

Vergaderjaar 2010–2011

**22 894**

## **Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 300**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2011

#### **Inleiding**

Op 24 april 2009 kwam bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de melding van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) binnen dat er in Mexico een nieuw griepvirus was ontdekt. Onmiddellijk is toen gestart met de bestrijding van de Nieuwe Influenza A (H1N1). In het voorjaar 2010 heeft mijn voorganger besloten om de nationale aanpak van de griep te evalueren. Op 9 maart 2011 heeft bureau Berenschot hierover een evaluatierapport uitgebracht.

Daarnaast hebben de Inspecties voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) een evaluatie uitgevoerd naar het functioneren van de geneeskundige hulpverlening (GHOR) in de voorbereiding op en tijdens de bestrijding van de pandemie. Beide rapporten heb ik u op 14 maart 2011 toegestuurd<sup>1</sup>.

In deze brief geef ik, mede namens de minister van Veiligheid en Justitie, een reactie op beide rapporten. Centraal hierin staat de nationale aanpak van de grieppandemie en de lessen die we leren voor de toekomst.

#### **Samenvatting**

Berenschot constateert dat de bestrijding van de pandemie in grote lijnen snel en adequaat verlopen is. Dit verheugt mij en geeft vertrouwen voor een eventuele toekomstige grootschalige uitbraak van infectieziekten. Wel ben ik, met Berenschot, van mening dat verbeteringen mogelijk zijn op punten van advisering, interdepartementale voorbereiding, internationale afstemming, en communicatie. Berenschot eindigt met de constatering dat de besluitvorming zich baseert op het principe «better safe than sorry», maar spreekt zich niet uit over de vraag of dit goed of slecht is. Wel geeft zij aan dat uit recente evaluaties, bijvoorbeeld van de Q-koorts, blijkt dat maatregelen die achteraf als *onvoorzichtig* werden beschouwd,

<sup>1</sup> Kamerstuk 22 894, nr. 297.

waarbij dus niet vanuit het voorzorgsprincipe werd gehandeld, sterk werden bekritiseerd.

## **Standpunt**

Deze evaluatie biedt de gelegenheid om de manier waarop wij grote volksgezondheids crises aanpakken verder te verbeteren. Dit betekent niet dat ik hierdoor de enorme dilemma's kan wegnemen waar we bij een volgende pandemie wederom voor zullen staan. Ook in de toekomst moeten adviseurs en beslissers onder hoge tijdsdruk en maatschappelijke druk besluiten nemen terwijl nog weinig informatie beschikbaar is en de risico's onduidelijk zijn.

De verbeterpunten zijn in deze brief samengebracht in de volgende onderwerpen:

- de voorbereiding;
- de crisis- en adviesstructuur;
- de internationale samenwerking;
- de lessen op het terrein van communicatie.

### *De voorbereiding*

Nederland heeft zich, net als veel andere landen, lang voor de uitbraak van H1N1, voorbereid op een mogelijke griep pandemie. Berenschot trekt een aantal conclusies over die voorbereiding. De belangrijkste is dat deze binnen de infectieziektebestrijding (GGD, RIVM) goed op orde was, maar dat zowel de relatie met de curatieve sector als die met andere betrokken sectoren beter uitgewerkt had kunnen worden. Berenschot noemt bijvoorbeeld de afwezigheid van concrete voorbereiding op de beperkte IC-capaciteit en continuïteit van zorg. Een ander voorbeeld is het ontbreken van informatie over de (ir)rationaliteit van bepaalde maatregelen, zoals het sluiten van scholen of vliegvelden.

In de voorbereiding op mogelijke infectieziekte-uitbraken kan mijns inziens nog winst worden behaald. De focus heeft de afgelopen jaren gelegen op de verbetering van de infectieziektebestrijdingsstructuur. Met de oprichting van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) is een herkenbaar medisch aanspreekpunt gecreëerd voor publiek en professionals<sup>1</sup>. Daarnaast is het met de Wet publieke gezondheid (2008) mogelijk geworden om nationaal te sturen in een systeem waarin verantwoordelijkheden in principe decentraal belegd zijn. Hierdoor kan nu gecoördineerd nationaal opgetreden worden, zoals bij de bestrijding van Nieuwe Influenza A (H1N1) gebeurd is.

Evenals Berenschot zie ik ruimte voor verbetering in de verbinding van de infectieziektebestrijding met de curatieve sector. Hetzelfde geldt voor de verbinding van de medische sectoren met de sectoren daarbuiten. Hieronder ga ik op beide punten nader in.

### *Verbinding tussen infectieziektebestrijding en curatieve sector*

Op regionaal niveau is de GHOR, namens het bestuur, verantwoordelijk voor de voorbereiding van de zorgsector op crises. Haar taak is om de zorgsector in zo'n situatie als één keten, onder de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur, te laten functioneren. IGZ en IOOV doen in hun rapport verschillende aanbevelingen om de positie van de GHOR te versterken. Zij constateren dat de GHOR bij de bestrijding van de pandemie niet altijd voldoende zichtbaar is geweest voor de zorgorganisaties. Dit ondanks dat de GHOR voor een belangrijk deel wel invulling heeft gegeven aan haar (wettelijke) taken. Veel zorgpartijen zijn onvol-

<sup>1</sup> Dit is ook gebleken uit een evaluatie van het CIb die vorig jaar is uitgevoerd. Hiervoor verwijs ik u naar de brief aan uw Kamer d.d. 7 mei 2010 (TK 22 894, nr. 269).

doende op de hoogte van wat de GHOR doet en wat er in het kader van de voorbereiding op crises van hen verwacht wordt. De inspecties bevelen de GHOR-bureaus aan om te werken aan het imago en de zichtbaarheid. Daarnaast moeten zij de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden vanuit het openbaar bestuur duidelijker uitleggen aan de zorgsector. Ook wijzen zij op het belang van meer (multidisciplinair) oefenen met het pandemiscenario. Ik vind het belangrijk dat de GHOR organisaties de aanbevelingen van de inspecties ter harte nemen. De minister van Veiligheid en Justitie en ik zullen deze met een aparte brief onder de aandacht brengen van de GHOR en de verantwoordelijke bestuurders.

Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om de randvoorwaarden te scheppen waarbinnen de GHOR de verbinding tussen de openbare gezondheidszorg (GGD) en de curatieve zorg (huis-)artsen, ziekenhuizen, bedrijfsgezondheidszorg, makkelijk kan maken. In het op 17 mei 2011 door de Eerste Kamer aangenomen voorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid zijn daartoe de volgende randvoorwaarden vastgelegd:

1. schaalvergroting van de GGD-en tot het niveau van de 25 veiligheidsregio's en het congruent maken van de buitengrenzen van de GGD- en GHOR regio's;
2. het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk maken voor de voorbereiding op een infectieziektecrisis<sup>1</sup>;
3. het onder één directeur brengen (Directeur publieke gezondheid) van de GGD organisatie en GHOR organisatie.

Op nationaal niveau kan het Clb daarnaast een rol spelen bij het tot stand brengen van de noodzakelijke verbinding tussen de infectieziektebestrijding en de andere zorgpartijen. Het Clb beschikt over een ruim netwerk binnen de openbare gezondheidszorg. In dit netwerk kunnen meer curatieve partners betrokken worden, zoals de (private) laboratoria voor de uitvoering van de diagnostiek ten tijde van crises en de bedrijfsgezondheidszorg voor hen die door het werk verhoogde risico's lopen.

#### *Verbinding medische sector met de andere sectoren*

Maatregelen tijdens een grootschalige infectieziekte-uitbraak beperken zich zelden tot de gezondheidszorg. Naast medische risico's spelen er ook bredere thema's, zoals de openbare orde en veiligheid en de continuïteit van vitale sectoren. Berenschot constateert dat tot 2008 het zwaartepunt van de voorbereiding binnen de kolom van VWS lag. Vanaf 2008 is ook de intersectorale – en daarmee interdepartementale – voorbereiding op gang gekomen, in het kader van de Nationale Risico Beoordeling (NRB)<sup>2</sup>. Onder leiding van het toenmalige ministerie van BZK zijn vitale sectoren ondersteund bij het maken van continuïteitsplannen. De continuïteitsvoorbereiding is, onder druk van de uitbraak van H1N1, versneld afgerond. Daarnaast constateert Berenschot dat van een aantal in de planvorming voorziene maatregelen (zoals schoolsluiting) alleen rekening was gehouden met de epidemiologische aspecten daarvan. Berenschot adviseert om in de toekomst, meer dan nu het geval was, bestuurlijke besluiten over voorspelbare (maatschappelijke) problemen en de praktische uitwerking daarvan, vooraf uit te werken.

In de NRB van 2011 worden de griepscenario's geactualiseerd. Hierin worden ook de lessen van de pandemie van 2009 meegenomen. Tevens wordt een meer algemeen scenario ontwikkeld voor een grootschalige uitbraak van een infectieziekte, waarin over de breedte naar maatschappelijke consequenties wordt gekeken. Het is van belang dat beleidskeuzes multidisciplinair worden gewogen en beoordeeld. Deze overwegingen vinden hun plek in mijn influenza-beleidsdraaiboek dat ik op basis van de ervaringen met Nieuwe Influenza A (H1N1) zal herzien.

<sup>1</sup> Met het in werking treden van de Wet Veiligheidsregio's (Wvr) in oktober 2010 heeft de voorzitter van de veiligheidsregio de verantwoordelijkheid gekregen voor de bestrijding van een infectieziektecrisis.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 821, nr. 6.

Naast het nationale niveau moet de multidisciplinaire samenwerking tijdens een crisis vooral op regionaal niveau tot stand gebracht worden. Ook hier moeten goede verbindingen gelegd worden tussen de gezondheidszorg en de andere relevante hulpverleningsdiensten en sectoren. Het wijzigingsvoorstel Wet publieke gezondheid creëert hiertoe naar mijn mening de benodigde randvoorwaarden. De medische sector krijgt via de Directeur publieke gezondheid een sterke positie in de regionale crisisbeheersing, waardoor het eenvoudiger is om de gewenste afspraken te maken. Daarnaast wordt de multidisciplinaire insteek in de voorbereiding beter geborgd door de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op een grootschalige infectieziekte-uitbraak te beleggen bij het veiligheidsbestuur. Het veiligheidsbestuur is immers verantwoordelijk voor de voorbereiding op allerlei crises. Er worden in dat verband dan ook voortdurend afspraken gemaakt met verschillende sectoren.

#### *Crisis- en adviesstructuur*

Tijdens de pandemie is gebruik gemaakt van de bestaande crisisstructuren.

De reguliere structuur voor nationale crisisbeheersing is vastgelegd in het nationaal handboek crisisbesluitvorming. Deze voorziet in de crisisafstemming tussen verschillende departementen door middel van de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCB) en de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCB). Binnen het ministerie van VWS wordt daarnaast gewerkt met een specifieke adviseringsstructuur voor infectieziektebestrijding, de zogenaamde OMT-BAO structuur. Het Outbreak Management Team (OMT) bestaat uit deskundigen die vanuit wetenschappelijk oogpunt adviseren over het gewenste bestrijdingsbeleid aan het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO). Het BAO bestaat voornamelijk uit bestuurders die de adviezen moeten toetsen op uitvoeringsaspecten, bestuurlijke en financiële haalbaarheid. De verschillende structuren dienen verschillende doelen en adviseren over verschillende aspecten. Alle adviezen komen idealiter op het besluitvormende niveau samen, waarna er een integraal besluit kan worden genomen.

Op deze structuren als zodanig heeft Berenschot geen kritiek. Berenschot constateert echter wel dat er tijdens de pandemie niet altijd consequent gebruik is gemaakt van de specifieke structuur voor advisering over infectieziektebestrijding. Dit geldt vooral voor het BAO. De adviezen waren sterk medisch inhoudelijk en er werd onvoldoende rekening gehouden met uitvoeringsaspecten en de verhouding tussen kosten en baten van de maatregelen. Door tijdens de pandemie het BAO niet consequent te raadplegen werden deze aspecten in de advisering onvoldoende meegewogen.

De OMT-BAO structuur heeft zich tijdens eerdere uitbraken bewezen. Bij een eventuele volgende infectieziektecrisis zal ik erop letten dat ik de OMT-BAO structuur voldoende benut.

De waarborg dat er bij de besluitvorming voldoende aandacht is voor de niet-medische aspecten ligt in de bestaande interdepartementale crisisstructuur, zoals hierboven benoemd. Denk bij niet-medische aspecten bijvoorbeeld aan de maatschappelijke consequenties en de kosten van de diverse (voorgenomen) maatregelen, de continuïteit van functioneren van vitale sectoren of de bescherming van mensen die door hun werk aan specifieke risico's blootstaan. Ik vind het belangrijk dat deze aspecten voldoende aandacht krijgen. Ik wil dan ook regelmatig oefenen, zodat de dilemma's in de volle breedte in beeld komen.

### *Aanschaf van vaccins*

Maatschappelijk is er, vooral na afloop van de pandemie, veel discussie geweest over de aanschaf van 34 miljoen vaccins. Berenschot constateert dat, gelet op de adviezen, de aanschaf van vaccins onvermijdelijk was. Dat hierbij het voorzorgsprincipe («better safe than sorry») gehanteerd werd is hierboven al gememoreerd. Berenschot gaat in het rapport ook in op de vraag of er druk is geweest vanuit de farmaceutische industrie op de aanschaf van vaccins en of die druk resulteerde in aanpassing van beslissingen. Deze vraag is bezien in de context van dreiging, onzekerheid, urgentie en afwezigheid van internationale consensus. Volgens sommige respondenten speelde de druk vanuit de farmaceutische industrie een voelbare rol. Ogenblikkelijke besluitvorming zou noodzakelijk zijn omdat anders alle vaccins al door andere landen zouden zijn weggekocht. Hierdoor was er, volgens deze respondenten, sprake van een asymmetrische onderhandelingspositie die tot ongunstiger contracten heeft geleid dan bij reguliere vaccinaanschaf. Hoewel deze asymmetrie, gelet op de situatie en tijdsdruk, niet eenvoudig is weg te nemen is dit een belangrijke les voor de toekomst. Momenteel wordt binnen de Europese Unie besproken in welke mate verdergaande samenwerking binnen Europa bij de aanschaf van vaccins een oplossing kan bieden.

### *Internationale samenwerking*

Veel landen hebben in de afgelopen jaren geïnvesteerd in voorbereidingen op een mogelijke pandemie. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft hiervoor belangrijke kaders geleverd, onder andere in de vorm van de International Health Regulations (IHR, 2005). Deze hebben tot doel de verspreiding van infectieziekten te beperken.

De IHR zijn recent geëvalueerd aan de hand van de Nieuwe Influenza A (H1N1)<sup>1</sup>. De evaluatie gaat in op het functioneren van de WHO en lidstaten tijdens de pandemie en in de voorbereiding. Men concludeert dat de invoering van de IHR geholpen heeft om de wereldbeteroor te bereiden op een langdurige volksgezondheidsdreiging, zoals een pandemie, maar dat deze nog onvoldoende is. De IHR richt zich vooral op de – voor publieke gezondheid – noodzakelijke voorzieningen. Wereldwijde invoering hiervan is nog onvoldoende en heeft hoge prioriteit. Daarnaast kan het mondiale niveau van voorbereiding worden versterkt door investeringen in onderzoek, economische ontwikkeling, multisectorale aanpak en het verbeteren van gezondheidszorgsystemen. De WHO heeft in vele opzichten goed gepresteerd tijdens de pandemie, maar er zijn ook tekortkomingen. Genoemd worden bijvoorbeeld een onnodig complexe structuur van pandemische fasering of problemen bij de verspreiding van donovaccins. De onderzoekscommissie heeft geen aanwijzingen gevonden voor invloed van commerciële belangen op adviezen gegeven aan of besluiten genomen door de WHO. Wel wordt de WHO aanbevolen om in de toekomst – o.a. door betere communicatie en transparantere procedures – twijfel hierover te voorkomen.

Berenschot merkt over de internationale samenwerking op dat afstemming van maatregelen tussen landen binnen de EU niet optimaal is verlopen. Op Europees niveau zijn er verschillende voorbereidingen getroffen. Er zijn modeldraaiboeken gemaakt die mede vorm hebben gegeven aan de draaiboeken van de lidstaten. Er zijn structuren waarin lidstaten (medisch-inhoudelijke) informatie uitwisselen en waar mogelijk maatregelen op elkaar afstemmen<sup>2</sup>. Ik ben het er echter mee eens dat verdere internationale afstemming en samenwerking op het gebied van infectieziekten nodig is. Nederland heeft tijdens de eerste vergadering van

---

<sup>1</sup> Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf).

<sup>2</sup> Bijvoorbeeld het Health Security Committee (HSC) en het EU Monitoring and Information Centre (EU-MIC).

de Volksgezondheidsministers tijdens de pandemie (op 30 april 2009) – samen met een aantal andere landen – aan de Commissie gevraagd om voor- en nadelen van gezamenlijke aanschaf van vaccins te onderzoeken. De Commissie heeft een eerste verkenning uitgevoerd en heeft visiedocumenten hiervoor opgesteld. Ik sta positief tegenover deze verkenning, maar zal het eindresultaat wel kritisch beoordelen op de vraag of de Nederlandse regering te allen tijde in staat blijft om zelf tijdig adequate maatregelen te nemen bij een grote infectieziektecrisis.

Landen gebruikten verschillende strategieën voor vaccinatie en gebruik van antivirale middelen. Ook had ieder land zijn eigen communicatiestrategie. Lidstaten hebben hun eigen verantwoordelijkheid voor de nationale volksgezondheid. Deze verschillen in aanpak tussen de verschillende lidstaten leidden tot discussies over de gekozen maatregelen en de onderbouwing daarvan.

Ondanks dat de lidstaten een eigen verantwoordelijkheid hebben, vind ik dat de Commissie meer moet doen om gecoördineerd op te kunnen treden. Lidstaten denken, onder leiding van de Commissie, hierover na. De Commissie zal met een voorstel komen voor verdergaande samenwerking in de toekomst.

#### *Lessen op het terrein van communicatie*

Uit de evaluatie van Berenschot komt naar voren dat de onzekerheden over de Nieuwe Influenza A (H1N1) als ziekte wél proactief gecommuniceerd werden. Dit in tegenstelling tot de onzekerheden die met de gekozen bestrijdingsstrategieën samenhangen. Bijvoorbeeld het gegeven dat een pandemie, ondanks maatregelen, alleen vertraagd zou kunnen worden en niet te voorkomen is. Dit kritiekpunt herken ik. Ik vind het een belangrijke les om hier pro-actief in op te treden.

Burgers en bedrijven hebben tijdens een crisis behoefte aan snelle en duidelijke informatie van de overheid over wat er gebeurt, wat het voor hen betekent en hoe zij zelf kunnen handelen om de schade te beperken. Op deze manier kunnen de (potentiële) effecten van een dreiging of crisis beïnvloed worden. Hierbij spelen sociale media in toenemende mate een belangrijke rol omdat in een enorm snel tempo informatie (van variërende kwaliteit) wordt uitgewisseld. Uit verschillende evaluaties blijkt dat het belangrijk is om direct op onjuiste berichtgeving in te gaan en deze te weerleggen. Zoals eerder ook is aangekondigd in de brief nationale veiligheid wordt de rol die crisiscommunicatie kan spelen en de manier waarop dit gebeurt de komende periode verder verbeterd<sup>1</sup>.

De overheid maakt, op basis van eerdere ervaringen, frequente analyses van (sociale) media gedrag van betrokkenen en publieksbeleving om snel in te kunnen spelen op de informatiebehoefte. Voor de communicatie met pers en publiek rond de griep is gebruik gemaakt van de expertise en beschikbare middelen op het gebied van communicatie, zoals de risico- en crisisbarometer, van het Nationaal Crisiscentrum (NCC).

Een andere belangrijke observatie richt zich op het optreden van het Clb en de consequenties daarvan. De directeur van het Clb kwam veelvuldig in de media. Hij werd daardoor het gezicht van de infectieziektebestrijding. Volgens Berenschot trad hij adequaat op. De keerzijde hiervan was dat de overheid onvoldoende herkenbaar was in de media, omdat de directeur van het Clb ervaren wordt als onafhankelijk deskundige, los van de overheid.

In geval van een nationale crisis is het belangrijk dat de nationale overheid in beeld is. Uit onderzoeken blijkt echter ook dat burgers medisch specialisten betrouwbaarder vinden als afzender van

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 821, nr. 12.

boodschappen over gezondheid. Dit is een lastig spanningsveld. In een volgende crisis zal ik steeds opnieuw bekijken wanneer een medisch professional of een bestuurder het best invulling kan geven aan de behoefte van de burger met vragen over respectievelijk de medisch inhoudelijke informatie en/of duiding.

### **Tot slot**

De lessen uit de bestrijding van de Nieuwe Influenza A (H1N1) richten zich met name op de landelijke advisering en besluitvorming en gaan niet over de uitvoering. De neergezette structuur en de wijze waarop daarmee is omgegaan, geeft vertrouwen voor de aanpak van een volgende crisis. Een goede uitvoering van een infectieziektebestrijding steunt natuurlijk op de inzet van alle betrokken partijen. Op deze plaats wil ik dat nogmaals benadrukken. Denk bijvoorbeeld aan het goede verloop van de vaccinatiecampagne voor kinderen en risicogroepen, juist door de inzet en samenwerking van deze uitvoerende partijen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers