

Advies over het belang van een sterke publieke gezondheid en gezondheidsbevordering. En geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie

# Versterking van de publieke gezondheid

Onno de Zwart, Andrew Britt



# Versterking van de Publieke Gezondheid

Advies over het belang van een sterke publieke gezondheid en gezondheidsbevordering.  
En geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie

Onno de Zwart  
Andrew Britt

Met medewerking van  
Micky Out

Utrecht, juni 2021

# Inhoud

Inleiding	4
1 Advies versterking publieke gezondheid	6
1.1. Inleiding	6
1.2. Gezamenlijke ambities en noodzakelijke stappen	7
2 Verdiepende probleemanalyse	12
2.1. Gezondheidsbevordering/preventie	12
2.2. Infectieziekten	15
3 Pleidooi voor een landelijke infrastructuur	23
3.1. Introductie	23
3.2. Uitgangspunten	24
Bijlage 1 Bronnen	30
Bijlage 2 Relevante thema's uit de gesprekken voor verdere bespreking	34

# Inleiding

## Vraag

De COVID-19 crisis, de bestrijding en de gezondheids- en maatschappelijke gevolgen daarvan onderstrepen de noodzaak voor een versterking van de publieke gezondheid. De afgelopen jaren is het belang van preventie steeds groter geworden en zijn - onder andere met het Preventieakkoord - belangrijke stappen gezet. Tegelijkertijd is duidelijk dat voor een toekomstbestendige publieke gezondheid meer nodig is.

De vraag van het ministerie van VWS aan het Verwey-Jonker Instituut was daarom te komen tot verbetervoorstellen voor (de governance van) de publieke gezondheid en specifiek de rol van de GGD'en, in relatie tot het ministerie van VWS en het RIVM. Zowel waar het de directe landelijke aansturing betreft van de GGD'en bij de bestrijding van categorie A-infectieziekten als de mogelijke rol van de GGD'en bij preventie/ gezondheidsbevordering.<sup>1</sup>

1 In zowel de interviews als andere bronnen worden verschillende termen gebruikt, waaronder preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Wij hanteren in dit stuk de term 'gezondheidsbevordering' omdat deze term beter aansluit bij wat geïnterviewden bedoelen in vergelijking met het containerbegrip 'preventie'.

## Aanpak

Om te komen tot deze verbetervoorstellen hebben wij input verzameld door middel van ruim 30 diepte-interviews met meer dan 50 betrokkenen.<sup>2</sup> Daarnaast hebben wij input verzameld uit recente literatuur en lopende onderzoeken. De bevindingen hebben wij regelmatig getoetst bij een ambtelijke werkgroep en een begeleidingscommissie waarin op ambtelijk en bestuurlijk niveau verschillende perspectieven<sup>3</sup> waren vertegenwoordigd. In drie bestuurlijk overleggen met (vertegenwoordigers) van de bewindspersonen, gemeenten, GGD-GHOR Nederland, de VNG en het RIVM is de voortgang van het traject besproken.

In deze bijeenkomsten is geconstateerd dat het van belang is breder te kijken dan alleen het specifieke aspect van governance van de publieke gezondheid. Ook is aandacht gevraagd voor een benadering die zich zowel richt op hoe een start gemaakt kan worden met een fundamentele bijdrage aan het versterken van de publieke gezondheid als het realiseren, op korte termijn, van praktische verbeteringen in de organisatie en (landelijke) sturing van de bestrijding van grootschalige infectieziektecrisisen.

Verantwoordelijk voor deze rapportage zijn de auteurs van het Verwey-Jonker Instituut. Veel van de geïnterviewden en deelnemers aan de overleggen herkennen zich in de hoofdlijnen van deze rapportage. Dit betekent echter niet dat zij op alle punten het eens zijn met wat in deze rapportage wordt gesteld of alle aanbevelingen en suggesties onderschrijven. Wij hopen wel dat het brede draagvlak kan helpen bij het realiseren van vervolgstappen.

2 Zij bijlage 1 voor de lijst geïnterviewden.

3 Ministerie van VWS, ministerie van JenV, GGD-GHOR Nederland, de VNG, het RIVM, DPG'en, het Veiligheidsberaad, en leden van de BAC PG.

## Leeswijzer

In dit rapport gaan wij in op het volgende:

- In **hoofdstuk 1** gaan we in op de noodzaak van het versterking van de publieke gezondheid in Nederland en geven wij een advies hierover.
- Om verbetervoorstellen te kunnen doen, is het noodzakelijk de bestaande problemen/uitdagingen/knelpunten helder in beeld te hebben. In **hoofdstuk 2** gaan wij daarom de diepte in op de ervaren uitdagingen voor zowel gezondheidsbevordering, als infectieziektenbestrijding.
- In het afgelopen jaar is de publieke gezondheid voor ongekende uitdagingen komen te staan. De bestrijding van COVID-19 heeft veel inzet en improvisatie gevraagd. Op verschillende momenten sinds maart 2020 zijn er vragen gesteld over hoe goed de publieke gezondheid was toegerust op een pandemie van een omvang als de COVID-19 pandemie. Er zijn momenten en aspecten geweest waar verbetering mogelijk was geweest. Tegelijkertijd is er veel goed gegaan. In de loop van de maanden is gezamenlijk en dankzij ieders inspanning een steeds steviger systeem neergezet. Dat vormt een goede basis voor de toekomst. Opties voor een praktische invulling voor het behouden van deze basis werken we in **hoofdstuk 3** uit. Wij besteden daarbij aandacht aan het borgen van deze goede basis om mogelijke toekomstige (infectieziekten)crisissen sneller het hoofd te kunnen bieden.

De focus in ons onderzoek ligt op mogelijke verbeterpunten in (de governance en uitvoeringskracht van) de publieke gezondheid en specifiek de rol van de GGD'en. Dat betekent automatisch dat er meer aandacht is voor die aspecten waarvan (meerdere) betrokkenen vinden dat verbetering wenselijk en/of mogelijk zou zijn. Deze rapportage bevat geen evaluatie van het handelen van de publieke gezondheid en/of de GGD'en in het bijzonder. De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft de opdracht gekregen de aanpak van de COVID-19 pandemie

in den brede te evalueren. Het afgelopen jaar is door velen ook op (verschillende aspecten) van handelen van de publieke gezondheid gereflecteerd of over aspecten hiervan geschreven. In deze rapportage hebben we deze materialen niet systematisch bestudeerd. In afwachting van de komende evaluaties van de COVID-19 pandemie, de bestrijding daarvan, en de Wet publieke gezondheid (Wpg) focussen wij ons op mogelijke aanpassingen waar geen wettelijke structuurveranderingen voor nodig zijn. Dit in de geest van de kabinetsreactie op de evaluatie van de Wet veiligheidsregio's (Wvr).

Het startpunt van de rapportage is de situatie in het voorjaar van 2021 en de uitgesproken wens om te komen tot een versterking van de publieke gezondheid en geconstateerde behoefte dat vormen van meer landelijke sturing wenselijk zouden zijn. De notitie is niet opgezet als beoordeling van de inzet van de betrokken partijen in de publieke gezondheid, en specifiek de GGD'en in het afgelopen jaar. Het is duidelijk dat alle betrokken partijen en individuele medewerkers de afgelopen periode zeer hard gewerkt hebben in de bestrijding van COVID-19 en grote prestaties met elkaar hebben neergezet.

De voorstellen die wij in dit rapport doen vormen geen garantie dat een eventuele volgende pandemie van infectieziekten in zijn geheel te beheersen zal zijn. Versterking van de voorbereiding kan bijdragen aan een robuuster optreden, tegelijkertijd geldt ook dat elke nieuwe crisis onverwachte elementen zal kennen en improvisatie zal vragen. Goed kunnen improviseren vraagt een aantal dingen: organisatorische flexibiliteit, een bepaalde mate van (over)capaciteit, maar vooral dat partijen elkaar kennen en samen leren en oefenen in vreedstijd. Een mogelijke eerste stap in het samen leren is het gezamenlijk evalueren van de afgelopen periode.

# 1 Advies versterking publieke gezondheid

## Kern van dit advies:

- Kom tot een integrale en langdurige, programmatische aanpak voor brede maatschappelijke en individuele gezondheidswinst. *Health in all policies*<sup>4</sup> is het uitgangspunt.
- Stel gezamenlijke maatschappelijke doelstellingen op. Pas wetgeving waar nodig aan om deze doelstellingen te realiseren.
- Versterk het (basis)niveau van publieke gezondheid – en de GGD'en in het bijzonder – door te investeren in kwantiteit, kwaliteit en de vorming van een stevige landelijke ondersteuning ten behoeve van crisis. Maak dit mogelijk door een aanvullende investering in structurele, gerichte (geormerkte) financiering.

4 Om via de determinanten van gezondheid een positieve bijdrage te leveren aan de volksgezondheid is betrokkenheid en inzet van meerdere disciplines, sectoren en niveaus nodig. Deze aanpak met gedeelde verantwoordelijkheid wordt internationaal ook wel Health in All Policies genoemd. In Nederland wordt ook de term integraal gezondheidsbeleid gebruikt.

## 1.1. Inleiding

Gezondheid is voor de meeste mensen één van de belangrijkste prioriteiten in het leven. Al jarenlang is duidelijk dat de meeste mensen vinden dat de overheidsuitgaven voor het verbeteren van de (gezondheids)zorg zouden moeten toenemen.<sup>5</sup> De afgelopen jaren is op diverse manieren ingezet om de gezondheid te verbeteren, onder andere met de ambities en afspraken in het Preventieakkoord. Tegelijkertijd is men zich bewust van de grote en hardnekkige gezondheidsverschillen die er in de samenleving bestaan.

De COVID-19 crisis heeft het afgelopen jaar enorme gevolgen gehad. Er zijn tien-duizenden slachtoffers gevallen, mensen kampen met de langdurige gevolgen van de ziekte, de maatschappelijke ontwrichting is zeer groot geweest en heeft op zijn beurt ook tot gezondheidsschade geleid. De maatschappelijke en financiële gevolgen zijn immens. Het belang van een goede gezondheid is meer dan ooit onderstreept: mensen met onderliggende gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld obesitas) zijn veel zwaarder getroffen. Zo kwamen zij vaker op de IC terecht en hadden ook een grotere kans op overlijden. Ook heeft de COVID-19 crisis als een vergrootglas gewerkt op structurele problemen in de (publieke) gezondheid in het bijzonder en de maatschappij als geheel. Risico's tussen en gevolgen voor groepen blijken ongelijk verdeeld. De kwetsbaarheid van de samenleving voor (opkomende) infectieziekten is op alle aspecten gebleken. De gevolgen zijn wereldwijd grootschaliger (geweest) dan veelal verwacht en risico's voor uitbraken van nieuwe infectieziekten blijven zeer reëel. De crisis maakte de effecten en risico's van gezondheids- en maatschappelijke verschillen op veel terreinen duidelijk, nationaal en internationaal.

5 Zie SCP Burgerperspectieven 2020 en eerder.

**De conclusie is dat een robuuste en flexibele gezondheidsbescherming nodig is om als samenleving voorbereid te zijn en adequaat te kunnen handelen.** Dat

betekent een gezondheidsbescherming die kwantitatief op sterkte is, kwalitatief van een goed professioneel niveau en snel wendbaar is om op verschillende situaties in te spelen. Gezondheidsbevordering is nodig om bij te dragen aan de weerbaarheid van mensen, zowel fysiek als mentaal. De COVID-19 crisis is voor iedereen een wake up call.

In vele rapporten en adviezen is de afgelopen periode dan ook gepleit voor een forse versterking van (publieke) gezondheid en inzet op gezondheidsbescherming en preventie: In de discussienota 'Zorg voor de toekomst' neemt het een centrale plaats in, en ook de reacties op de nota onderstrepen het belang van versterking van publieke gezondheid en preventie. In twee recente adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving worden verschillende voorstellen gedaan. Ook zorgverzekeraars pleiten voor extra inzet en zien een grotere rol voor henzelf bij preventie. De commissie Depla bepleit een bredere gezondheidsaanpak gericht op eerlijke gezondheidskansen in haar rapportage 'Sociaal sterker de crisis uit'.

Experts hebben verschillende voorstellen gedaan over welke aanvullende maatregelen nodig zijn om de doelen uit het Preventieakkoord te realiseren. Er is gepleit voor een Klimaatwet voor gezondheid en vanuit de SER voor een (grondwettelijke) plicht om in te zetten op preventie. Ook de VNG vraagt in haar propositie 'De winst van het sociaal domein' aandacht voor het makkelijker maken van gezond leven. GGD-GHOR Nederland heeft in een brief aan de informateur gevraagd om te investeren in herstel en versterking van de publieke gezondheid.

## 1.2. Gezamenlijke ambities en noodzakelijke stappen

De maatschappelijke noodzaak en de urgentie om nu fundamentele stappen te nemen worden breed gedeeld. Dit is de kans voor het nieuwe kabinet om met andere overheden, zorgverzekeraars, professionals en maatschappelijke partners het verschil te gaan maken. Wij formuleren daarom een zevental centrale punten als basis om mee aan de slag te gaan.

1. Kom tot een **integrale en langdurige, programmatische aanpak** voor brede maatschappelijke en individuele gezondheidswinst. Zet in op structureel beleid met een lange looptijd (van tenminste 15 jaar), zowel landelijk als lokaal. Hierbij moet er aandacht zijn voor:
  - Gezondheidsbescherming in relatie tot bestaande en nieuw risico's.
  - De maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden.
  - Leefstijl (en gerelateerde interventies).
  - De infrastructuur die nodig is om dit te realiseren.

Het vraagt om versterking van de (publieke) gezondheidsinfrastructuur en een beleid van *health in all policies*. Het ministerie van VWS dient een regierol te krijgen, maar tegelijkertijd is gegarandeerde inzet en samenwerking met andere ministeries noodzakelijk.

2. Kom tot **gezamenlijke maatschappelijke doelstellingen op (publieke) gezondheid** die Nederland moet willen bereiken. Bouw daarbij voort op de doelstellingen zoals geformuleerd in het Preventieakkoord. Formuleer verder doelstellingen op de volgende aspecten:
  - Concretiseer de ambitie om te komen tot kernindicatoren voor gezondheid waarbij er specifiek aandacht is voor gezondheidsachterstanden.<sup>6</sup>
  - De thema's mentale gezondheid, roken, overgewicht en middelengebruik.
  - De risico's van nieuwe infectieziekten in het algemeen en zoönosen in het bijzonder.

<sup>6</sup> Discussienota 'Zorg voor de toekomst' p.17.

Waar het Preventieakkoord een belangrijke eerste aanzet heeft geboden, verdient het aanbeveling om nu tot een wettelijke verankering te komen van de plicht tot het realiseren van gezondheidswinst. Dat geeft duidelijke richting, vermindert eventuele (ervaren) vrijblijvendheid en biedt de mogelijkheid voor onafhankelijke partijen als toezichhouders met doorzettingsmacht de voortgang te monitoren. Inzet zou moeten zijn om uiterlijk per 2022 te komen tot gezamenlijke geformuleerde doelstellingen en voorstellen over hoe deze plicht het beste wettelijk verankerd kan worden.

### **3. Aanpassing van wetgeving, en indien nodig nieuwe wetgeving, is noodzakelijk om de ambities te realiseren en de bestaande drempels weg te nemen.**

Het gaat hierbij tenminste om de volgende aspecten:

- Wetgeving gericht op het bevorderen van gezondheid en het beperken van gezondheidsrisico's. Bijvoorbeeld het invoeren van belastingen op ongezonde levensmiddelen en/of het verminderen van belastingen op gezonde levensmiddelen en andere producten. Maar ook om het scheppen van mogelijkheden via bijvoorbeeld de Warenwet, Omgevingswet en Wet publieke gezondheid om de leefomgeving zodanig in te richten dat het gezond leven stimuleert.
- Modernisering van de Wet publieke gezondheid met behoud van de brede regierol van gemeenten voor de publieke gezondheid, en tegelijkertijd het vastleggen van minimale vereisten waaraan lokaal gezondheidsbeleid moet voldoen. Deze minimale vereisten moeten gericht zijn op gezondheidsbescherming en -bevordering, het proces om te komen tot een regionaal beeld en ambities en de bijbehorende (preventie-)infrastructuur. Het verduidelijken van verantwoordelijkheden van verschillende partijen (waaronder minister, voorzitter veiligheidsregio, burgemeester, college van B&W en DPG), verder vastleggen van de taken van de GGD'en, het RIVM en het realiseren van mogelijkheden van landelijke regie en ondersteuning bij (infectieziekte)crisissen dient ook onderdeel te zijn van de aanpassing van de Wpg.

- Bepalingen in de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg die het ook zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijk maakt – en waar nodig verplicht – om in te zetten op preventie en gezondheid. Waar nodig ook in andere wetten formele mogelijkheden voor preventie realiseren.

### **4. Een samenhangende aanpak tussen landelijk, regionaal en lokaal beleid en uitvoering.**

Het realiseren van gezondheidswinst en het versterken van de publieke gezondheid vraagt een nauwe samenwerking en samenhangende aanpak tussen het Rijk, gemeenten en veiligheidsregio's in samenwerking met zorgverzekeraars, zorgkantoren en andere maatschappelijke partners. Samenwerking met beroepsgroepen van professionals en burgers en cliënten is eveneens noodzakelijk. Het Nederlandse gezondheidsstelsel kent veel verschillende partijen met elk hun eigen verantwoordelijkheden en rollen. Verschillende regio-indelingen maken het er niet makkelijker op. Waar er zeker meer samenhang mogelijk is, is het ook een illusie om te denken dat er op korte termijn tot een geheel eenduidig systeem te komen is.

Waar het Rijk een duidelijke rol heeft bij het komen tot gezamenlijke ambities, de benodigde wetgeving, het creëren en in stand houden van de benodigde infrastructuur en de financiering is er evenzeer een regionale en lokale aanpak nodig om gezondheidsachterstanden te verminderen en gezondheidswinst te realiseren. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een breed en integraal gezondheidsbeleid en het vormgeven van *health in all policies* op lokaal niveau door te schakelen met andere lokale beleidsterreinen.

Júíst op het regionale niveau is samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars/-kantoren noodzakelijk om te komen tot regiobeelden, gezamenlijk beleid en gedeelde plannen voor en uitvoering van (collectieve) preventie. GGD'en dienen in deze preventie-infrastructuur een ondersteunende, stimulerende en op inhoud verbindende coördinerende rol te spelen.



Zowel de gezondheidsuitdagingen als demografische en sociaaleconomische kernmerken kunnen per regio verschillen, waardoor verschillende aanpakken noodzakelijk zijn.

Lokaal beleid en lokale inbedding, ook van infectieziektebestrijding, zijn cruciaal. Samenwerking tussen de algemene en functionele kolom, tussen GGD'en, Veiligheidsregio's en gemeenten is van groot belang. Tegelijkertijd heeft de COVID-19 crisis duidelijk gemaakt dat sommige gezondheidsproblemen en crisissen de schaal van gemeenten en regio's overstijgen. In de probleemanalyse wordt onderbouwd dat er aanvullende landelijke ondersteuning nodig is.

Dat maakt het nodig om te komen tot een landelijke functionaliteit om ten tijde van grootschalige gezondheidscrisissen, met name infectieziektecrisissen, de uitvoering snel, flexibel en eenduidig te kunnen inrichten, in capaciteit te kunnen opschalen en ondersteunen. Zorgen dat de randvoorwaarden op orde zijn, met name waar het gaat om ICT-beleid en snel inzetbare extra capaciteit, is hierbij noodzakelijk. Het is hierbij nodig dat verantwoordelijkheden verder verhelderd worden.

##### **5. Versterking van de infrastructuur** van publieke gezondheid.

De afgelopen periode heeft laten zien welke enorme inspanning alle betrokken partijen hebben geleverd om de COVID-19 crisis te bestrijden. Tegelijkertijd is ook duidelijk dat als Nederland beter voorbereid wil zijn op nieuwe of opvlammende pandemieën een robuuste en flexibele infrastructuur van publieke gezondheid nodig is. Net als bij de bescherming tegen overstromingen moeten ook hier de dijken hoog genoeg zijn, wetend dat zich zulke bijzondere omstandigheden kunnen voordoen dat ook dan de hoogste dijk niet hoog genoeg is. Een robuuste, wendbare infrastructuur is niet alleen voor de bestrijding van infectieziekten nodig. Dat geldt evenzeer om te komen tot vermindering van gezondheidsachterstanden en het realiseren van gezondheidswinst waar effectieve preventie, een goede jeugdgezondheidszorg en medische milieukunde noodzakelijk in zijn.

Het betekent tenminste het volgende:

- Een versterking van de GGD'en als ruggengraat van de lokale en regionale publieke gezondheid. Naast het versterken van de rol van GGD'en in de Wpg en het komen tot een eenduidigere basistakenpakket wat van GGD'en verwacht mag worden, betekent het ook een investering in de kwantiteit en kwaliteit van GGD'en om deze centrale rol te kunnen vervullen. Versterking op het terrein van infectieziektebestrijding, preventie, medische milieukunde, gezondheidsonderzoek na rampen (GOR), forensische geneeskunde en epidemiologie en data-gestuurd werken zijn nodig.
- Een versterking van de jeugdgezondheidszorg zoals die door GGD'en en (andere) JGZ-organisaties wordt uitgevoerd is eveneens noodzakelijk. De JGZ ziet bijna alle kinderen en volgt ze in hun ontwikkeling en biedt een goede infrastructuur om kinderen en ouders te bereiken. Deze combinatie van kenmerken maakt dat de JGZ veel potentie heeft om een centrale positie te spelen in de preventieketen en in het vroegtijdig signaleren van problemen. Dit geldt zowel voor de relatie naar de curatieve zorg als naar de jeugdhulp en het bredere sociale domein.
- GGD'en zijn lokaal-bestuurde en regionaal geborgde organisaties. De COVID-19 crisis heeft laten zien dat er bij grote infectieziektecrisissen eenduidiger en grootschaliger handelen nodig is. Voortbouwend op de ervaringen van de afgelopen periode vraagt dat het borgen van taken in een landelijke functionaliteit en structuur voor ondersteuning bij opschaling en uitvoering en daarbij ook gebruikmakend van bestaande sturingsmechanismen. Op die manier kunnen zowel voorbereiding getroffen worden, als gezamenlijke randvoorwaarden gerealiseerd worden bijvoorbeeld rondom informatievoorziening, en kan indien nodig grootschalig worden opgetreden rondom bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren. Dit in aansluiting op de landelijke crisisstructuren, en waar nodig gebruikmakend van mogelijkheden zoals aanwijzingen via de voorzitters Veiligheidsregio.

- Het inzetten op zowel de verdere benutting van effectief bewezen interventies als om het ontwikkelen van lokale en regionale innovatieve programma's gericht op de specifieke situaties en problematieken.
- Een sterkere verbinding van GGD'en met het RIVM, (universitaire) medische centra, laboratoria, wetenschap en hogescholen is noodzakelijk. Dit om te zorgen voor de beste kennis en ook een aantrekkelijke werkgever te zijn voor de professionals in de infectieziektebestrijding, zoals artsen en anderen, die hiervoor nodig zijn.
- Een versterking van publieke gezondheid en de daarbij behorende infrastructuur vraagt ook wat van landelijke partijen als het RIVM en VWS.
  - Voor het RIVM vraagt dat het verder versterken van de samenwerking tussen landelijk en regio en het nog beter aansluiten bij praktijkervaringen en -kennis, naast het behouden van haar wetenschappelijke en internationale rol.
  - Voor het departement betekent het versterken van inhoudelijke, waaronder medische, kennis om zo de regierol te kunnen verbeteren. Maar ook het vanuit de regierol inzetten op maatregelen die soms specifiek gericht worden op gebieden waar veel mensen met een kwetsbare maatschappelijke positie wonen. Daarbij dient gebruik gemaakt te worden van de lokale kennis. Door een dergelijke gerichte, regionale aanpak is het doel om hiermee bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden beter te bereiken. Een integrale aanpak samen met andere departementen en onderdelen van de lokale overheid met specifieke aandacht voor het belang van bestaanszekerheid is daarbij nodig.
  - Bij een sterke en flexibele infrastructuur hoort aandacht voor data- en informatie-gedreven werken in de publieke gezondheid, inclusief sterke ICT-systemen en meer bewustzijn en expertise op dit vlak. Om data-gedreven publieke gezondheid in brede zin en het bestrijden van (gezondheids)crisisen mogelijk te maken is dit onmisbaar.

## 6. Kom tot structurele (aanvullende) gerichtere financiering

Een noodzakelijke randvoorwaarde voor een integrale en langjarige aanpak gericht op het realiseren van gezondheidswinst, terugdringen van gezondheidsachterstanden, vergroten van effectiviteit van preventie en versterken van gezondheidsbescherming en de infrastructuur van de publieke gezondheid is een forse structurele investering. Er kan op verschillende manieren naar de financiering gekeken worden. Zo noemt de RVS de inzet van 2% van de VWS-begroting (€ 1,7 miljard) een 'aanzienlijk startbudget' voor de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden, wat vervolgens aangevuld zou kunnen worden door andere bronnen, zoals bijvoorbeeld het Nationaal Groeifonds..

Het gaat niet alleen om aanvullende financiering maar vooral om meer structurele en gerichtere financiering. De lokale financiering van preventie en de infrastructuur van publieke gezondheid heeft de afgelopen jaren onder druk gestaan. De financieringsmogelijkheden voor preventie door zorgverzekeraars zijn beperkt tot geïndiceerde preventie. Er is behoefte aan meer (experimenteer)ruimte om te investeren in preventie/ nieuwe interventies. Daarnaast is het wenselijk dat gemeenten en zorgverzekeraars verplicht worden om samen te werken aan de totstandkoming (en instandhouding) van de preventie-infrastructuur.

Dit alles vraagt in ieder geval het volgende:

- Aanvullende en in ieder geval ten dele gerichte, geoormerkte financiering is noodzakelijk om gemeenten – en hiermee GGD'en als verlengd lokaal bestuur – in staat te stellen te investeren in preventie, gezondheidsbescherming en de infrastructuur van publieke gezondheid.
- Uitgaande van een modernisering van de Wpg met een duidelijk omschreven takenpakket voor gemeenten en GGD'en en stevige minimumeisen is er slechts zeer gedeeltelijk sprake van gemeentelijke beleidsvrijheid voor in ieder geval een deel van de taken op het terrein van publieke gezondheid.

- Een vorm van geormerkte financiering lijkt daarvoor het meest logisch. In de recente AEF-rapportage<sup>7</sup> wordt uiteengezet welke mogelijkheden hiervoor bestaan en welke voor- en nadelen de verschillende manieren hebben.
- Voor een investering in preventie zijn aanvullende middelen nodig om activiteiten te kunnen uitvoeren. De wijze waarop bovenstaande gerichte financiering gestalte kan krijgen en de afwegingen die daarbij een rol spelen zijn in de AEF-rapportage uiteengezet.
- Wijzigingen in de Zvw en de eventueel Wlz zijn noodzakelijk om medewerking aan de preventie-infrastructuur vast te leggen en mogelijkheden te scheppen voor zorgverzekeraars en zorgkantoren in (collectieve) preventie.
- Aanvullende financiering dient te bestaan uit:
  - Middelen voor de versterking van de infrastructuur.
  - Eenmalige middelen als investering in specifieke aspecten als bijvoorbeeld verbetering van de informatiehuishouding.
  - Aanvullende middelen voor de uitvoering van gezondheidsbescherming, preventie en de aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden.
  - Het lijkt logisch om uit te gaan van een groeimodel.

## 7. Zet in op **innovatie, leren, ontwikkelen en monitoring**.

Een vernieuwd en versterkt langjarig beleid gericht op het realiseren van gezondheidswinst, verminderen van gezondheidsachterstand en versterken van gezondheidsbescherming en de infrastructuur vraagt meer dan het formuleren en vastleggen van ambities, het aanpassen van wetgeving en vrijmaken van aanvullende middelen. Het vraagt ook het gezamenlijke besef dat er sprake is van een grootschalig en langdurig innovatie, ontwikkelings- en veranderingsprogramma.

Het is hierbij van groot belang om de ontwikkelingen goed te monitoren zowel op kwantitatieve en kwalitatieve wijze waarbij het gaat om wetenschappelijke, professionele, praktisch en ervaringskennis met elkaar in verbinding te brengen. Ook is goede monitoring nodig om op termijn de (financiële) beweging zichtbaar te maken van cure en care naar preventie. Een eerste stap is om gezamenlijk met betrokken stakeholders vanuit landelijke en lokale overheid, zorgverzekeraars, professionals, maatschappelijke partners en burgers te komen tot een ontwikkelagenda.

Gelet op de noodzaak snel eerste stappen te zetten in de versterking van de infrastructuur van de publieke gezondheid, waaronder de GGD'en, die deels als motor van deze ontwikkeling moeten dienen, is het van belang daar een snelle start mee te maken.

<sup>7</sup> Hoe financieren we preventie met het oog op gezondheidsbevordering? Een onderzoek naar de best passende financieringswijze, AEF, Utrecht 2021.

## 2 Verdiepende probleemanalyse

In deze probleemanalyse gaan we in op de situatie rondom gezondheidsbevordering en infectieziektenbestrijding. De beide onderdelen beginnen met een samenvatting die we daarna verder uitwerken.

### 2.1. Gezondheidsbevordering/preventie

#### 2.1.1. Samenvatting

Op basis van de gevoerde interviews zien wij dat er veel consensus bestaat over de vraagstukken rondom preventie en de noodzaak van gerichte versterking. Wij concluderen uit de gesprekken en literatuur het volgende:

- De vrijblijvendheid zowel op lokaal- en regionaal niveau, als op landelijk niveau is te groot geweest. Het ontbrak aan duidelijke kaders en normen. Ook kan er in de lokale praktijk meer gebruik gemaakt worden van wetenschappelijk onderbouwde kennis, in combinatie met *practice-based* kennis.
- Waar preventie een breed vraagstuk is en het realiseren van gezondheidswinst een brede aanpak vraagt, is er voor de rol van de GGD'en behoefte aan meer focus.
- Er zijn onvoldoende financiële middelen beschikbaar geweest voor preventie en er is gerichte langjarige financiering nodig.

- Verkeerde prikkels in het huidige financieringssysteem en de noodzaak om samenwerking tussen gemeenten en onder andere zorgverzekeraars te faciliteren.

#### 2.1.2. Afbakening en focus van preventie en gezondheidsbevordering

De uitkomst van het bestuurlijk overleg<sup>8</sup> van het Rijk, de VNG en de Zorgverzekeraars eind 2020 is dat er stevige, niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken dienen te komen tussen de financiers van de verschillende domeinen over (prioriteiten in) de preventieve aanpak voor risicogroepen. Tevens is afgesproken dat gemeenten een regisserende rol hebben bij de totstandkoming van de regionale infrastructuur ten aanzien van gezondheidsbevordering, waarbij de gemeente – conform de systematiek van de Wpg – de eigen GGD kan inschakelen. Hiermee wordt de professionele inbreng geborgd en wordt bevorderd dat eerst regionaal gekeken wordt wat gezamenlijk opgepakt kan worden. Dit hoeft lokaal maatwerk niet in de weg te staan.

Het RIVM en adviesbureau AEF werken op dit moment aan projecten gericht op het in beeld brengen van de huidige uitgaven voor een regionale preventie-infrastructuur respectievelijk mogelijke vormen van financiering van preventie. Op basis van de bekende definitie over preventie geeft AEF aan dat de focus voor de samenwerking rondom preventie tussen gemeenten en zorgverzekeraars op twee vormen van preventie ligt: de selectieve preventie gericht op groepen mensen met een bepaald verhoogd risicoprofiel en de geïndiceerde preventie, gericht op individuen met een verhoogd risico en/of beginnende klachten. Conform de gemaakte afspraken in bestuurlijke overleggen zien alle betrokkenen voor universele preventie ook een rol voor de GGD.

<sup>8</sup> Van 12 november 2020.

Tegelijkertijd is de vraag naar voren gekomen of deze afbakening van preventie niet te smal is. De meeste gezondheidswinst kan gerealiseerd worden buiten het gezondheidsdomein (zoals onderwijs, werk, inkomensondersteuning, inrichting van de leefomgeving, wet- en regelgeving). Dit thema, en de eventuele noodzakelijkheid van *'health in all policies'* en de mogelijkheden van het concept van positieve gezondheid, komen ook terug in de reacties op de discussienota 'Zorg voor de toekomst'.

In de gesprekken is veelal geconstateerd dat een sterkere rol van de GGD'en op het terrein van gezondheidsbevordering gerelateerd aan leefstijl als onderdeel van universele en selectieve preventie in ieder geval prioriteit zou moeten hebben. De noodzakelijke bredere opgave op het terrein van preventie is er een waar de landelijke overheid en gemeenten primair aan zet zijn. Veel van de gesprekspartners pleiten voor een actievere en kaderstellende rol van de landelijke- en lokale overheid. Er zijn uiteenlopende beelden over in hoeverre GGD'en bredere rollen op het terrein van preventie zouden moeten en kunnen spelen en hoe dergelijke rollen zich verhouden tot die van gemeenten zelf.

### 2.1.3. Versterking basis lokale GGD'en, preventie en landelijke borging

- Landelijke- en lokale keuzes die de afgelopen jaren gemaakt zijn over preventie en de rol van de GGD en de grote mate van vrijheid hierin, hebben ertoe geleid dat GGD'en erg variëren in de mate waarin en de wijze waarop zij taken rondom preventie uitvoeren en de middelen die zij daarvoor hebben. Hierdoor zijn op dit moment volgens sommige gesprekspartners niet alle GGD'en in staat om al een voldoende rol op het terrein op preventie te vervullen en zeker niet in alle gevallen de rol in de regionale preventie-infrastructuur zoals bovenstaand beschreven.
- De gesprekspartners onderstrepen dat het voor succesvolle gezondheidsbevordering lokale inbedding en verbinding met een breed scala aan lokale en regionale/provinciale partijen cruciaal is. Dit betreft zeker partijen in het

medische domein, maar evenzeer partijen in het sociale-, economische- en fysieke domein. Dat betekent dat er een nauwe samenwerking is vereist tussen de rol en inzet van de GGD en rollen en inzet van gemeenten en andere lokale partijen.

### 2.1.4. Verschillende rollen voor GGD'en zijn mogelijk

Het bestaande draagvlak voor de wijze en mate van betrokkenheid van de GGD bij preventie verschilt per regio. Van GGD'en vraagt dat, dat er in verschillende rollen moet kunnen worden opgetreden, afhankelijk van de lokale situatie.

- **GGD'en als kennispartner op gezondheidsbevordering:** Een basisrol die gesprekspartners noemen is die van kennispartner over preventie met kennis over de lokale- en regionale situatie en factoren die daarbij een rol spelen, en over de diverse mogelijkheden van effectieve preventieaanpakken. Het inbrengen van kennis en expertise staat dan centraal en op basis van deze kennis, gemeenten en andere partijen adviseren.
- **GGD'en als verbinder van het sociale met het medische domein:** Daarnaast ziet men ook een logische rol voor de GGD in verbinding met het medische domein en om deze verbindingen te versterken, met name waar het leefstijl gerelateerde preventie betreft. Gesprekspartners merken op dat gebruik gemaakt moet worden van lokale contacten die er al zijn (bijvoorbeeld in kleinere gemeenten kan de directe verbinding tussen gemeente en huisartsen sterker zijn dan die van de GGD met huisartsen op het terrein van infectieziekten). Daarnaast is een signaal dat dat gezondheidsbevordering niet versmald moet worden tot leefstijlgeneseskunde en dat er realistische verwachtingen moeten zijn over de effecten die op dit terrein gerealiseerd kunnen worden (ook in relatie tot de meer structurele factoren op het terrein van omgeving en sociaaleconomische status die een rol spelen).

- **GGD'en als procescoördinator:** Sommigen vullen de rol van de GGD in als de partij die het proces coördineert om te komen tot samenwerkingsafspraken over het aanbod van preventie (preventieketens) in de regionale infrastructuur, onder andere in verbinding met de zorgverzekeraars en het medische domein.

Nadrukkelijk al deze rollen in opdracht van en ondersteunend aan het lokale bestuur. De bestuurlijke bevoegdheid blijft bij de gemeenten. Waar nodig kan de GGD ook preventietaken uitvoeren.

#### 2.1.5. **Verbinding met het RIVM als landelijke kennispartner op bewezen effectieve interventies en in landelijke programma's**

In de landelijke borging van gezondheidsbevordering is samenwerking met het RIVM in haar rol als kennispartner belangrijk. Het RIVM heeft goed overzicht over kennis die werkt voor lokaal integraal gezondheidsbeleid en effectieve interventies op gebied van gezonde leefstijl. Daarnaast heeft het RIVM een belangrijke rol op gebied van data en monitoring en evaluaties. Deze rol is onder meer zichtbaar in programma's als 'Gezonde Groene Leefomgeving', 'Kansrijke start', 'Alles is gezondheid', en het Preventieakkoord.

In de gesprekken werd duidelijk dat niet alle partners op de hoogte zijn van de rol die het RIVM heeft en zou kunnen vervullen. Daarmee blijft mogelijk kennis die werkt onbenut. Bij het verder versterken van de rol van de GGD als lokale en regionale kennispartner vraagt de relatie met het RIVM aandacht evenals de mogelijke samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars. Het is van belang te kijken naar de rol die het RIVM en andere kennispartners (universiteiten, hogescholen, kennisinstellingen) kunnen spelen en hoe de verbinding gemaakt kan worden met de regionale kennisinfrastructuur, in wisselwerking met *practice-based* kennis. Op die manier kan wat werkt beter worden doorgegeven aan de lokale praktijk.

#### 2.1.6. **Vrijblijvendheid eraf: Belang van duidelijk omschreven taken op gezondheidsbevordering en samenwerking met zorgverzekeraars**

Om tot een versterkte inzet op gezondheidsbevordering te komen, wordt er breed gepleit voor een duidelijker omschreven takenpakket voor preventie binnen de Wpg. Over wat de inhoud van een dergelijk pakket zou moeten zijn, bestaan nog uiteenlopende beelden, maar er is consensus dat een meer eenduidig landelijke vastgestelde basis en normering noodzakelijk en wenselijk is. Sommigen pleiten voor een duidelijke koppeling aan landelijk vastgestelde inhoudelijke prioriteiten, bijvoorbeeld zoals vastgelegd in het Nationale Preventieakkoord, de belangrijkste thema's uit de Volksgezondheid Toekomstverkenning, de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid of een nieuwe inhoudelijke wettelijke verplichte doelstelling conform de Klimaatwet.

Anderen benadrukken dat het meer gaat om het vastleggen van de verplichting om te komen tot een regionale preventieagenda en het benoemen van de coördinerende rol die de GGD zou moeten vervullen. Juist om te zorgen dat er in het hele land een voldoende basis is voor preventie. Er is overeenstemming dat een 'basispakket' op het terrein van preventie voor zowel gemeenten als GGD'en wenselijk is.

Gelet op het langetermijnbelang van gezondheidsbevordering is de mening dat dit niet alleen aan de lokale afwegingen kan worden overgelaten, zeker gelet op de financiële krapte van gemeenten. Een landelijk vastgesteld takenpakket en normering vraagt ook om een passend budget, waarbij de meeste gesprekspartners pleiten om dit in een vorm van geoordeelde financiering aan gemeenten beschikbaar te stellen. De voorkeur lijkt er tot nu toe wel naar uit te gaan dat via financiering aan de gemeenten te blijven doen en niet aan directe financiering aan de GGD'en. Uitzondering hierop is wellicht het financieren van de eventuele taak van de GGD in de beoogde regionale preventie-infrastructuur.

Dat ook in het licht van het belang van lokale inbedding en betrokkenheid. Daarnaast loopt natuurlijk de discussie over de mogelijkheden van een (regionaal) preventiefonds juist ook in samenwerking met de zorgverzekeraars.

De samenwerking van zorgverzekeraars en gemeenten heeft de afgelopen jaren een forse impuls gekregen. Zorgverzekeraars en gemeenten vervullen beide de rol van financier en er is behoefte aan grotere afstemming op dit terrein. Regionale samenwerking is daarbij van belang omdat het niet mogelijk is dat zorgverzekeraars met alle gemeenten even intensief contacten onderhouden. Een deel van de gesprekspartners ziet dat de GGD een faciliterende rol kan spelen in deze samenwerking door namens de samenwerkende gemeenten op te treden.

Gekoppeld aan een duidelijker landelijke basis voor preventie wordt, zeker in relatie tot de afspraken met de zorgverzekeraars, gepleit voor spiegelbepalingen<sup>9</sup> in de Wpg en Zorgverzekeringswet om zo samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het terrein van preventie te faciliteren. De vraag is of het voldoende is een dergelijke spiegelbepaling alleen in de Wpg en de Zvw op te nemen of dat het ook wenselijk zou zijn dergelijke bepalingen in de Wlz, de Jeugdwet, Wmo en/of de Omgevingswet op te nemen of dat soms vermelding in de Wpg kan volstaan.

Waar in de gesprekken er brede steun is voor een steviger rol voor de GGD op het terrein van preventie, waren er diverse geluiden te horen over of alles onder de noemer van de GGD zou moeten plaatsvinden of dat een bredere noemer publieke gezondheid beter zou zijn. Dat zou volgens sommigen meer ruimte bieden voor de lokale invulling en ook voorkomen dat het mogelijk gezien wordt als gericht op het institutionele belang van de GGD.

<sup>9</sup> Door middel van spiegelbepalingen is het mogelijk om aanpassingen in één wet te doen, waarmee deze ook wordt doorgevoerd in andere wetten, zonder de noodzaak deze andere wetten allemaal aan te passen.

In dit verband blijven er ook uiteenlopende beelden bestaan over de positionering van de jeugdgezondheidszorg. De JGZ (door sommigen ook wel 'de motor van preventie' genoemd) wordt van groot belang geacht bij de preventie. Zij vervullen in het veld een unieke rol door hun ongeëvenaard bereik van kinderen (en hun ouders) vanaf de geboorte. In aanvulling op de cruciale rol die de JGZ speelt in gezondheidsbevordering, wordt het door sommigen ook als mogelijke noodzakelijke capaciteit bij de opschaling voor infectieziektebestrijding gezien. Er wordt uiteenlopend gedacht over of dit zou moeten betekenen dat de Wpg zou moeten worden gewijzigd om al dan niet de mogelijkheid te beperken dat de JGZ buiten de GGD wordt uitgevoerd.

Dit thema is echter niet besproken met alle geïnterviewden noch met alle betrokken partners bij de JGZ omdat niet alle JGZ-organisaties betrokken zijn bij dit traject.

## 2.2. Infectieziekten

### 2.2.1. Samenvatting

1. De samenleving als geheel (en daarbinnen zowel de cure en de care als de publieke gezondheid) was onvoldoende robuust en onvoldoende voorbereid op een pandemie als de huidige.
2. Er is heel veel goed gegaan en partijen hebben met elkaar een enorme prestatie neergezet.
3. De andersoortige aard van deze pandemie maakte dat bestaande taken langduriger en grootschaliger moesten worden uitgevoerd dan ooit tevoren. Ook kwamen er nieuwe taken bij.
4. Alle betrokken actoren hebben op diverse momenten in de crisis verschillende knelpunten ervaren. Knelpunten die er aan het begin van de crisis bestonden zijn grotendeels op pragmatische wijze opgelost. Over meerdere ervaren knelpunten is redelijke consensus. Deze knelpunten zijn onder meer:

- 4a. Sterk gedecentraliseerd en gefragmenteerd zorglandschap als geheel (breder dan alleen publieke gezondheid): Partijen (in preventie, cure, care en laboratoria) en deelsystemen zijn elk volgens een eigen rationaliteit georganiseerd.
- 4b. Rollen en taken onvoldoende helder (en verschillende interpretaties van rollen en taken)
- 5. Ervaren behoefte van ministerie om centraal te kunnen sturen.
  - 5a. Benodigde randvoorwaarden (ICT-systemen, maar ook opschalingsmogelijkheden voor processen als bron- en contactonderzoek en testen) waren onvoldoende toegerust voor een dergelijke grootschalige en langdurige crisis.
- 6. Gesprekspartners zijn het erover eens dat een vereniging (in dit geval GGD-GHOR Nederland) niet de plek is om op langere termijn een uitvoerende crisisorganisatie te beleggen.

Maar de gesprekken maken ook duidelijk dat er op sommige punten verschillen in perceptie zijn van het probleem en de oorzaken, en logischerwijs ook verschillende aangedragen oplossingsrichtingen. Deels lijken dit inhoudelijk verschillende beleidsopvattingen, een deel lijkt ook voort te komen uit onduidelijkheden of verschillende interpretaties over rollen en mogelijkheden van betrokken partijen. Gezamenlijk reflecteren en leren kan bijdragen om de verschillen in percepties inzichtelijker te maken en eventueel te verminderen.

### 2.2.2. Scope

De aanleiding voor dit traject waren vragen over de governance van de publieke gezondheidszorg, en met name de GGD'en. Tegelijkertijd is door veel betrokkenen aangegeven dat het van belang is breder te kijken dan alleen de governance. Vanuit de diverse perspectieven die we gesproken hebben wordt onderzocht dat op diverse aspecten van de governance verbeteringen mogelijk zijn. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat er ook andere aspecten van groot belang zijn, zoals uitvoerings- en financieringsvraagstukken. Juist ook omdat

mogelijk een steviger (financiële) basis voor de publieke gezondheid problemen, zoals die de afgelopen periode zijn geconstateerd, mogelijk ten dele had kunnen voorkomen.

In de gesprekken en probleemanalyse focussen we vooral op de taken van de GGD rondom infectieziektebestrijding in relatie tot die van het Rijk en het RIVM. Een belangrijk thema is natuurlijk ook zorgcontinuïteit en de afstemming met de zorgsector en de rollen van zowel Veiligheidsregio, GHOR, GGD, DPG en ROAZ bij dat vraagstuk. Hoewel dit zeer relevante vraagstukken zijn, betrekken wij deze niet in dit traject. Zowel omdat ze een onderzoek op zich verdienen, als omdat de rollen van deze gremia meegenomen zullen worden naar aanleiding van de evaluaties van Wpg, Wvr en de aanpak van COVID-19.

In deze probleemanalyse staan we achtereenvolgens stil bij een aantal algemene aspecten en bespreken daarna de afzonderlijke perspectieven rondom GGD'en, RIVM, VWS en het lokaal (samenwerkende) bestuur.

### 2.2.3. Algemeen

**De publieke gezondheid (en het zorg- en veiligheidslandschap) als geheel was onvoldoende robuust en onvoldoende voorbereid op een pandemie als de huidige.**

De afgelopen jaren waren landelijke partijen en GGD'en zeker bezig met de voorbereidingen op nieuwe pandemieën, met name de mogelijke komst van een griep-pandemie. Er waren draaiboeken ontwikkeld, er werden voorbereidingen getroffen en er werd ook geoefend met verschillende partijen. Tegelijkertijd moet geconstateerd worden dat ondanks deze voorbereidingen, dit niet betekende dat de sector als geheel voldoende was voorbereid op een bijzondere pandemie als COVID-19. Dat geldt landelijk, dat geldt ook voor de afzonderlijke GGD'en en hoe de samenwerking tussen de GGD'en was georganiseerd. Uit alle gesprekken rijst de vraag in hoeverre dat mogelijk was, gelet op de



eerdere risico-inschattingen en de collectief gemaakte keuzes op landelijk en lokaal niveau, zoals bezuinigingen op de GGD'en, in de afgelopen jaren. Overigens geldt natuurlijk dat de samenleving als geheel niet voorbereid was op een pandemie als deze. Het Nederlandse zorgsysteem is als geheel bovendien ingericht op efficiency.

Dat heeft mede geleid tot te grote verschillen tussen de afzonderlijke GGD'en, zowel waar het de capaciteit op het terrein van infectieziektebestrijding betrof als de kwaliteit (en als onderdeel daarvan de uniformiteit, overdraagbaarheid en vergelijkbaarheid). De spreekwoordelijke dijk was in zijn geheel onvoldoende hoog en van wisselend niveau.<sup>10</sup>

Het model van regionaal georganiseerde infectieziektebestrijding voldeed (en voldoet) wel voor de bestrijding van lokale- en regionale infectieziekten en de introductie van een geïsoleerde casus van een A-ziekte.

De aard van deze pandemie (langer, intensiever, massief grotere aantallen en met grootschaliger gevolgen dan ooit meegemaakt) maakte dat het systeem als geheel hier niet op voorbereid was en zeker in de eerste fase van de pandemie er niet op ingericht was. Daarbij speelde de volgende factoren een rol:

- De nadruk bij de inrichting van de uitvoering van de infectieziektebestrijding heeft gelegen op de lokale uitvoering van taken met landelijke coördinatie en ondersteuning gericht op het inhoudelijke proces.
- Er was noch lokaal noch landelijk een voorziening voor een dusdanig grootschalig, langdurig optreden met veel uitvoerende taken op én lokaal- én landelijk niveau. Er was lokaal en landelijk forse opschaling nodig. Het

10 Zie ook het IGJ rapport "Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar", 2015.

uitgangspunt voor de lokale infectieziektebestrijding zijn de basistaken<sup>11</sup> infectieziektebestrijding waar ook de IGJ op toetst.

- Tijdens deze pandemie bleek dat (een deel van) deze taken veel grootschaliger, intensiever en langduriger moesten worden uitgevoerd en dat dat ook eisen stelde aan de infrastructurele randvoorwaarden (bijvoorbeeld ICT-systemen). Waar testen in het reguliere proces van infectieziektebestrijding veelal onderdeel was van het bron- en contactonderzoek en daarmee een kleinschalige taak veelal belegd in afspraken met lokale laboratoria ontstond er de behoefte aan zeer veel grootschaliger vormen van testen.

### **Desondanks is er heel veel werk verzet en gaan veel dingen ook goed**

Ondanks bovenstaande startsituatie is er door iedereen heel hard gewerkt om met elkaar de zich steeds ontwikkelende problemen de baas te kunnen zijn. Er zijn structuren neergezet en lessen geleerd. Wat er nu staat aan organisatie, aan capaciteit en andere voorzieningen was aan het begin van de pandemie bijna onvoorstelbaar. Veel knelpunten (in het begin van de pandemie) zijn praktisch opgelost. Mensen en organisaties zijn in een gat gesprongen ook als vraagstukken misschien niet formeel tot hun taakopdracht behoorde.

### **Sterk gedecentraliseerd zorglandschap**

Een deel van de problematiek in de organisatie van de publieke gezondheid is niet beperkt tot alleen de publieke gezondheid. Een breder en onderliggend probleem is de vergaand gedecentraliseerde aard en de over diverse partijen verspreide verantwoordelijkheden van het totale gezondheidssysteem. Partijen (in preventie, cure, care en laboratoria) en deelsystemen zijn elk volgens een eigen rationaliteit georganiseerd en dat maakt eenduidige en/of landelijke sturing in de breedte tot een probleem. Er is soms sprake van uiteenlopende en zelfs tegenstrijdige rationaliteiten, wat het gezamenlijke

11 Zijnde surveillance, Wpg-meldingen, preventie, bron- en contactonderzoek, lokaal outbreakmanagement, regie en netwerk, beleidsadviering en kwaliteitsontwikkeling (en organisatie en beheer).

acteren ten behoeve van een breder publiek of maatschappelijk belang kan bemoeilijken of verhinderen. Er is een spanning tussen het individuele en collectieve en wat dat voor solidariteit betekent. En er is spanning tussen publieke en private/ commerciële belangen. Deze onderliggende spanning en problematiek kan niet worden opgeheven door enkel eventuele verbeteringen in de organisatie van de publieke gezondheid.

### **(On)duidelijkheid over rolverdelingen en taken**

In de gesprekken werd duidelijk dat bij verschillende gesprekspartners er verschillende beelden bestonden over rolverdelingen en taken van betrokken partijen. Deze onduidelijkheid gold voor de rol van het ministerie van VWS zelf (en verschillende onderdelen daarbinnen), de taakverdeling tussen het ministerie van VWS en het ministerie van JenV, het RIVM en het Clb, de GGD'en en GGD-GHOR Nederland, de veiligheidsregio's en het LNAZ.

#### **2.2.4. Afzonderlijke GGD'en**

In de gesprekken is een aantal specifieke elementen naar voren gekomen met betrekking tot de organisatie van de afzonderlijke GGD'en.

- De startsituatie was dat voor de GGD'en de basis onvoldoende sterk was als gevolg van de landelijke- en lokale beleidskeuzes van de afgelopen jaren en de daaraan gekoppelde (beperkte) budgetten die voor infectieziektebestrijding beschikbaar waren. Dit beamen alle geïnterviewden.
- In veel van de gesprekken is ook gewezen op de grote verschillen die er op dit terrein tussen GGD'en bestonden. Verschillen die door sommigen (waaronder een aantal DPG'en, wethouders en landelijke spelers) als te groot werden gezien. Door een aantal mensen is ook vragen gesteld of de schaal van sommige GGD'en niet te klein is om een voldoende stevige infectieziektebestrijding uit te kunnen voeren.
- De arts infectieziektebestrijding speelt een centrale rol zowel in de bestrijding van kleinschalige infectieziektenuitbraken als ook bij grootschalige crisissen, waarbij er ook op basis van de wet een formele rol is voor de arts. Vanuit het perspectief van artsen infectieziektebestrijding is gesignaleerd dat de wijze waarop de artsen door de DPG betrokken werden, wisselde. Ook waar het de adviserende rol betrof richting regionale beleidsteams en andere relevante gremia.
- Crisissen vragen flexibiliteit in opschaling zowel in operationele als bestuurlijke processen. Lokaal zijn GGD'en in korte tijd enorm gegroeid en ook de landelijke capaciteit is enorm gestegen. De vraag is waar kan een GGD lokaal of regionaal op terugvallen als er snelle opschaling nodig is, welke afspraken zijn er gemaakt en welke ondersteuning is nodig vanuit individuele gemeenten, vanuit de Veiligheidsregio en wat is landelijk mogelijk en noodzakelijk?
- Opschalen betekent ook het van buiten naar binnen halen van mensen. Mensen die niet meteen alle afspraken en rollen kennen. Standaardwerkwijzen die er zijn komen hierdoor onder druk te staan. Dat kan nieuwe energie geven, maar ook uniformiteit bemoeilijken.
- De ICT infrastructuur op het terrein van infectieziekten wordt in sommige gesprekken als zwak gezien en niet ingericht op grote, langdurige crisissen met de behoefte om over regio's veel informatie te delen.

### 2.2.5. Samenwerkende GGD'en

Het feit dat de COVID-19 pandemie zo veel grootschaliger en langduriger was, vroeg meer van de samenwerking en uniformiteit dan bij reguliere infectieziekte-uitbraken die vaker lokaal geconcentreerd zijn.

Veel geïnterviewden constateren dat hoewel de uitgangspunten gelijk zijn, er (in het geval van een pandemie met nationale impact en zeker in de eerste fase) te weinig eenduidigheid was in werkwijzen en processen van GGD'en, bijvoorbeeld op het terrein van bco en testen. Dat maakte landelijke opschaling en ondersteuning lastiger omdat niet aangesloten kon worden op één uniforme werkwijze.

De structuur zoals die tot de uitbraak van de COVID-19 pandemie gold, bood volgens veel van de geïnterviewden maar beperkt aanknopingspunten voor eenduidige samenwerking en uitvoering.

- GGD'en zijn individueel verantwoordelijk en hebben ook afzonderlijke beslissingen genomen. De afzonderlijke GGD'en en de directeur publieke gezondheid (DPG) worden aangestuurd door het GGD-bestuur. De voorzitter van de veiligheidsregio is verantwoordelijk voor de bestrijding van een epidemie van een A-ziekte en stuurt op de DPG. De DPG'en werken landelijk samen in de vereniging GGD-GHOR Nederland.
- Het gezamenlijk beeld uit de gesprekken is ook dat noch de reguliere structuren van de afzonderlijke GGD'en, noch de inhoudelijke coördinatie vanuit het RIVM, noch de verenigingsstructuur van GGD-GHOR Nederland, noch het departement, noch het LNAZ direct passende aanknopingspunten boden om te komen tot meer eenduidigheid in de aansturing en een grotere uitvoeringsorganisatie. Hoewel de verenigingsstructuur hier niet voor bedoeld was, werd die van GGD-GHOR Nederland toch benut omdat veel partijen het ervoeren als het enige mechanisme wat de 25 GGD'en samenbracht.

- De afgelopen periode zijn er veel landelijke, grootschalige operationele taken door het ministerie van VWS bij koepelorganisatie GGD-GHOR Nederland en het RIVM belegd. Er bestaat, zoals gezegd, een gedeeld beeld dat er een vorm van landelijke uitvoering nodig is. Inmiddels is er echter consensus over dat dergelijke grootschalige operationele taken in de toekomst niet meer bij een koepelorganisatie als GGD-GHOR Nederland behoren te liggen. Dit omdat zo'n uitvoerende rol zich niet goed verhoudt tot de rol als koepelorganisatie.
- Soms waren er verschillen van inzichten tussen DPG'en over te maken keuzes. Dat is ook niet vreemd gelet op dat lokale situaties soms verschillen en afwegingen anders gemaakt kunnen worden. Onder andere vanuit landelijke stakeholders, waaronder het ministerie van VWS, bestond de behoefte aan één aanspreekpunt met mandaat en aan een manier om na discussie tot één koers te komen. De verenigingsstructuur lijkt ten tijde van crisis niet direct een oplossing te bieden om daar een duidelijkere lijn in te krijgen. Door verschillende geïnterviewden (zowel vanuit een landelijk en lokaal perspectief) is gerefereerd aan bijeenkomsten tussen de bewindspersoon en de 25 DPG'en waar het niet eenvoudig was om tot consensus te komen.

### 2.2.6. RIVM

Het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM coördineert de bestrijding van infectieziekten vanuit bovenregionale, nationale en internationale optiek. In aantal gesprekken werd aangegeven dat de oorspronkelijk (formele) basis voor de taken van het CIb niet bij iedereen bekend is. Dit kan tot onduidelijkheden leiden over welke rollen verwacht mogen worden.

Samenwerking GGD'en en RIVM:

- De rol van het CIb van het RIVM ten behoeve van de lokale infectieziektebestrijding (naast hun meer landelijke taken) richt zich nu op de coördinatie van deze bestrijding, de ontwikkeling van de professionele richtlijnen, de vertaling van kennis en de advisering en ondersteuning. De belangrijkste lijn tussen RIVM en GGD'en verloopt via de arts infectieziektebestrijding. En ook via de Regionaal Arts Consulents (RAC'ers). Dit is een sterke professionele verbinding. De basis hiervan lijkt goed te functioneren, tegelijkertijd zijn er in een aantal gesprekken aandachtspunten benoemd met name vanuit perspectief van DPG'en en artsen infectieziektebestrijding. Dat gaat onder meer over hoe voldoende rekening gehouden kan worden met de dagelijkse praktijk zodat de richtlijnen ook uitvoerbaar worden geacht en/of antwoorden geven op specifieke praktijkvragen als over de frequente wijzigingen van richtlijnen (die soms als te hoog werd gezien).
- Er lijkt daarnaast minder sprake van een (bestuurlijke) lijn tussen de afzonderlijke GGD'en en het RIVM. De vraag is of alleen een professionele lijn volstaat.

### 2.2.7. VWS

Op basis van de Wpg geeft de minister van VWS leiding aan de bestrijding van een infectieziekte categorie A. In de gesprekken werd duidelijk dat er geen gedeeld beeld was wat leiding geven aan de bestrijding zou moeten betekenen. Door de Tweede Kamer werd de minister bij voortdurende op veel aspecten van de bestrijding aangesproken van grotere tot kleinere vraagstukken. Er was geen eenduidig kader dat met relevante stakeholders was gedeeld en vastgesteld over wat leiding geven inhield. Geïnterviewden geven ook aan dat er daardoor verschillende beelden konden ontstaan.

Vanuit het perspectief van het ministerie bestond er behoefte en noodzaak – zeker in de eerste fase van de pandemie – om te kunnen sturen op een uniforme aanpak van de bestrijding, snelheid in opschaling van diverse taken (bron- en contactonderzoek, testen en later vaccineren) en een mate van robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden (waaronder ICT). Om te komen tot een stevige landelijke uitvoeringsorganisatie is GGD-GHOR Nederland (via de Coronaprogrammaorganisatie) daar een steeds grotere rol in gaan spelen met een direct opdrachtgeverschap van het ministerie van VWS.

Er is veel discussie geweest over hoe in deze situatie tot eenduidigheid van handelen, snelheid en opschaling gekomen kon worden. Dat het in een situatie als deze noodzakelijk is om tot meer eenduidigheid in uitvoering en aansturing te komen en een grotere uitvoeringskracht te hebben, wordt in de gesprekken algemeen onderkend. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat dit ook eisen stelt aan het opdrachtgeverschap van de landelijke overheid en in dit geval het ministerie van VWS, juist ook waar het sturing in tijden van crisis betreft. Gesprekspartners spreken ook de wens uit voor een grotere inhoudelijke kennis over publieke gezondheid zowel rondom infectieziektebestrijding als preventie. Sommigen pleiten in dat kader dit te regelen in de vorm van een Chief Medical Officer waarbij deze meer dan alleen een adviserende rol zou moeten hebben.

### 2.2.8. Lokaal bestuur

#### Verschillende meningen over bruikbaarheid aanwijzingsbevoegdheid

De Wpg kent de mogelijkheid van de aanwijzingsbevoegdheid van de minister van VWS aan de voorzitter van de veiligheidsregio. Deze aanwijzingsbevoegdheid is zeker in de eerste fase van de pandemie met name ingezet om de voorzitters van de veiligheidsregio's de opdracht te geven om hun 'bevoegdheden op het terrein van openbare orde en veiligheid in te zetten om de verdere verspreiding van COVID-19 tegen te gaan'. Over de vraag in hoeverre de aanwijzingsbevoegdheid van de minister aan de voorzitters veiligheidsregio's ook een passend instrument is (c.q. zou zijn geweest) om sturing te geven aan de dagelijkse inhoudelijke aanpak van de bestrijding lopen de meningen uiteen. In de praktijk lijkt de aanwijzingsbevoegdheid daar nauwelijks voor gebruikt te zijn.

Deze verschillen van inzicht hangen samen met de vraag of de aanwijzingsbevoegdheid wel of niet een geschikt instrument is voor de gewenste directe en eenduidige sturing op deze uitvoeringstaken. Sommige gesprekspartners zijn van mening dat hier meer gebruik van gemaakt had kunnen worden. Dit ook in relatie tot de verschillende sturingslijnen richting DPG'en (vanuit hun GGD-bestuur en vanuit de voorzitter veiligheidsregio).

In dit verband hebben wij getracht een duidelijker onderscheid te maken tussen de verschillende soorten taken, binnen en voortvloeiend uit de infectieziektebestrijding, de publieke gezondheid, de crisisbestrijding en de wijze van sturing daarop. Wij maken het volgende onderscheid:

- Inhoudelijke (medische) basistaken (met name bron- en contactonderzoek, testen<sup>12</sup>, vaccineren en de informatie hierover): de GGD'en zijn verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan, het CIB/RIVM is verantwoordelijk voor de inhoudelijke standaarden en de inhoudelijke coördinatie. Dit systeem heeft over het algemeen de afgelopen jaren goed gefunctioneerd bij uitbraken van infectieziekten, ook in het geval van introductie van A-ziekten.
- (Vrijheidsbeperkende) maatregelen gericht op individuen, gebouwen, goederen, vervoersmiddelen, samenkomsten en dergelijke zoals vastgelegd in Wpg waarbij het gaat om de bevoegdheden van de burgemeester/voorzitter veiligheidsregio. Deze bestuurlijke maatregelen kunnen onderdeel uitmaken van het proces van reguliere regionale bestrijding van een uitbraak zoals de GGD dat organiseert. De arts infectieziektebestrijding van de GGD adviseert de burgemeester/voorzitter veiligheidsregio.<sup>13</sup> In het kader van de COVID-19 bestrijding is hiervoor een uitgebreidere wettelijke grondslag gecreëerd in de Wpg.
- Het organiseren van de medische keten op basis van de Wvr als onderdeel van de GHOR-taken en de afstemming met andere kolommen binnen de crisisbestrijding.
- De bredere (potentiële) maatschappelijke effecten van infectieziektebestrijdingsmaatregelen, door sommige ook wel de gevolgschade genoemd. Hoewel dit tot nu toe niet specifiek is gedefinieerd als taak binnen of voortvloeiend uit de infectieziektebestrijding lijkt het ons gelet op de discussie over governance wel van belang dit afzonderlijk te benoemen. Hier lijkt sprake van een sterke relatie tussen de infectieziektebestrijding

<sup>12</sup> Testen werd door de GGD'en vooral gedaan als onderdeel van bron- en contactopsporing en de soa-bestrijding. Grootschalig testen was geen basistaak van de GGD. Tijdens deze crisis is de GGD op verzoek van het ministerie deze taak grootschalig gaan uitvoeren.

<sup>13</sup> Deze taak van de arts infectieziektebestrijding is vastgelegd in de Wpg.

en de algemene crisisbestrijding, en er zijn vragen gesteld in hoeverre er voldoende verbindingen zijn gelegd met de algemene crisisbestrijding. Het verdient aanbeveling om als partners met elkaar te bespreken wat hier wel of niet onder valt en wat dit ook betekent voor sturing.

Wij constateren uit de gesprekken in het kader van deze opdracht dat er de afgelopen periode met name behoefte was aan landelijke sturing vanuit het ministerie van VWS op de uitvoering van de meer inhoudelijke (medische) basistaken, en niet zozeer op de andere mogelijke maatregelen.<sup>14</sup>

Juist bij specifiek deze inhoudelijke taken ontstaat uit diverse gesprekken het beeld dat aanwijzingen aan de voorzitters veiligheidsregio minder geschikt werden geacht, gelet op het feit dat het met name om de sturing ging op de *inhoudelijke uitvoeringspraktijk van de GGD'en* en er behoefte was aan een directe lijn tussen het ministerie van VWS en de uitvoering door de GGD'en. Dit beeld wordt echter niet door iedereen gedeeld. Sommige gesprekspartners geven aan dat het geven van aanwijzingen aan de DPG'en via de voorzitters veiligheidsregio een adequate manier was geweest om de eerder genoemde overleggen met 25 DPG'en, die elk (ook) een verantwoordelijkheid ervoeren richting hun eigen besturen te vermijden.

De aanwijzingsbevoegdheid wordt (door de meeste gesprekspartners) ervaren als een mogelijkheid die meer voor de andere (niet inhoudelijke basis-)taken een waardevolle rol kan spelen. De meningen verschillen over in hoeverre aanwijzingen aan de voorzitter van de veiligheidsregio voldoende effectief zijn in het sturen op de medische keten (van laboratoria tot ziekenhuizen), gezien de organisatiestructuur en verantwoordelijkheden binnen het brede systeem van de gezondheidszorg.

<sup>14</sup> Tijdens de crisis was er ook behoefte aan landelijke sturing op de vrijheidsbeperkende maatregelen gericht op individuen, gebouwen, goederen, vervoersmiddelen, samenkomsten en dergelijke. Hier is ook via aanwijzingen aan de voorzitters veiligheidsregio's op gestuurd. Dit valt buiten de scope van dit onderzoek.

### **Beperkte rol voor de GGD-besturen tijdens de crisis**

De rol van het bestuur van de GGD ten tijde van crisis is niet duidelijk. De geïnterviewde wethouders geven aan in hun rol als bestuurder van de GGD geen behoefte te hebben aan het spelen van een extra rol, tegelijkertijd is het bestuur wel 'eigenaar' van de GGD. Het bestuur wil ondersteuning bieden en ook weten van en betrokken worden bij afwegingen en keuzes en de gevolgen daarvan. Het gaat dan zowel om financiële gevolgen als om gevolgen voor andere taken.

Verschillende DPG'en noemden dat zij enerzijds de afgelopen periode aanzienlijk hebben moeten uitbreiden om alle taken te kunnen uitvoeren. Zij kregen hiervoor aanvullende financiering vanuit het Rijk. Anderzijds moesten zij het gesprek voeren met het GGD-bestuur over mogelijke bezuinigingen op de totale GGD begroting voor de komende jaren. Dat leidde soms tot vragen over in hoeverre de besturen voldoende oog hadden voor de situatie waarin GGD'en verkeren.

In een aantal gesprekken is aandacht gevraagd voor hoe de gemeenteraden geïnformeerd en betrokken kunnen worden. Waar veelal bij kortdurende crisissen gemeenteraden achteraf geïnformeerd kunnen worden (veelal door de burgemeester), zijn een aantal gesprekspartners van mening dat het juist ondersteunend werkt om ook de gemeenteraad regelmatig te informeren. Dit moet wel gericht zijn op zaken rondom lokale inbedding en communicatie waar de gemeenteraad een bijdrage aan zou kunnen leveren, en minder op onderwerpen waar landelijke kaders over zijn afgesproken. Hier kunnen zij uiteraard wel over worden geïnformeerd, maar meer ter kennisname.

# 3 Pleidooi voor een landelijke infrastructuur

## 3.1. Introductie

Eén van de gedragen conclusies uit de probleemanalyse is dat hoewel Nederland een fijnmazige infrastructuur van infectieziektebestrijding kent en er rekening werd gehouden met de mogelijkheid van nieuwe pandemieën, de ervaringen met COVID-19 duidelijk hebben gemaakt dat deze infrastructuur niet (snel genoeg) kon voldoen aan wat er nodig is voor de bestrijding van een groot-schalige, langdurige en op sommige punten zeer onvoorspelbare pandemie. Er was behoefte aan meer capaciteit, meer slagkracht, meer eenduidigheid, meer flexibiliteit en vooral ook snellere en betere opschalingsmogelijkheden. De vraag tijdens de pandemie was hoe landelijke sturing in de praktijk moest worden vormgegeven en of de benodigde randvoorwaarden, onder andere op ICT-gebied, voldoende waren ingevuld voor deze situatie.

De afgelopen periode is er zoals eerder gezegd door iedereen zeer hard gewerkt om te zorgen dat er steeds werkbare oplossingen gevonden konden worden. Dit heeft onder andere geleid tot forse opschaling van de afzonderlijke GGD'en, de vorming van de Corona programmaorganisatie bij GGD-GHOR Nederland, de vorming en uitbreiding van onderdelen bij het ministerie van VWS en het RIVM en nauwe samenwerking tussen de algemene en functionele kolom in de crisisbestrijding.

De komende jaren zullen er onder andere nog grondige evaluaties plaatsvinden van de aanpak van de COVID-19 pandemie, er zal internationale kennis beschikbaar komen en het kabinet zal komen met een inhoudelijke reactie op de evaluatie van de Wet Veiligheidsregio's. Ook staat een evaluatie van de Wpg in de planning. De uitkomsten daarvan zijn nu nog ongewis en we zitten nog in de COVID-19 crisis, wat betekent dat het nog te vroeg is om eventuele fundamentele veranderingen door te voeren. Tegelijkertijd is er al veel te leren van de ervaringen van het afgelopen jaar. Tot slot is er behoefte aan onderbouwing en inbedding van de ervaringen en hulpstructuren van de afgelopen periode.

Met dit pleidooi willen wij een pragmatische invulling geven aan een aantal van de vraagstukken van de afgelopen tijd. Daarbij gaat het er om de goede ervaringen en geleerde lessen van de afgelopen periode te bewaren en te zorgen dat daar een landingsplaats voor is, zodat er een stevigere basis is om te handelen mocht de pandemie opvlammen of zich er een nieuwe (infectieziekte- / gezondheids)crisis met landelijke impact voordoen. Dit voorstel gaat niet over de concrete afbouw van de huidige tijdelijke organisaties die zijn gevormd.

De nadruk in dit voorstel ligt op de invulling van een functionaliteit gericht op infectieziektecrisisen. Een eventuele volgende infectieziektecrisis kan een ander karakter hebben dan de huidige COVID-19 crisis. Het is ook mogelijk dat zich andere gezondheidscrisisen voordoen. Tegelijkertijd heeft het nu prioriteit om de eerste stappen te realiseren uitgaande van de huidige kennis en ervaring. Vragen over een eventuele bredere rol kunnen in de loop van de komende jaren worden opgepakt. Het is duidelijk dat het versterken van de organisatiekracht van de infectieziektebestrijding maar één van de vraagstukken is die spelen. Er zijn ook vraagstukken over de capaciteit van *care en cure*, over de rol van laboratoria en de wijze waarop de minister van VWS en voorzitters van Veiligheidsregio's kunnen sturen op de curatieve zorg en andere thema's. Daar richt dit voorstel zich niet op.

Het voorstel is ook geen eindplaatje maar juist een startpunt voor hoe er in de komende periode verder invulling gegeven kan worden aan de versterking van infectieziektebestrijding bij grootschalige infectieziektecrisisen.

## 3.2. Uitgangspunten

Op basis van de bestuurlijk overleggen en de gevoerde gesprekken formuleren we een aantal uitgangspunten die van belang zijn bij de uitwerking van het voorstel.

- Het is van belang zo veel mogelijk gebruik te maken van bestaande structuren en afspraken.
- Er dient in de crisisbestrijding altijd een goede verbinding te zijn en te blijven tussen de algemene crisiskolom en de functionele (medische of 'witte') kolom.
- Het gaat zowel om versterking van de infectieziektebestrijding op regionaal niveau als om de bestendiging en structurering van een landelijke functionaliteit.
- Er is behoefte aan duidelijkere mogelijkheden voor landelijke sturing door de minister van VWS bij grootschalige landelijke infectieziektecrisisen (waar hij/zij op basis van de Wpg de leiding aan dient te geven). Het betreft hier met name de sturing op het 'wat' via heldere kaders. Dat betekent onder andere dat landelijk vastgesteld dient te worden wat het gewenste beschermingsniveau is.
- Om tot afgewogen en transparante keuzes te komen is het van belang dat er goede advisering is over de uitvoerbaarheid van voorgenomen keuzes. Op welke wijze kunnen wensen worden uitgevoerd en aan welke voorwaarden moet voldaan worden om de keuzes daadwerkelijk te realiseren?

- Het zoveel mogelijk gebruik maken van bestaande en reguliere structuren betekent ook dat er een nauwe verbinding moet bestaan tussen de koude en warme fase<sup>15</sup> evenals tussen lokale/ regionale inbedding en landelijke kaders. Hierbij heeft de landelijke functionaliteit ook duidelijk een rol in de koude fase.
- Werkwijzen moeten flexibel zijn zodat ze voldoende ruimte bieden om in te spelen op nieuwe en andersoortige (infectieziekte)crisisen.
- Dat betekent dat er sprake moet zijn van lerende en reflecterende systemen, zodat men zich steeds kan aanpassen op nieuwe ontwikkelingen.

### 3.2.1. Regionale versterking en een landelijke functionaliteit

Om tot een meer slagvaardige, flexibele en opschalbare bestrijding van grootschalige infectieziektecrisisen (van A-ziekten) en andere mogelijke gezondheidscrisisen te komen is het allereerst noodzakelijk dat de basis op orde is. Daarvoor moet de regionale infectieziektebestrijding in al haar onderdelen in kwantiteit en kwaliteit worden versterkt. Dat sluit aan bij wat hierover reeds is gezegd in het advies versterking publieke gezondheid (hoofdstuk 1). Alleen een versterking van de regionale infectieziektebestrijding is echter niet voldoende. Infectieziektecrisisen kunnen zo grootschalig en langdurig zijn dat er meer landelijke sturing, opschaling en uitvoering van specifieke taken nodig is. Dat betekent dat – mede gebaseerd op de ervaringen met de corona programmaorganisatie – er een centrale landelijke functionaliteit komt ten behoeve van de uitvoering van infectieziektebestrijding bij infectieziekten crisisen met landelijke impact.

<sup>15</sup> De 'koude' fase betekent de fase vóór de crisis, de 'warme' fase betekent de fase tijdens de crisis.



In onderstaande paragrafen gaan we in op de grondslag voor deze functionaliteit, de inbedding, de taken, het proces van besluitvorming rondom opschaling bij deze functionaliteit, de wisselwerking tussen landelijke functionaliteit en de regionale uitvoering en kort iets over de personele invulling.

### Grondslag

De grondslag voor de landelijke functionaliteit is de gedeelde noodzaak en de gezamenlijke wens van Rijk, gemeenten, GGD'en, Veiligheidsregio's, RIVM en, GGD-GHOR Nederland om op basis van de ervaringen van de afgelopen tijd landelijke taken te borgen en versterken. Dat vraagt:

- Een set aan afspraken tussen Rijk, gemeenten, GGD-besturen en Veiligheidsregiobesturen over de landelijke functionaliteit.
- Een set aan afspraken tussen de 25 GGD'en onderling dat zij op een aantal punten nauwer willen samenwerken ten behoeve van (inhoudelijke) randvoorwaarden en opschaling.

In de paragraaf over het proces van besluitvorming over de totstandkoming en activering van de landelijke functionaliteit gaan we nader in op deze sets van afspraken.

### Inbedding

Op dit moment is de corona programmaorganisatie in opdracht van het ministerie ondergebracht bij GGD-GHOR Nederland en zijn er taken bij het RIVM (vaccinaties) en specifieke onderdelen van het departement (onder andere de dienst testen) belegd. Uit de gesprekken is gebleken dat, hoewel de waardering voor het oppakken van de taken door GGD-GHOR Nederland groot is, er consensus is dat structurele inbedding van een dergelijke taak bij GGD-GHOR Nederland niet passend is. Dit is tenslotte een vereniging van directeurs publieke gezondheid.

Het verdient de voorkeur dat een functionaliteit deel uitmaakt van de Rijksoverheid. Daarbij is enige afstand ten opzichte van de beleidsfunctie van het departement wenselijk zodat de focus goed kan liggen op uitvoering (skracht) en er juist ook vanuit dat perspectief geadviseerd kan worden. Recente ervaringen in andere domeinen onderstrepen het belang van het goed borgen van advisering juist vanuit de uitvoering.

Er zijn meerdere opties voor waar een functionaliteit bij de Rijksoverheid een plaats zou kunnen vinden. Inbedding bij het RIVM lijkt een optie die zeker nader zou moeten worden onderzocht. Daarbij is wel opgemerkt dat een dergelijke functionaliteit een andere is dan veel van de meer nationale en internationale wetenschappelijke, inhoudelijk-coördinerende en faciliterende taken van het RIVM. Deze functionaliteit heeft ook een andere rol dan het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb), de LCI, het LOI en het OMT. Bij het CIb, LCI en LOI ligt de nadruk meer op de inhoudelijke component van de infectieziektebestrijding, de wetenschappelijke onderbouwing en vertaling in richtlijnen en afstemming binnen de beroepsgroep. Het OMT heeft de specifieke rol van advisering aan de overheid over vanuit biomedische inzichten optimale bestrijding.

Deze functionaliteit dient een meer tactische en operationele praktische invulling te krijgen. Met een goede personele mix van (wetenschappelijke) inhoudskennis, maar ook strategische en logistieke kennis. In het geval van inbedding bij het RIVM vraagt de afzonderlijke positionering om voldoende aandacht voor deze uitvoeringskanten en voldoende afstand tot de adviseringstaken die elders binnen het RIVM<sup>16</sup> plaatsvinden (met in het bijzonder aandacht voor het risico op overlap met het CIb). Er moet voorkomen worden dat deze twee rollen elkaar bijten. Voor- en nadelen van de verschillende opties (bij het RIVM of elders binnen de Rijksoverheid) dienen bij verdere uitwerking en eventuele besluitvorming zorgvuldig te worden afgewogen.

<sup>16</sup> Uiteraard heeft het RIVM ook logistieke taken, zowel in de warme als koude fase.

## Taken landelijke functionaliteit

Op basis van de gevoerde individuele gesprekken, de besprekingen in de begeleidingscommissie en de bestuurlijke overleggen komen wij tot de volgende taken die bij een landelijke functionaliteit belegd zouden moeten worden.

- Het (ook in de koude fase/vredestijd) borgen van de randvoorwaarden voor een effectieve en efficiënte bestrijding van tenminste grootschalige infectieziektecrisisen met landelijke impact.
  - Het zorgen voor een goed functionerend en veilig informatiesysteem voor infectieziektebestrijding voor registraties van meldingen, bron- en contactonderzoek, outbreakmanagement en andere relevante taken. Een informatiesysteem dat voldoet aan alle eisen rondom informatiebeveiliging en privacy (waarbij de landelijke functionaliteit deze kwaliteitsnormen ook dient te bewaken). Idealiter is dit systeem te gebruiken voor alle infectieziekten (hiermee is het breder dan alleen de meldingsplichtige infectieziekten). Onderzocht zal moeten worden in hoeverre systemen nog breder toepasbaar kunnen zijn voor andere GGD-taken.
  - Het zorgen voor goed functionerende informatiesystemen voor testen en vaccineren. Indien wenselijk en praktisch haalbaar in hetzelfde systeem. Het is belangrijk dat er vooraf met andere partners (zoals het RIVM, Rijk en gemeenten) over nagedacht wordt, zodat er een samenhangend informatielandschap ontstaat, uitgaande van *privacy by design*, waarin uitwisseling tussen diverse bronnen eenvoudig en veilig mogelijk is.
  - Het zorgen voor goed functionerende systemen voor ondersteunende processen bij crisisen, zoals bijvoorbeeld afsprakenmodules.
  - Het zorgen voor contracten (met externe partijen) zodat bij grootschalige opschaling er inzet mogelijk is van relevante professionals voor minimaal bron- en contactonderzoek, telefonische informatievoorziening (callcenters) en eventuele andere functies.
- Het zorgen voor contracten met laboratoria voor als op grootschalige en/of langdurige wijze vormen van laboratoriumdiagnostiek nodig zijn, inclusief bijbehorende informatieverplichtingen.
- Hieruit voortvloeiend zijn eventueel afspraken te maken met het onderwijs over mogelijke inzet van geneeskundestudenten en andere studenten in medische/ zorgberoepen (HBO en MBO).
- Het bieden van opschalingsmogelijkheden voor uitvoerende taken ter ondersteuning van de GGD'en en voor landelijke uitvoering van grootschalige taken waaronder tenminste:
  - Bron- en contactonderzoek.
  - Telefonische informatievoorziening en maken van afspraken.
  - Ondersteuning bij testen en vaccineren.
  - Bedrijfsvoering (inkoop, logistiek, financiële verantwoording).
- Advisering vanuit de praktijk over uitvoerbaarheid van keuzes, en uitdenken van scenario's voor mogelijke uitvoering en bijbehorende randvoorwaarden.
- Voorbereiding op, opstellen van, en oefenen van draaiboeken voor de specifieke taken van de landelijke functionaliteit bij bestrijding van pandemieën/ grootschalige uitbraken. Dit in afstemming met de taken van het CIb/LCI over de voorbereiding op pandemieën.
- Bijdragen aan versterking van uniformiteit in de uitvoeringspraktijk.
- Communicatie in crisistijd (eenduidige informatievoorziening woordvoering).
- Leren en reflecteren in samenwerking met lokale GGD'en, Veiligheidsregio's en andere (landelijke) partners.

### Proces van besluitvorming over totstandkoming en activering landelijke functionaliteit

Zoals aangegeven is er een basisset aan afspraken nodig die de grondslag vormt voor deze functionaliteit. Daarnaast zullen ook afspraken moeten worden gemaakt over de 'activering' van de functionaliteit op het moment dat zich (de dreiging van) een grootschalige crisis voordoet. Waar de functionaliteit in vredestand een rol heeft in relatie tot de randvoorwaarden en voorbereiding komt er een kantelpunt als een infectieziektecrisis met potentieel landelijke impact zich ontwikkelt.<sup>17</sup> We gaan eerst nader in op de basisset van afspraken die de grondslag kan vormen voor de functionaliteit. Vervolgens gaan we in op afspraken over het proces van het activeren van de landelijke functionaliteit in relatie tot een grootschalige crisis.

Om te komen tot een heldere grondslag voor de functionaliteit zijn zoals gezegd verschillende afspraken nodig. Het gaat om afspraken die dienen te worden vastgelegd in een convenant tussen GGD'en onderling en een convenant tussen de GGD'en en het ministerie van VWS en ondersteund door RIVM, GGD-GHOR en Veiligheidsberaad. We adviseren dat de minister van VWS daarvoor ook schriftelijke afspraken maakt met het Veiligheidsberaad over de inzet van de landelijke functionaliteit in verhouding tot de verantwoordelijkheid van de voorzitters van de veiligheidsregio's op basis van artikel 6 van de Wpg en artikel 33 van de Wvr.

- De GGD'en spreken met elkaar af dat ze een aantal zaken voortaan in gezamenlijkheid uniform zullen uitvoeren, met name ten tijde van infectieziektecrisisen. Deze set afspraken bevat tenminste de volgende elementen:

- Keuze om gebruik te maken van één ICT-infrastructuur voor infectieziektebestrijding.
  - Keuze dat tijdens een crisis GGD'en op een niet-vrijblijvende manier onderling en met het Rijk samenwerken.
  - Keuze over het proces van activering van de landelijke functionaliteit.
  - Afspraken over dat er één vertegenwoordiger met mandaat namens de GGD'en in crisis optreedt.
  - Deze afspraken worden gemaakt door de set van afspraken aan elk GGD-bestuur voor te leggen. Daarmee wordt gezorgd voor de bestuurlijke borging van deze afspraken en neemt elk GGD-bestuur éénmalig een dergelijk besluit.
- Het ministerie van VWS en de GGD'en maken, ondersteund door RIVM, GGD-GHOR Nederland en het Veiligheidsberaad, een set afspraken die tenminste gaat over de volgende elementen:
    - De taken van de landelijke functionaliteit.
    - De positionering en het mandaat van de landelijke functionaliteit.
    - De financiering van de landelijke functionaliteit.
    - De procedure waarmee de landelijke functionaliteit in het geval van een crisis geactiveerd kan worden.
    - Dat na verloop van tijd de werking van de landelijke functionaliteit geëvalueerd zal worden.
  - Procedure om de functionaliteit tijdens de crisis in actie te laten komen: Er zijn ook afspraken nodig over hoe over te schakelen naar de situatie waarin de functionaliteit daadwerkelijk haar landelijke uitvoerende taken gaat uitvoeren ten tijde van crisis. Uitgangspunt voor deze procedurele afspraken zijn de regels die in de wet zijn opgenomen over hoe een infectieziekte tot een A-ziekte bestempeld kan worden. Op deze regels kan worden voortgebouwd. Belangrijke voorwaarde voor een dergelijke procedure is dat alle betrokken partijen het initiatief moeten kunnen nemen om deze procedure te starten.

<sup>17</sup> Deze landelijke structuur is hiermee niet een theoretische structuur wat alleen in crisistijd samenkomt.

- De minister van VWS neemt het besluit tot het activeren van de landelijke functionaliteit. Hij<sup>18</sup> doet dat op basis van adviezen van het OMT en BAO, de BAC PG, het RIVM, het Veiligheidsberaad en de DPG-raad.
  - Als de minister het besluit genomen heeft informeert hij hierover de Tweede Kamer.
  - Hij geeft de voorzitters van de Veiligheidsregio's een aanwijzing dat de functionaliteit geactiveerd is en verzoekt hen de DPG'en hiervan op de hoogte te stellen.
  - De voorzitter VR geeft de DPG opdracht om volgens de set afspraken te gaan handelen.
  - De minister kan vanaf dat moment via de (in de convenant nog uit te werken toekomstige) directe overheidslijn sturen op de landelijke functionaliteit.
  
- Tot slot is het ook van belang dat er afspraken zijn over de (hopelijk hypothetische en uitzonderlijke) situatie dat een individuele GGD niet in staat is te voldoen aan de gemaakte afspraken of niet mee wil werken aan de afspraken en onderling overleg geen resultaat oplevert. Voor een dergelijke situatie voorzien wij de volgende afspraken:
  - De directeur van de landelijke functionaliteit informeert de minister.
  - De minister heeft vervolgens twee mogelijkheden:
    1. Hij geeft een aanwijzing aan de voorzitter van de desbetreffende Veiligheidsregio om de DPG op te dragen conform de afspraken te handelen. Hij overlegt met de voorzitter veiligheidsregio over hoe de regio ondersteund kan worden.
    2. Hij kan de IGJ de betreffende GGD laten toetsen en waar nodig kan de IGJ van haar toezichthoudende instrumentarium gebruik maken.

### **Kader voor welke besluiten landelijk worden genomen, en welke lokaal**

Voor het functioneren van de landelijke functionaliteit en voor een goede samenwerking tussen de GGD'en en de landelijke functionaliteit is het gewenst dat er een gezamenlijk kader is over welke besluiten er op landelijk niveau genomen dienen te worden en welke op lokaal niveau. Het is belangrijk om te realiseren dat het nooit mogelijk is om hierover vooraf sluitende afspraken te maken. Elke crisis is anders en juist ruimte voor flexibiliteit om daarop in te spelen is van belang. In het bestuurlijk overleg is aangegeven dat het een goed uitgangspunt is om onderscheid te maken tussen 'wat vragen', waar landelijk over besloten wordt, en 'hoe vragen', waar lokaal invulling aan wordt gegeven. Uitgaande van dat uitgangspunt stellen wij het volgende voor:

- Landelijk ('wat')
  - Vaststellen van het gewenste niveau van noodzakelijke bescherming.
  - Vaststellen van de wijze waarop dit niveau wordt bereikt. Basis hiervoor zijn de op uniformiteit gerichte inhoudelijke protocollen / richtlijnen vanuit het LCI. Hiermee voorkom je dat het gewenste niveau op verschillende manieren wordt bereikt. Uniformiteit is hier van belang.
  - Besluitvorming over eventueel aanpassen van beschermingsniveau als dat vanwege gebrek aan capaciteit niet bereikt zou kunnen worden.
  
- Lokaal (invulling van het 'hoe')
  - Dit gaat over waar activiteiten worden uitgevoerd en in samenwerking met welke partijen. Denk hierbij aan locaties voor testen en vaccineren, aan het kunnen inzetten van capaciteit vanuit de gemeentelijke organisaties, de brandweer, et cetera.
  - Hoe de gevolgen van de crisis-inzet voor andere (lokale) taken op te vangen.
  - Noodzaak van discretionaire ruimte. Dit is een voorwaarde om in crisistijd flexibel op te kunnen treden waar nodig.

<sup>18</sup> Waar 'hij' staat kan natuurlijk ook 'zij' gelezen worden.

- De landelijke functionaliteit heeft een ondersteunende (expertise)rol richting lokale en regionale infectieziektenbestrijding. Hierbij mag lokale infectieziektenbestrijding niet in de weg zitten van efficiënte (landelijke) opschaling.

Een grijs gebied zal altijd bestaan. Belangrijk is dat er sprake is van een lerend systeem, naast dat het overleg ten behoeve van concrete vraagstukken gaande blijft, zodat de bestrijding van de crisis niet stopt.

### **Financiering en bemensing**

Financiering en bemensing zijn onderwerpen die verder in detail moeten worden uitgewerkt. Uitgangspunt zou dienen te zijn dat het Rijk de landelijke functionaliteit financiert, evenals de kosten die voor opschaling ten tijde van crisis zouden moeten worden gemaakt. Bij de bemensing is het van belang dat er voldoende basissterkte is, bestaande uit verschillende soorten professionals (artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding, epidemiologen, informatie en ICT-deskundigheid, communicatie organisatie en logistieke deskundigheid, et cetera). Door veel mensen is gepleit om te komen tot een nauwe verbinding tussen de medewerkers van de GGD'en en de landelijke functionaliteit. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van dubbelaanstellingen of detacheringen, zodat een deel van de landelijke functionaliteit bestaat uit mensen die ook verbonden zijn aan de verschillende GGD'en.

### **Aandachtspunten**

Er zijn een aantal aandachtspunten om nog te benoemen:

- Wij gaan er vanuit dat de functionaliteit ingezet kan worden voor infectieziektecrisisen en mogelijk andere gezondheidscrisisen die maatschappelijk ontwrichtend zijn. Dat zullen in eerste instantie landelijke crisisen zijn, maar dat kunnen ook crisisen zijn die voor meerdere regio's langere tijd grootschalige impact hebben (vergelijkbaar met de Q-koorts).

- In hoofdstuk 1 hebben we benoemd dat er een versterking nodig is van de publieke gezondheid, inclusief de infectieziektebestrijding, zowel in kwantiteit en kwaliteit. Dit is een noodzakelijke randvoorwaarde voor een landelijke functionaliteit. We bespreken het daarom niet afzonderlijk in dit hoofdstuk.
- Op lokaal niveau is het eveneens wenselijk om afspraken te maken over de wijze van opschaling in de regio (ook daar een slapend functiehuis). De vraag is of elke regio dit zelf kan organiseren of dat een landelijke functionaliteit ook daar een ondersteunde rol in zou kunnen / moeten spelen.
- Zoals gezegd richten wij ons in dit onderdeel op een praktische overbrugging voor een aantal zaken, in afwachting van de nog komende evaluaties van de Wpg en de Covid-19 pandemie. Wel zal de landelijke functionaliteit als entiteit genoemd moeten worden in wetgeving zodat een aantal zaken praktisch uitvoerbaar wordt. (Denk aan het uitwisselen van persoonsgegevens).

# Bijlage 1 Bronnen

## Overzicht van geïnterviewden

Voor dit rapport hebben wij de volgende personen geïnterviewd.

### DPG'en / GGD-GHOR NL / Veiligheidsregio's

1. Hugo Backx, directeur GGD GHOR Nederland
2. Sjaak de Gouw, DPG GGD GHOR Hollands Midden
3. José Manshanden, DPG GGD Amsterdam
4. Margreet de Graaf, DPG GGD Fryslân, directeur Veiligheidsregio
5. Samantha Dinsbach, DPG GGD Twente
6. Annette de Boer, DPG GGD Haaglanden
7. Jos Rietveld, DPG GGD Groningen
8. Nicolette Rigter, DPG GGD GHOR Utrecht, directeur Corona Programma Organisatie GGD-GHOR Nederland
9. Bert van de Velden, DPG Kennemerland
10. Jac Rooijmans, DPG Limburg-Noord
11. Tijs van Lieshout, algemeen directeur Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland, commandant brandweer Amsterdam-Amstelland

### Gemeenten (wethouders, burgemeesters, NDSB)

12. Sven de Langen, wethouder Rotterdam
13. Marleen Damen, wethouder Leiden, voorzitter Bac PG
14. Wim Hillenaar, Burgemeester Cuijk, voorzitter GGD Hart voor Brabant
15. Antoin Scholten, Burgemeester Venlo, voorzitter Veiligheidsregio Limburg-Noord, portefeuillehouder GHOR in het Veiligheidsberaad
16. Eelco Eerenberg, wethouder Utrecht

17. Duco Stuurman, Stedelijk Directeur Sociaal gemeente Amsterdam
18. Gea Vermeulen, penningmeester NDSB, concerndirecteur Sociale Stad en Participatie gemeente Almere
19. Gertru Diender, kernteam NDSB, directeur Participatie en Maatschappelijke Ontwikkeling gemeente Leiden, vicevoorzitter Divosa
20. Wim Waning, lid NDSB, Strategisch Adviseur gemeente Enschede
21. Sandra Tax, adviseur NDSB
22. Aafke Veltman, Bestuursadviseur wethouder Gezondheid, Jeugdzorg & Welzijn, Gemeente Leiden

### VNG

23. Ali Rabarison, directeur Beleid Inclusieve Samenleving en Financiën VNG
24. Hans Versteeg, coördinerend beleidsmedewerker Informatiebeleid en Decentralisaties VNG
25. Elly Dekker, senior beleidsadviseur Publieke Gezondheid VNG, commissiesecretaris BAC PG
26. Roger Broer, juridisch adviseur VNG

### RIVM

27. Aura Timen, hoofd LCI, bijzonder hoogleraar VU Amsterdam
28. George Haringhuizen, senior juridisch adviseur
29. Marith Volp, directeur Volksgezondheid en Zorg
30. Hanneke Drewes, adviseur en onderzoeker
31. Rob Riesmeijer, adjunct-programmadirecteur Covid-19-vaccinatie
32. Els van Schie, Directeur Milieu & Veiligheid

### Huisartsen, artsen & verpleegkundigen izb

33. Lisette Romijn, huisarts, senior beleidsadviseur LHV
34. Jan Jansen, programmamanager Preventie NHG
35. René Heman, voorzitter KNMG

- 36. Anja Schreijer, arts infectieziektebestrijding GGD Amsterdam, voorzitter LOI
- 37. Christian Hoebe, epidemioloog en arts infectieziektebestrijding, hoogleeraar infectieziektebestrijding UM, hoofd infectieziektebestrijding GGD Zuid-Limburg
- 38. Everhard Hofstra, arts infectieziektebestrijding GGD Fryslân, voorzitter NIVB
- 39. Elise Buiting, voorzitter KAMG, vertrouwensarts Veilig Thuis Brabant Noordoost
- 40. Reinoud Wolter, beleidsadviseur GGD Rotterdam-Rijnmond
- 41. Karin Oudshoorn, verpleegkundig beleidsadviseur GGD Zuid-Holland Zuid, teamleider reizigerszorg en technische hygiëne zorg GGD Rotterdam-Rijnmond, bestuurslid V&VN, projectleider vaccineren GGD Rotterdam-Rijnmond

#### **Zorgverzekeraars**

- 42. Georgette Fijneman, directievoorzitter Zilveren Kruis, lid bestuur Kansfonds
- 43. Ruben Wenselaar, voorzitter Raad van Bestuur Menzis, lid bestuur ZN
- 44. Ton van Houten, voorzitter Raad van Bestuur Zorg en Zekerheid.
- 45. Peter de Braal, senior beleidsmedewerker gezondheidszorg Zorgverzekeraars Nederland

#### **Ministeries & IGJ**

- 46. Charles Wijnker, plaatsvervangend directeur-generaal Volksgezondheid VWS
- 47. Francine L'Ortye, waarnemend directeur Publieke gezondheid VWS
- 48. Jan Vermeer, plaatsvervangend directeur Bestuur, Financiën en Regio's BZK
- 49. Fokke Gietema, beleidsmedewerker BZK
- 50. Henri van Faassen, programmadirecteur COVID-19 VWS
- 51. Bas Pinxteren, directie Wetgeving en Juridische Zaken, VWS
- 52. Aginus Kalis, waarnemend Hoofd Dienst Testen VWS
- 53. Paul Gelton, directeur Veiligheidsregio's, Crisisbeheersing en Meldkamer JenV

- 54. Willem Jan Mesters, coördinerend senior adviseur Inspectie Leefomgeving en Transport
- 55. Marike Abel, Coördinerend specialistisch inspecteur IGJ
- 56. Petra Reulings, coördinerend specialistisch inspecteur IGJ

#### **Overig:**

- 57. Thijs van den Broek, adviseur AEF
- 58. Sanne van Eerden, adviseur AEF
- 59. Lex Burdorf, hoogleraar determinanten van volksgezondheid en hoofd van de afdeling Maatschappelijke Gezondheid, Erasmus MC
- 60. Rob de Greef, organisatieadviseur Cooperación

## Literatuur

Discussienota 'Zorg voor de toekomst', Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en overzicht van reacties daarop. Den Haag, 2020.

Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving, Advies RVS, 2021

Een eerlijke kans op gezond leven, Advies RVS, 2021

CZ, Menzis, Zilveren Kruis, Samenwerken aan een gezonder Nederland met goede zorg voor iedereen, 2021.

Advies 'Sociaal sterker de crisis uit', commissie Depla, 2021

'nventarisatie aanvullende maatregelen Preventieakkoord, Mogelijke vervolgstappen richting de ambities voor 2040, RIVM, 2021.

Een "Klimaatwet" voor preventie, René Héman, Volkskrant 24-03-21, 2021

VNG Propositie De Winst van het Sociaal Domein, 2021

SCP Burgerperspectieven, 2020 en eerder, SCP.

Hoe financieren we preventie met het oog op gezondheidsbevordering? Een onderzoek naar de best passende financieringswijze, AEF, 2021.

Rust-reinheid-regelmaat, evenwicht in de bestuurlijk-financiële verhoudingen. Advies van de raad voor het openbaar bestuur (ROB), 2021.

Naar een gezond en vitaal Nederland: zet in op verankering, verdieping en verbreding van preventie in de samenleving, SER, Den Haag, 2021.

Oproep en investeringsagenda GGD'en: 600 miljoen voor herstel en versterking van de publieke gezondheid, GGD-GHOR Nederland, 2021.

Evaluatie Wet veiligheidsregio's, Samenvatting, conclusies en adviezen, Naar toekomstbestendige crisisbeheersing en brandweezorg, 2020.

Reactie GGD GHOR Nederland op rapport Evaluatiecommissie Wvr, 2020.

Kamerbrief, Onderzoek naar stand van zaken GGD'en, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 31 oktober 2016.

Brief aan de informateur, Oproep en investeringsagenda GGD'en: 600 miljoen voor herstel en versterking van de publieke gezondheid, GGD-GHOR Nederland, 25 mei 2021.

Wet publieke gezondheid.

Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid), Memorie van toelichting.



## Leden groepen

### Ambtelijke werkgroep

- Hans Versteeg, VNG
- Elly Dekker, VNG
- Chretien van den Akker, namens de tien Groninger gemeenten
- Aafke Veltman, gemeente Leiden
- Patrick van Tricht, gemeente Zwolle
- Maike Smeenk, GGD IJsselland
- Ronald van der Graaf, GGD-GHOR Nederland
- Annette Duenk, GGD-GHOR Nederland
- Wille-Jan Lieve, GGD-GHOR Nederland
- Cindy Schenk, RIVM
- Monique Leijen, RIVM
- Djoeke van Dale, RIVM
- Femke de Zwart, RIVM
- Mariska van Blankers, RIVM
- Michiel Hoorweg, VWS
- Margje Troost, VWS
- Maritte Meershoek, VWS
- Trudy van Dijk, VWS
- Anja Zantinge, VWS
- Bas Pinxteren, VWS
- Willem Jan Mesters, JenV
- Patricia Coomans, JenV

### Begeleidingscommissie

- Annemieke van der Zijden, GGD West-Brabant
- Bert van de Velden, GGD Kennemerland
- Hugo Backx, GGD-GHOR Nederland
- José Manshanden, GGD Amsterdam
- Sven de Langen, gemeente Rotterdam
- Eelco Eerenberg, gemeente Utrecht
- Marleen Damen, gemeente Leiden
- Wim Hillenaar, Cuijk
- Rob Riesmeijer, RIVM
- Aura Timen, RIVM
- Charles Wijnker, VWS
- Francine L'Ortye, VWS
- Ciska Scheidel, VWS
- Jac Rooijmans, Veiligheidsregio Limburg-Noord en GGD Limburg-Noord

## Bijlage 2 Relevante thema's uit de gesprekken voor verdere bespreking

In de verschillende gesprekken en overleggen is aandacht gevraagd voor diverse aspecten die volgens de gesprekspartners belangrijk zijn om mee te nemen in de versterking van de publieke gezondheid. Soms zijn aspecten in meerdere gesprekken aan bod gekomen, maar sommige aspecten zijn ook slechts in een enkel gesprek naar voren gekomen. Het is niet mogelijk om uitgebreid in te gaan op al deze aspecten of een grondige analyse te maken van alle thema's die zijn genoemd. Ook zijn het soms punten die qua detailniveau niet passend zijn in het advies versterking publieke gezondheid (H1) of het voorstel over inrichting van een landelijke functionaliteit (H3). Wel vinden wij als Verwey-Jonker Instituut het belangrijk deze relevante punten niet verloren te laten gaan, en geven wij deze daarom hier graag mee.

Dit overzicht is geen uitputtende lijst, en ook niet een lijst waarvan iedereen op voorbaat zegt dat alle thema's van (even groot) belang zijn. Wij presenteren ook geen oplossingen, maar signaleren vooral een aantal vragen die hopelijk hun plek vinden in vervolg overleggen tussen de partners betrokken bij de totstandkoming van dit rapport.

### Evaluatie Wet publieke gezondheid

Er wordt nagedacht over een evaluatie van de Wpg, mede in relatie tot de reeds uitgevoerde evaluatie van de Wvr. In deze rapportage stellen wij een aantal pragmatische oplossingen voor gelet op de actuele behoeften. Tegelijkertijd is in de diverse gesprekken naar voren gekomen dat er verschillende vraagstukken spelen waar het van waarde kan zijn om er verder over na te denken:

- Wat is de betekenis van een duidelijker omschreven (basis) takenpakket van de GGD'en en de wens tot meer geormerkte financiering voor lokale sturing op (delen van) de werkzaamheden van de GGD? Hierbij zou ook aandacht besteed kunnen worden aan bestaande vragen over de invloed van gemeenteraden in gemeenschappelijke regelingen.
- Een idee voor de versterking van preventie en de samenwerking met de zorgverzekeraars is te komen tot meer verplichte processtappen in de Wpg voor het gezamenlijk ontwikkelen van een regiobeeld, hoe tot vervolgacties te komen en welke rollen gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en daarbij te spelen hebben.
- Verbinding GGD'en en Veiligheidsregio. De evaluatie van de Wvr heeft al aandacht voor dit thema gevraagd. In de gesprekken werd duidelijk dat er verschillende beelden bestaan bij de huidige taak- en rolverdeling en dat dit soms leidt tot verschillende interpretaties. Aandacht voor de verschillende beelden en wat dit betekent kan onderdeel zijn van vervolggesprekken.
- Schaal van de GGD'en. Er bestaan nu 25 GGD'en gekoppeld aan de schaal van de Veiligheidsregio's. De vraag is of voor alle taken van de GGD deze schaal werkbaar en effectief is. Dit zeker ook gelet op de noodzakelijke verhoging van het basisniveau. Voor grensregio's is afstemming en zo mogelijk samenwerking met aanliggende gezondheidspartners in België en Duitsland ook van belang.

- Relatie Directeur Publieke Gezondheid en de jeugdgezondheidszorg. Er bestaan al langere tijd verschillende opvattingen over de mogelijkheden die de wet nu biedt om de jeugdgezondheidszorg op verschillende manieren te organiseren. In de gesprekken hebben mensen daar diverse meningen en ervaringen over gedeeld. Een nieuw element in de discussie is de vraag over of en zo ja welke rol de DPG ten tijde van een crisis al dan niet zou moeten hebben naar de jeugdgezondheidszorg, ook als deze niet binnen de GGD is georganiseerd.

### **Relaties met en binnen de gezondheidszorg**

In de COVID-19 crisis was het soms lastig dat er geen centrale aansturing is van de zorgsector, evenals het feit dat er sprake is van verschillende – en soms (ogenschijnlijk) tegenstrijdige – sturingsparadigma's tussen de curatieve zorg, langdurige zorg en publieke gezondheid. Op welke wijze het gezamenlijke en publieke belang, juist ook in tijden van crisis geborgd kan worden heeft vragen opgeroepen. Er is aandacht gevraagd voor welke sturingsmogelijkheden de voorzitter van de veiligheidsregio in de praktijk heeft ten aanzien van de zorgsector. Er is eveneens aandacht gevraagd voor de vernieuwde rol van de medisch microbiologische laboratoria (mml's). Door nieuwe technieken zijn zij veel meer in het centrum van infectieziektebestrijding komen te staan. Private bedrijven hebben daarmee een meer publieke rol. Deze onderwerpen vragen de komende periode aandacht.

### **Rol toezichthouders**

Bij eventuele aanpassingen in wetgeving en versterking van het basisniveau lijkt het ook van belang om te kijken of dit gevolgen zou moeten hebben voor de rol van toezichthouders, als bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

### **Versterking professionele kwaliteit**

Naast een uitbreiding van de omvang van verschillende onderdelen van de GGD'en en landelijke partners vraagt het nadenken over hoe een versterking van de professionele kwaliteit gestalte kan krijgen. Het lijkt van waarde om daarbij te kijken wat dit zou kunnen betekenen voor de diverse opleidingen van professionals. Zo is geopperd dat het goed zou zijn om in alle basisopleidingen voor zorgprofessionals aandacht te besteden publieke gezondheid omdat de COVID-19 crisis heeft laten zien alle medische en zorgprofessionals met vraagstukken van publieke gezondheid te maken kunnen krijgen.

Voor artsen en sociaal-verpleegkundigen binnen de GGD'en bestaan er al vormen van scholing, reflectie en ontwikkeling. Onderzocht zou kunnen worden (bijvoorbeeld in overleg met de NSPOH<sup>19</sup>) hoe samenwerking met (universitaire) medische centra en hogescholen verder te versterken.

### **Rollen en verwachtingen van DPG'en**

Van een DPG worden veel rollen verwacht: onder andere crisismanager, schakel in het zorgnetwerk, beleidsadvies richting gemeenten, ambassadeur publieke gezondheid/ preventie, regionaal en landelijk soms ook een (ongevraagde) agenderende rol, enzovoorts. De vraag is wat dit betekent en of en hoe deze rollen optimaal te combineren zijn in één persoon, of dat er behoefte is aan versterking van capaciteit om al deze rollen te vervullen.

<sup>19</sup> Netherlands School of Public & Occupational Health.

### **Rol en verwachtingen van arts infectieziektebestrijding en eventuele rol Chief Medical Officer**

De Wpg kent op dit moment een specifieke rol voor de arts infectieziektebestrijding. In diverse gesprekken is aandacht gevraagd voor de invulling van deze rol en hoe de samenwerking tussen de arts infectieziektebestrijding en de DPG versterkt kan worden. Op welke wijze kan én de specifieke inbreng van de arts infectieziektebestrijding gegarandeerd worden én de integrale adviserende rol van de DPG tot zijn recht komen. Door sommigen is gepleit voor de rol van Chief Medical Officer onder andere binnen het ministerie van VWS. Een vraag is wat een dergelijke rol zou kunnen inhouden en hoe die zich verhoudt tot bestaande rollen en adviesorganen.

### **Versterking uitvoeringskracht inclusief gebalanceerde advisering**

Naast versterking van de uitvoeringskracht door (hogere) basisnormen is het wenselijk om vanuit het uitvoerende perspectief goed te adviseren aan bestuur in hoeverre bestuurlijke wensen en opdrachten uitvoerbaar zijn, aan welke voorwaarden moet worden voldaan en welke risico's waaraan verbonden zijn, zowel lokaal als bij (versterkte) landelijke sturing. Dit ook in het licht van landelijke discussies in andere domeinen over aandacht voor uitvoerbaarheid van beleid. Op welke wijze deze rol vorm zou kunnen krijgen wil je gezamenlijk verder ontwikkelen.

### **Data-gedreven publieke gezondheid**

Het werken aan data-gedreven publieke gezondheid heeft een belangrijke impuls gekregen door de COVID-19 crisis. Er is veel meer informatie beschikbaar gekomen en deze informatie wordt ook veel meer gedeeld met de maatschappij, bijvoorbeeld via het coronadashboard. Data-gedreven publieke gezondheid gaat echter verder. In deze rapportage kon er slechts zeer zijdelings aandacht aan worden besteed. Verdere ontwikkeling hiervan lijkt van groot belang ook in relatie tot de voorstellen om te komen goede keten-informatiesystemen en meer centrale borging van ICT-systemen. Bovendien vragen privacy- en beveiligingseisen (inclusief wie welke informatie mag verzamelen en wie waar toegang toe heeft) specifieke aandacht.

### **Versterking samenwerking en afstemming RIVM, GGD'en en gemeenten op verschillende niveaus**

In de gesprekken is duidelijk geworden dat het RIVM en de GGD'en vooral een sterke professionele relatie hebben. Een deel van het werk van het RIVM, bijvoorbeeld rondom het Loketgezondleven lijkt niet bij alle strategische partners bij gemeenten bekend. De vraag is of het wenselijk is dat er een meer structurele relatie tussen RIVM, GGD'en en gemeenten op bestuurlijk en organisatorisch niveau komt en zo ja, hoe je deze zou kunnen ontwikkelen? Niet voor alles lijkt de professionele relatie geschikt. Dit in aanvulling op eventuele afspraken over de regionale preventie-infrastructuur en de rol van de GGD daarin.

### **Rol ministerie van VWS**

Versterking van de publieke gezondheid, inclusief versterking van de landelijke regierol, vraagt ook wat van het ministerie van VWS. In diverse gesprekken is dit thema benoemd en is er voor verschillende aspecten aandacht gevraagd:

- Het versterken van inhoudelijke expertise in het medisch domein in het algemeen en de publieke gezondheid in het bijzonder is een thema om de komende tijd samen bij stil te staan. Wat zou dit voor het departement kunnen betekenen?
- De afgelopen jaren is veel gewerkt met verschillende inhoudelijke en thematische programma's. Uit veel gesprekken komt naar voren dat de energie en focus worden gewaardeerd, maar er wordt ook aangegeven dat er behoefte is aan een meer integrale aanpak en verbinding met bestaande structuren zodat mogelijk het aantal landelijke programma's verminderd kan worden. De vraag is hoe een dergelijke balans de komende jaren het beste gestalte kan krijgen.

### **Een lerend systeem**

In veel van de gesprekken die wij gevoerd hebben is naar voren gekomen dat er meer nodig is dan alleen een versterking van de publieke gezondheid en de GGD'en. Een versterking kan niet alleen bestaan uit een versterking van de infrastructuur, eventuele aanpassingen in wetgeving, de komst van een landelijke functionaliteit, afspraken over sturing en extra financiering. Het vraagt ook samen nadenken en werken aan leren en ontwikkelen. Een leer- en ontwikkelprogramma dat aandacht besteedt aan de diverse aspecten van de publieke gezondheid en de professionals die er in werken. Wil een versterking van de publieke gezondheid en de rol van GGD'en slagen dan moeten organisaties en professionals ook in de gelegenheid worden gesteld en gestimuleerd worden om zich daarin te ontwikkelen.

Voor leren en ontwikkelen is het van belang dat betrokken partijen zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de ontwikkeling en het onderhouden van een lerend systeem. Kennis, leren en ontwikkeling spelen traditioneel een belangrijke rol in de publieke gezondheid, juist ook rondom infectieziektebestrijding en preventie. De COVID-19 crisis heeft nog weer een versnelling betekent van kennisontwikkeling en verspreiding. Dat biedt goede kansen.

Werken aan een versterking en vernieuwing van de publieke gezondheid betekent ook het proberen van nieuwe mogelijkheden wetend dat niet altijd alles zal lukken. Juist in dergelijke situaties is ruimte om te leren en te reflecteren gewenst.

## COLOFON

Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Auteurs	Dr. O. de Zwart Drs. A.E. Britt
Met medewerking van	M. Out, MSc
Foto omslag	320775942 , Adobe Stock, hobbitfoot
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a> I <a href="http://www.verwey-jonker.nl">www.verwey-jonker.nl</a>

De publicatie kan gedownload worden via onze website:  
<http://www.verwey-jonker.nl>

ISBN 978-94-6409095-6

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, juni 2021.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.