om dat beter in beeld te brengen, omdat je daarmee betere begeleiding kan bieden.

Mevrouw **Mutluer**:

Op dat laatste kunnen we nog wel even kort ingaan. Want monitoren is één, maar aan de andere kant wil je natuurlijk ook het herstel van de gezondheid van je zorgmedewerkers in een langdurige gezondheidscrisis bevorderen. Wat voor adviezen kunt u daaromtrent geven?

Mevrouw **Buurman**:

Daarin kan je, vind ik, veel leren van Defensie. "De geüniformeerde beroepen" – zo noem ik ze even, maar daar vallen bijvoorbeeld ook ambulanceverpleegkundigen en de politie onder – zijn eigenlijk beroepen die heel veel aandacht hebben voor dit soort vraagstukken als traumaopvang, omdat dit gezien de aard van hun werk veel voorkomt. Dat geldt ook voor Defensie. In die tijd hebben we ook veel gewerkt met Defensie en hen ook om adviezen gevraagd. Hoe doen jullie dat nou? Hoe zorgen jullie er nou voor dat je inderdaad kan herstellen? Maar een deel van die adviezen konden wij in Nederland niet doen. Als Defensie terugkomt van een periode van uitzending, zijn ze met elkaar een week of twee weken, volgens mij, op een bepaalde plek. Maar die ruimte was er niet; dat voor de hele zorg doen, lukte op dat moment gewoon niet. Ik denk dat als je dit goed wilt doen – ik ben geen traumadeskundige, dus ik vind het moeilijk om te zeggen hoe je dat helemaal zou moeten doen – je er wel structureel meer aandacht voor zou moeten hebben in de organisatie. Ik denk dat het ook deels een werkgeversverantwoordelijkheid is om die opvang goed te regelen. Dat gaat dus inderdaad ook over ...

Mevrouw **Mutluer**:

Maar je zoekt ook naar eenduidigheid. Je wilt niet dat het afhangt van je eigen organisatie of je ...

Mevrouw **Buurman**:

Dat is het, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

... de juist zorg krijgt of niet.

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

U pleit voor een landelijke monitor. Mijn vraag is: hoort daar dan ook een soort landelijke ...

Mevrouw **Buurman**:

We hebben dat dus uiteindelijk wel gedaan samen met de Federatie Medisch Specialisten en ARQ. Dat laatste is het instituut voor psychotrauma. Die hebben hierover een richtlijn gemaakt, waarin eigenlijk al deze aanbevelingen staan, en wat je als individu kunt doen, wat je als organisatie kunt doen en wat je landelijk moet doen. Die richtlijn is er dus wel, maar ik denk dat die nog wisselend geïmplementeerd wordt in de organisaties.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat zou dan anders moeten in uw beleving?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot slot, want door de hitte ga ik in plaats van u "je" zeggen en wordt het woord "presymptomatisch" lastig uitspreekbaar. Ik wil u de laatste vraag over een heel ander onderwerp stellen. Ik heb de heer Gommers eerder al aangehaald naar aanleiding van zijn opmerkingen over eenzaam sterven in ziekenhuizen. Maar hij gaf eerder deze week nog iets aan, namelijk dat de uitbreiding van de ic-capaciteit lastig is, omdat je daar gespecialiseerde verpleegkundigen voor nodig hebt. We hebben in Nederland een beperkt aantal ic-bedden als je dat vergelijkt met België en Duitsland. Wij hebben minder gespecialiseerde verpleegkundigen. Die heb je nodig, maar die kun je geen duimen laten draaien als de ic's niet vol liggen, zei hij. Hij suggereerde een flexibel systeem, waarbij ic-verpleegkundigen in rustiger tijden elders zouden kunnen worden ingezet. Ik ben heel erg benieuwd hoe u, ook vanuit uw professie, tegen een dergelijk flexibeler systeem aankijkt, gelet op het

feit dat wij dus een beperkt aantal ic-bedden hebben en dat dat wellicht bij een volgende pandemie niet wenselijk zou zijn. Hoe kunnen we dat voorkomen?

Mevrouw **Buurman**:

Dat is een hele brede vraag. Ja, het lijkt een smalle vraag, want je kan die alleen vanuit de ic's beantwoorden, maar ik zou 'm dan persoonlijk iets breder willen beantwoorden. Dit is namelijk een vraag die momenteel heel actueel is. Hoe zorg je dat je voldoende zorgmedewerkers hebt en dat je voldoende verpleegkundigen en verzorgenden opleidt, sowieso voor de Nederlandse gezondheidszorg? Tijdens de covidpandemie hadden we namelijk al een personeelstekort, maar doordat we in Nederland ook een stijging hebben van de zorgvraag neemt die vraag naar zorgmedewerkers enorm toe. Dus als je het nu bekijkt – ik weet niet zeker of het echt gaat uitkomen – verwachten we dat we 300.000 zorgmedewerkers tekort hebben. Daarvan is ongeveer 70% verpleegkundige of verzorgende. Dat heeft dus gewoon ongelofelijke impact op het hele zorgsysteem, dus niet alleen op de intensive cares, maar ook in de verpleeghuizen en de wijkverpleging.

Als je dat wilt voorkomen, moet je mijns inziens een paar dingen doen. Je moet als kabinet nu maatregelen nemen om echt de instroom in die essentiële beroepen te bevorderen. En met essentiële beroepen bedoel ik dan de beroepen die het fundament vormen van onze maatschappij, dus: onderwijs, veiligheid, defensie, techniek en zorg. Zorg dat je ook stuurt. Die heb je nodig om een maatschappij te laten draaien, en ook weer als je een nieuwe pandemie krijgt. Dus je zult iets moeten doen om ervoor te zorgen dat scholieren voor dit vak kiezen. Dat kan je met stimulansmaatregelen doen. In het nieuwe regeerprogramma zijn daar aanknopingspunten voor, maar voor de zorg is het eigenlijk het minst specifiek, terwijl het het hardst nodig is. Dus dat is wat je kan doen.

Daarnaast moet je dan nog gespecialiseerde verpleegkundigen opleiden, bijvoorbeeld voor de intensive cares, maar dat geldt ook voor de operatiekamers, de spoedeisende hulp en de ambulances. Daarvoor hebben we in Nederland al een meer flexibel systeem. Vroeger, en dan spreek ik over vijf jaar geleden, duurde die opleiding 18 maanden. Nou, als je die nu doet als je van de verpleegkundeopleiding komt, is die nog steeds 18 maanden. Maar wil je bijvoorbeeld daarna de stap maken naar ... Dus zeg: je werkt op de ic, maar je wilt daarna naar de ambulance, dan kan je dat al veel flexibeler doen. Dan hoeft je dus niet meer de hele opleiding te doen, want dan wordt er van uitgegaan dat je op de ic ook al vaardigheden hebt

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

geleerd. Dat heet inderdaad "flexibel opleiden". Dat vind ik een goede ontwikkeling. Ik ben het ermee eens dat je dat veel meer op die manier zou kunnen inzetten.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat was een brede vraag en volgens mij ook een breed antwoord. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog één vraag. Ik hoorde u, volgens mij, net een aantal keer zeggen: er wordt gestuurd op net geen volle ic's. Klopt dat?

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

Mevrouw **Lammers**:

We hebben ook een aantal mensen gehad die zeiden: nou, maar dat deden we helemaal niet. Dus ik ben even benieuwd waar bij u de signalen vandaan kwamen dat dat wel werd gedaan. Waar kwam dat gevoel vandaan?

Mevrouw **Buurman**:

Wij hebben als beroepsvereniging heel veel verschillende afdelingen. Een van die afdelingen is de V&VN Intensive Care. Daar zijn de intensivecareverpleegkundigen vertegenwoordigd. Hun voorzitter is ook een ic-verpleegkundige. Eigenlijk hebben wij in de hele covidpandemie heel nauw samengewerkt met ic's in Nederland en hebben we ook geprobeerd dat in beeld te brengen. We hebben bijvoorbeeld meerdere keren enquêtes uitgestuurd. Daarop reageerde meer dan 50% van de ic-verpleegkundigen. Dan kan je dus wel zeggen dat het in ieder geval representatief is. Het gevoel was wel dat het lang duurde. Een van de drie doelstellingen van het kabinet was, naast kwetsbaren beschermen, ervoor zorgen dat de zorg het volhield. Zeg ik dat goed? Hoe ... Dat de zorg het volhoudt, zoiets. Dat was dus ook wel een stukje daar de grenzen van opzoeken. Ja.

Mevrouw **Lammers**:

Oké, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Buurman. We zijn hiermee aan het einde gekomen van dit openbare verhoor. Ik verzoek de bode om de getuige en haar bijstandsverlener naar buiten te leiden.

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

De **voorzitter**:

Mijn collega gaf het al aan: het schijnt vandaag mooi weer te zijn. De commissie zal straks dus deze Haagse bunker verlaten, maar aanstaande maandagochtend zijn we hier weer te vinden voor het eerstvolgende openbare verhoor. Volgende week staat in het teken van het onderwijs. Het eerste verhoor vindt maandagochtend om 10.00 uur plaats met de heer Károly Illy. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 16.48 uur.