



## INTERVIEWVERSLAG ONDERZOEK AANPAK CORONACRISIS

**Datum interview** : 29 maart 2021  
**Locatie interview** : Videobelafsprak  
**Naam geïnterviewde** : ( 5.1.2e )  
 ( 5.1.2e )  
 ( 5.1.2e )  
**Organisatie** : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
**Functie** : 5.1.2e  
 5.1.2e  
**E-mailadres** : 5.1.2e @minvws.nl; 5.1.2e @minvws.nl;  
 5.1.2e @minvws.nl  
**Telefoonnummer** :  
**Namens Onderzoeksraad aanwezig** : 5.1.2e

### Inleiding Onderzoek

De Onderzoeksraad voor Veiligheid doet onderzoek naar de aanpak van de coronacrisis door de Nederlandse overheid en andere betrokken partijen. Dit doet de Raad mede op verzoek van het kabinet.

Bij het onderzoek kijkt de Raad onder meer naar de voorbereiding op een pandemie, de crisisbeheersing en de getroffen maatregelen en de uitfasering van deze maatregelen. Daarnaast kijkt de Onderzoeksraad ook naar de effecten van de coronacrisis op de veiligheid van kwetsbare mensen in de samenleving, zoals bewoners van verpleeghuizen. Het doel van het onderzoek is om lessen te trekken voor eventuele toekomstige epidemieën.

### Verslag gesprek

5.1.2e 5.1.2e  
 5.1.2e Dit crisiscentrum is onder andere verantwoordelijk voor het opleiden, trainen en oefenen van het departement in voorbereiding op een crisis, en afstemming met het NCC tijdens een crisis. Er zijn vier crisiscoördinatoren en één ondersteunende medewerker. Daarnaast zijn er drie parttime crisiscoördinatoren die piket meedraaien (in totaal zeven). Ook zijn er zes dienstdoende ambtenaren die meedraaien in het piket. 5.1.2e 5.1.2e

5.1.2e 5.1.2e  
 5.1.2e

5.1.2e 5.1.2e  
 5.1.2e

### Organisatie infectieziektebestrijding binnen VWS

Het departementaal crisiscentrum (DCC) werkt voor het hele ministerie, maar is ondergebracht bij de directie Publieke Gezondheid omdat daar het gevoelige onderdeel infectieziekten en zoönose zit.



De directie doet uiteenlopende dingen in de voorbereiding op infectieziekten, zoals draaiboeken maken, afstemmen met het RIVM en andere ministeries. Ook worden internationale contacten onderhouden samen met de directie internationale zaken. PG volgt de ontwikkelingen bij de WHO op het gebied van *international health regulations*, en bezoekt samen met het RIVM ieder jaar meetings. Ook brengt Nederland kennis en ideeën in, en rapporteert Nederland jaarlijks aan de WHO hoe het land is voorbereid op een infectieziektecrisis. Ook in de EU wordt veel ontwikkeld op het gebied van infectieziekten, waar de directie op aangehaakt is. Voor de coronacrisis was dit vooral theoretisch, want Europa werd bij eerdere infectieziekten zoals ebola niet rechtstreeks geraakt. Wel bracht deze ziekte een bewustzijn teweeg, een wake up call waarbij de landen zich afvroegen of de voorbereiding op papier wel klopte met de realiteit.

Het RIVM is formeel benoemd tot *national focal point* en is het technische aanspreekpunt voor de WHO. Het ministerie van VWS is het aanspreekpunt als lidstaat. De formele communicatie waarbij het land als lidstaat wordt aangesproken loopt via het ministerie, dus dan wordt de minister aangeschreven. Als het gaat om technische informatie over infectieziekten en uitbraken wordt het focal point aangesproken. Af en toe is niet helemaal duidelijk wie er aangesproken moet worden, maar omdat het ministerie in nauw contact is met het RIVM, is dat geen probleem.

#### *Afdelingen betrokken bij infectieziekten*

Alle directies binnen VWS kunnen betrokken raken bij het onderwerp infectieziektebestrijding en crisis. Bij Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie komen ook uitbraken voor, maar ook curatieve zorg, langdurige zorg, geneesmiddelen en zelfs sport en jeugd zijn aangehaakt. Daarbij komen ook Internationale Zaken en Zorg en Jeugd Caribisch Nederland. Al deze directies hadden al een of meerdere crisisbeleidsadviseurs (behalve sport en jeugd) die in het netwerk van DCC zitten en worden meegenomen in oefeningen. Bij een oefening neemt één persoon per directie deel in het OTCb en een in het BTCb.

Verder is het ingewikkeld om te beantwoorden hoeveel mensen er betrokken zijn, omdat het een hele keten betreft. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen de koude en warme fase. In de koude fase houdt de gehele afdeling Crisisbeheersing en Infectieziekten (zeventien mensen) zich op allerlei manieren bezig met vaccinatieprogramma's en antibioticaresistentie en dergelijke, maar als er een uitbraak is, raken er veel meer mensen betrokken. Ook bij het RIVM en de GGD houden mensen zich ermee bezig.

De belangrijkste stakeholders in de koude fase zijn Veiligheidsregio's, het RIVM, GGD en alle andere ministeries. LNV is aangehaakt als het gaat om zoönosen, en IenW over desinfectie en omgeving en milieu.

Het contact van VWS met het ROAZ en het Landelijk Netwerk Acute Zorg verloopt via de beleidsdirectie vooral via curatieve zorg. Zowel op medewerkersniveau als directie- en DG niveau is er contact. De geïnterviewden zijn onder de indruk van de scenario's die gebruikt worden bij regionale oefeningen.

#### *Relatie met GGD*

De GGD GHOR Nederland is een vereniging van GGD-en. De directeur van de directie Publieke Gezondheid heeft met de BAC GHOR (bestuurlijke adviescommissie) structureel contact. Ook zijn er programmacolleges rondom bepaalde onderwerpen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor bepaalde taken waar zij een GGD voor hebben. Het RIVM heeft samen met de GGD de taak van een soort brandweer. Via de wet Publieke Gezondheid, de voorzitters van de Veiligheidsregio's en burgemeesters heeft het DCC lijntjes met de GGD, en inhoudelijk via het RIVM naar de GGD. Het RIVM doet samen met GGD GHOR projecten en dergelijke, en heeft contact over de uitvoering van het vaccinatieprogramma.



Wanneer het DCC meedoet aan een regionale oefening krijgt ze vaak met een GGD of GHOR bureau te maken. Het BAO, het bestuurlijk afstemmingsoverleg dat na een OMT beraadslaagt, heeft ook een bestuurlijke vertegenwoordiger vanuit de GGD.

#### *Taak van RIVM bij voorbereiding infectieziektebestrijding*

De taak van het RIVM is met name op de inhoudelijke ondersteuning en voorbereiding: het maken van inhoudelijke draaiboeken, LCI richtlijnen zowel richting GGD als ziekenhuis. Die zijn breed, maar gericht op de inhoud. De voorbereiding bij DCC is meer bestuurlijk, bijvoorbeeld zorgen dat er contacten zijn met bestuurlijke partners, het internationale netwerk en het interdepartementale netwerk.

Het RIVM maakt gebruik van een risicostructuur en heeft de taak om DCC en CBA te waarschuwen als er een infectieziektebedreiging is. Zij signaleren dat, schalen op en melden het bij DCC. Ook adviseren ze CI over bestrijding zodat zij besluitvorming kunnen maken met het bestuurlijke circuit. Het signaleringsoverleg en het responsteam schaal op naar een OMT in een advies aan VWS.

Wanneer er een advies komt van een signaleringsoverleg of een OMT, kunnen er een aantal processen in werking gaan bij VWS. Het kan zijn dat ze met andere departementen moeten overleggen, of er met bestuurlijke partners die verantwoordelijk zijn voor infectiebestrijding overleggen, of zelf de lijn in, internationaal iets doen met de informatie, of ermee naar de Tweede Kamer. Het kan ook zijn dat het de eigen crisisorganisatie van de overheid in moet. DCC stuurt van alle officiële meldingen een rapport naar betrokkenen binnen VWS (van CBA tot en met bewindspersonen).

#### *Voorbeelden van signalen voor corona*

Wekelijks heeft RIVM een signaleringsoverleg. De meeste signalen zijn ter info, maar soms is er een serieuze melding waar VWS meer mee moet. De meer serieuze meldingen worden ook gedeeld met DCC en de CBA. Type signalen die het DCC kreeg voor de coronacrisis, waren bijvoorbeeld mazelen op Urk. Dat was inhoudelijk misschien minder interessant, maar VWS wilde graag goed geïnformeerd blijven omdat er een dalende vaccinatiegraad was, wat in de politiek gevoelig lag. Ook meningokokken W kreeg een aantal OMT adviezen, waarna er een vaccinatiecampagne onder pubers werd gelanceerd.

#### *Ontwikkelingen in de aanpak van infectieziektecrises*

In de jaren voor de coronacrisis zijn er verschillende momenten geweest die voor aanpassingen in de aanpak van infectieziektecrises hebben gezorgd. In 2009 was er de pandemische griep (Mexicaanse griep) waarna protocollen werden aangepast. Na deze griep werd de Europese regel 1082 gemaakt, die gaat over grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Nadien is die verbreed zodat er nu ook milieurisico's en dergelijke in zijn opgenomen. Er werd na de pandemische griep een evaluatie uitgevoerd met een kabinetsreactie daarop, waarna draaiboeken werden aangepast. Het grootste kritiekpunt was toen de hoeveelheid vaccins die aangekocht is, dus dat was minder relevant voor de coronacrisis. Eén van de besluiten was dat Europa gezamenlijk vaccins zou gaan aankopen en vaccinproductiecapaciteit zou reserveren. Daardoor verliep de aankoop van vaccins in Europa nu makkelijker. Tevens werd er na de pandemische griep goed nagedacht over de rolverdeling tussen de Gezondheidsraad en het OMT. De taakverdeling is daardoor nu helder. GR richt zich in principe op lange termijnadviezen, maar werkt nu hard aan advisering over nieuw vrijgegeven vaccins door de EMA. Waarschijnlijk hebben sommige lessen zich ook doorvertaald naar regionale of sectorale draaiboeken.

Van 2005-2010 kwam er Q-koorts voor, waardoor de samenwerking met het ministerie van LNV is uitgebreid en aangepast. Ook kwam er een zoonose-structuur, gebaseerd op de infectieziektestructuur. In 2014 brak Ebola uit naar aanleiding waarvan allerlei protocollen zijn aangepast. De aanpassingen waren meer technisch dan bestuurlijk, bijvoorbeeld over het aan- en uittrekken van beschermende pakken. Ook kwam er meer internationale samenwerking en werd er



vanuit de EU een stand-by crisisorganisatie ingericht. Bij Ebola werd ook duidelijk dat het naast de publieke gezondheidskant, belangrijk was om te weten hoe om te gaan met een besmettelijke ziekte in een ambulance, huisartsenpraktijk of ziekenhuis. Naar aanleiding van Ebola heeft het RIVM een werkgroep opgericht om publieke gezondheid (GGD-en) te verbinden met curatieve zorg.

Binnen de WHO barstte de discussie los over *international health regulations* en in hoeverre landen daar werkelijk aan voldeden. *International health regulations* is een internationaal verdrag waaraan alle 193 lidstaten zich in 2005 hebben geëngaat en waarin een verplichting is opgenomen tot jaarlijkse rapportage over hoe het staat met de implementatie. Het bleek dat een deel van de landen niet hun jaarlijks verplichte rapportage inleverden en dat landen sociaal wenselijke antwoorden gaven. Er werd gezocht naar een manier om een juiste weergave te bereiken van hoe landen er werkelijk voor stonden qua capaciteit voor infectieziektebestrijding. Er kwam een promotie van *joint external evaluation*, waarbij een auditteam van experts langs komt om te bekijken hoe de situatie in werkelijkheid was. Nederland was een groot voorstander van deze evaluatie, maar niet elk land wilde een auditteam toelaten inclusief publicatie van het eindrapport. Het is dus niet verplicht geworden. Bovendien is de jaarlijkse zelfrapportage vragenlijst aangepast, waardoor de WHO een completer beeld heeft. De WHO zelf maakt de uitslag hiervan bekend op haar website, en heeft de ontwikkeling naar meer transparantie gemaakt.

#### *Vorbereiding op infectieziektecrises binnen VWS*

Door het jaar heen voert VWS een aantal oefeningen uit van OTCb/BTCb. Sinds twee jaar is er ook een grote departementale oefening waar alle directies op zijn aangehaakt. Deze duurt een dag en is bijna *realtime*. De eerste oefening ging over een infectieziekte en de tweede over uitval van stroom. Door het jaar heen zijn er ook enkele kleinere oefeningen.

De grootste oefening op het gebied van infectieziekten werd gedaan in 2018 en was genaamd *Summer sickness*. Het scenario was een uitbraak van een besmettelijker variant van het norovirus tijdens een warme zomer. Het bijzondere aan de uitbraak is dat geïnfecteerde personen heftigere ziekteverschijnselen laten zien, en ook mensen buiten de bekende risicogroepen worden getroffen. Na nieuwe uitbraken bij AZC's in andere delen van het land ontstaat er forse onrust op sociale media en in reguliere nationale media. Binnen korte tijd komen er jonge kinderen te overlijden, en vinden nieuwe uitbraken plaats bij een verpleeghuis, zorgboerderij, jongerencamping en crèche, in heel verschillende delen van Nederland. Ook leverde het extra druk op de zorg op. DCC maakt de scenario's samen met Berenschot. Eerst bedenken ze samen hoe zoveel mogelijk directies binnen VWS aangehaakt kunnen worden, en vervolgens wat de primaire crisis is. Op hoofdlijnen wordt het scenario bedacht, waarna Berenschot veel onderzoek doet naar wat het kan betekenen in de praktijk en hoe een sector ermee omgaat. Soms worden aspecten aan de CBA voorgelegd, maar die doet vaak ook mee aan een oefening en kan dus van tevoren niet teveel betrokken worden bij het scenario.

#### *Regionale oefeningen*

Regio's voeren ook oefeningen uit en vragen soms aan de afdeling CI of het DCC om mee te doen, meestal als responscel. Regio's kunnen dan vragen stellen aan VWS. Vaak zijn dat meer algemene of juist operationele vragen. Soms komen er ook actiepunten uit, bijvoorbeeld over de crisisbestendigheid van de uitvaartsector. Het ministerie van Binnenlandse Zaken heeft daar naar aanleiding van een actiepunt een onderzoek over uitgevoerd. De afdeling CI heeft verder geen zicht op alle regionale oefeningen en evaluaties daarvan.

Het doen van oefeningen heeft ongetwijfeld positieve effecten gehad op de huidige coronacrisis, maar op welke manier is moeilijk te zien. In ieder geval hebben ze een belangrijke netwerk functie binnen VWS. De oefeningen kunnen over alle crisis gevoelige onderwerpen bij VWS gaan en de samenwerking met betrokken partijen.



#### *Vorbereiding op langdurige crisis*

Het uitzonderlijke aan de coronacrisis is niet alleen hoe lang, maar ook hoe breed het maatschappelijke effect ervan is. De lengte van een crisis komt in de voorbereiding voor in de zin dat mensen afgelost moeten worden en bijvoorbeeld in deze crisis met duo's werken. Veel infectieziekten duren lang, maar een oefening is gericht op hoe de contacten en samenwerking verlopen: de crisisstructuur en het -proces. Deze oefeningen duren een aantal uur. Het is moeilijk om hierin een langdurige crisis als Corona na te bootsen.

#### *Invloed op maatregelen die RIVM uitvoert*

VWS is stelselverantwoordelijke voor de manier waarop diagnostiek, bron- en contactonderzoek en vaccinaties worden gecoördineerd. VWS geeft het RIVM opdracht om die zaken uit te voeren. Gemeenten moeten vervolgens zorgen dat de GGD voldoende geëquipeerd en voorbereid is, want die is verantwoordelijk voor de uitvoering van infectieziektenbestrijding (en daarnaast is de gemeente ook verantwoordelijk voor de uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma). Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) en de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding hebben richtlijnen hoe bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek uit te voeren, hoe testen en vaccinaties uitgevoerd moeten worden en dergelijke. De ziektes waar al vaccins voor zijn, worden meer vanuit preventie dan bestrijding benaderd, dus dan wordt er gekeken wat er mogelijk is in het rijksvaccinatieprogramma. Bij bijvoorbeeld meningokokken B zat het tussen bestrijding en preventie in, want daar werd eerst bestreden en werd het daarna in preventie opgenomen. Daar zijn draaiboeken en protocollen voor.

VWS geeft opdracht aan het RIVM via een jaarlijkse offerteaanvraag en houdt zicht op de uitvoering hiervan. VWS doet een offerte aanvraag, het RIVM levert de offerte en die wordt vervolgens goedgekeurd. Vaak is de offerte infectieziektebestrijding voor 95% hetzelfde als die van het jaar ervoor, met een kleine andere invulling. Er is veel contact onderling en er is periodiek overleg tussen 5.1.2e (5.1.2e) en 5.1.2e. Iedere week werkt er iemand van het CIb bij VWS en andersom.

#### *Grootschalige inzet van diagnostiek en bron- en contactopsporing*

Er is in de voorbereiding van een infectieziektecrisis goed nagedacht over diagnostiek en bron- en contactonderzoek, maar zoals die nu worden ingezet gaat het voorstellingsvermogen te boven. Bij een wijdverspreide *community transmission* zoals die nu speelt, is bron- en contactonderzoek eigenlijk niet meer relevant, zoals bij de pandemische griep. Met corona moet het echter toch ingezet blijven worden, hoewel het instrument er niet op toegesneden is. Hetzelfde geldt voor diagnostiek. Er is kortom veel improvisatievermogen nodig om dit uit te voeren.

#### *Uitzonderlijkheid van Covid-19*

De onderzoekers vragen hoe het verklaard kan worden dat een pandemie zoals de coronacrisis het voorstellingsvermogen te boven ging. Covid-19 heeft een vervelende mengeling van allerlei eigenschappen van virussen. Vaak zijn mensen niet besmettelijk voordat ze verschijnselen hebben, zoals bij MERS en SARS, maar bij corona wel. Bij griep zijn mensen wel degelijk besmettelijk voordat ze verschijnselen hebben, maar voor corona hadden mensen nog geen enkele weerstand zoals bij griep. Bovendien is het sterftepercentage, hoewel niet heel hoog, wel behoorlijk. Uiteraard had men bij de voorbereiding al wel kunnen bedenken dat er een virus zou komen met een bepaald sterftepercentage, dat via de lucht wordt overgebracht en al besmettelijk is voor je verschijnselen hebt, maar dat is het *worst case scenario*.

Vervolgens zijn er eigenlijk drie typen aanpak: de doden voor lief nemen (zoals Brazilië), heel streng zijn (zoals in Azië of Nieuw-Zeeland) of zo goed mogelijk proberen te leven met verschillende golven en een vaccin laten ontwikkelen. Die laatste is wat Nederland probeert te doen, en het improvisatievermogen dat daarvoor nodig is, is wel geoefend. Dat gebeurde onder andere door eerdere uitbraken van virussen waarbij een OMT-advies en een BAO werden ingezet. Ook door de ebola uitbraak en de oefeningen die gedaan zijn, is het improvisatievermogen

geoefend. Daarnaast zijn veel mensen binnen het ministerie goed voorbereid op een uitbraak. Elke minister of DG die start, moet allereerst een crisisoefening doen zodat hij of zij weet wat diens rol is en wat het ministerie wel en niet doet. De structuren en processen die je kent geven houvast, en relaties met het RIVM en andere stakeholders zorgen ervoor dat iedereen met elkaar voorbereid is om met elkaar te improviseren.

#### *Beschikbaarheid zorgcapaciteit en middelen voor de zorg*

De beschikbaarheid van zorgcapaciteit was bij de griepuitbraak van 2018/2019 ook aan de orde omdat het een langdurige uitbraak was en veel mensen in het ziekenhuis belandden. Tegelijkertijd hadden veel medewerkers zelf griep. Bij curatieve zorg is nadien doorgepraat met hun zorgpartners over hoe ze daar in het vervolg beter op voorbereid konden zijn. 5.1.2e van curatieve zorg kan hier meer over vertellen.

#### *Vorbereiding voor verpleeghuizen*

Tijdens de coronacrisis waren er veel besmettingen en doden in verpleeghuizen. Verpleeghuizen worden meegenomen in het beleid, onder meer doordat er een crisisbeleidsadviseur bij langdurige zorg is. Er is bovendien een risicogroepenbeleid voor infectieziekten, voor oude, jonge en zwangere mensen. Op die manier is er aandacht voor kwetsbaren in de protocollen en draaiboeken. De geïnterviewden hebben geen zicht op hoe langdurige zorgpartners worden betrokken bij regionale oefeningen.

Als het gaat om antibioticaresistentie, een infectie met een resistente bacterie, is het goed om curatieve zorg, publieke gezondheid en langdurige zorg met elkaar te verbinden, omdat een resistente bacterie in een verpleeghuis moeilijker te bestrijden is dan in een ziekenhuis. De maatregelen die in een ziekenhuis gebruikt worden, zijn niet houdbaar in een verpleeghuis omdat de mensen daar langer verblijven. Het is daarom goed om de expertises die in curatieve zorg en publieke gezondheid zijn ook voor langdurige zorg beschikbaar te maken. Er zijn daarom regionale netwerken antibioticaresistentie om de langdurige zorg ook te betrekken, wat mogelijk een goede invloed heeft gehad op de regionale samenwerking bij corona. Of het ook invloed heeft gehad op het beschermen van kwetsbaren in langdurige zorg, is moeilijk om te bepalen.

#### *Mening over de infectiecrisisstructuren OMT en BAO*

Bij Publieke Gezondheid komen heel wat OMT's en BAO's langs, dus de geïnterviewden hebben daar veel ervaring mee. De afspraken erover zijn in een BAO besluit vastgelegd. Het OMT geeft adviezen op basis van de wetenschap en expertise. Die adviezen worden vervolgens bestuurlijk gewogen op haalbaarheid en wenselijkheid. Dat is een goede structuur om te volgen, en het heeft zichzelf bewezen als iets dat goed werkt. De juiste vertegenwoordiging in een bestuurlijk afstemmingsoverleg miste bij zoönose, waardoor de uitvoerders problemen kregen, bijvoorbeeld bij het delen van data. Daarom is nu ook een rol voor de sector in het BAO-Z toegevoegd in de zoönose structuur. De twee vullen elkaar goed aan.

Tijdens corona heeft het ook goed gewerkt, maar de crisis werd zo interdepartementaal en internationaal, dat het OMT-advies niet meer alleen werd gebruikt voor het BAO maar ook voor informatie aan andere departementen, de Tweede Kamer en internationaal. Het betreft bovendien niet enkel een infectieziektecrisis maar een maatschappelijke crisis, waardoor men vroeg om andere expertises in het OMT. De verwachtingen van het OMT moesten bijgesteld worden, omdat er behoefte was om allerlei andere aspecten, de maatschappelijke, sociale en financiële, er ook bij te halen. Dat zegt echter alleen dat er op die gebieden ook expert advies ingewonnen moet worden. Het systeem zoals het bedoeld is, werkt echter nog steeds goed.

#### *Analistennetwerk Nationale Veiligheid*

Het ANV publiceert rapporten zoals het Nationale Veiligheidsprofiel en geïntegreerde risicoanalyses. Die rapporten zijn bekend bij VWS. Er zijn verschillende werkgroepen die verder gaan met de risico's die geïdentificeerd zijn door ANV. Ook is er een bestuurlijk overleg dat eens in de paar jaar

een nieuwe strategie vaststelt. De laatste is uit 2017 en er komt nu een midterm review aan. Interdepartementaal wordt geïnventariseerd welke onderwerpen er in de strategie moeten en infectieziekten is daar een van. De strategie is op hoofdlijnen, waarna departementen het zelf verder uitwerken in brieven, draaiboeken en Kamerstukken. Op het gebied van infectieziekten worden er zo'n twee paragrafen in de strategie opgenomen, dus het is op hoog abstractieniveau. Binnen VWS wordt het binnen de afdeling CI verder uitgewerkt, zoals bijvoorbeeld in de interdepartementale draaiboeken infectieziekten. VWS is lid van de ambtelijke werkgroep voor nationale veiligheidsstrategie van NCTV, maar het RIVM zit in het analistenennetwerk zelf.

#### *Urgentie van voorbereiding op infectieziektecrisis bij de overheid en in Nederland*

Vanuit de geïnterviewden gezien is een infectieziektecrisis iets waarvan de overheid vond dat ze daarop voorbereid moest zijn. Het hele DCC is ermee bezig en de afdeling infectieziekten. De geïnterviewden zijn er altijd mee bezig, en voor corona was er een periode van dalende vaccinatiegraad, waardoor de dreiging van een uitbraak op dat punt speelde. In de politiek was het ook een onderwerp. Verder zijn er geen grote fluctuaties geweest dat er ineens meer aandacht voor infectieziekten kwam (behalve bijvoorbeeld tijdens de Mexicaanse Griep), het was iets dat constant relevant was. Ook was er altijd wel iets dat opkwam, zoals antimicrobiële resistentie, een stijging van SOA's of een vaccin dat aangepast moest worden. De afdeling weet dat er altijd een crisis aan kan komen op het gebied van infectieziekten.

Ook hun beeld van hoe Nederland was voorbereid op een infectieziektecrisis is positief. Nederland was goed voorbereid, hoewel de coronacrisis uiteraard iedereen heeft overvallen in de reikwijdte en grootte ervan. Internationaal gezien, stond Nederland bovenaan het lijstje als het ging om een goede voorbereiding, en Nederland zou een auditteam van de WHO vol vertrouwen kunnen ontvangen. Uiteraard betekent dat niet dat Nederland niet nog beter voorbereid had kunnen zijn. De crisisaanpak is opgeschaalde reguliere zorg, en daar zitten beperkingen aan in de warme fase. Ook is de aanpak in Nederland cultureel bepaald, en er zijn altijd landen die het op bepaalde punten beter doen, waar iedereen dan naar wijst. Die typen aanpak passen echter niet bij Nederland omdat vrijheid en de bescherming van privacy een groot goed is.

#### *Leerpunten en succesfactoren*

Een specifiek onderdeel waar VWS van heeft geleerd, is dat er nooit geoefend is op een crisis die zo politiek en maatschappelijk is dat er naast de bedachte structuur heel veel processen gaan spelen. Er wordt gekeken of die aspecten in de toekomst wel structureel een plek kunnen of moeten krijgen in het handboek.

Ook was het voor de coördinatoren ingewikkeld dat de crisis een omslag had van infectieziektecrisis naar maatschappelijke crisis, en om daarbij te bepalen wat de rol van VWS was. De relaties van VWS met bijvoorbeeld RIVM waren niet genoeg om antwoorden te geven op de problemen in de maatschappij. Ze voelden zich verantwoordelijk, maar konden niets aan de maatschappelijke problemen doen. Er wordt al door andere partijen zoals planbureaus gewerkt aan mogelijkheden om de sociale, maatschappelijke en economische aspecten af te wegen ten opzichte van het gezondheidsaspect, en om die afweging transparanter te maken, dus er ligt geen rol voor VWS om dat op te lossen.

Een ander leerpunt is dat VWS eerder een aparte parlementaire afdeling had kunnen maken, want in het begin moesten de medewerkers die zich eigenlijk met de inhoud bezighouden, dat ook doen. Het team wat zich met COVID-19 bezig houdt groeide van 20 bij PG/CI naar nu 120 bij PDC-19.

Tevens werd er vanuit diagnostiek een tijdlang gereageerd vanuit schaarste van middelen: hoe kun je die zo goed mogelijk verdelen zodat je er zoveel mogelijk waarde uit haalt. Het uitgangspunt is daarna aangepast naar het zorgen dat er voldoende middelen zijn. Er had mogelijk eerder nagedacht kunnen worden over wanneer schaarste niet meer acceptabel is. Het was echter niet te



voorzien dat er zoveel mondkapjes en testen nodig zouden zijn. In de toekomst zal erover worden nagedacht wat er op dit gebied moet veranderen in de voorbereiding.

Een succesfactor was dat de basis van de crisisstructuur er wel was. Ook de goede relatie met het RIVM was erg positief, zaken konden snel worden afgestemd en informatie werd snel gedeeld.

#### *Gemaakte afspraken*

5.1.2e van Curatieve Zorg en 5.1.2e van de directie Langdurige Zorg zijn interessante contactpersonen om nog te spreken. Ook 5.1.2e van Geneesmiddelen en Medische Technologie wordt aangeraden.

#### **Afsluitend**

Dit interview heeft plaatsgevonden als onderdeel van een onderzoek ingesteld door de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Hiermee valt het onder de bescherming van de Rijkswet OVV en zal het verslag niet door of namens de Onderzoeksraad voor Veiligheid aan derden worden verstrekt.

Ondertekening van dit verslag geeft aan dat de ondergetekenden instemmen met deze weergave van het interview.

Naam	:	Naam	:
Plaats	:	Plaats	:
Datum	:	Datum	:
Handtekening	:	Handtekening	:

Naam	:
Plaats	:
Datum	:
Handtekening	: