

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet publieke gezondheid onder meer in verband met de Wet veiligheidsregio's (32195).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Wij spreken vandaag over het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid. Het is goed dat ervoor gekozen wordt om de werkgebieden van GGD-regio's een-op-een gelijk te stellen aan die van de veiligheidsregio's en om te kiezen voor één adviseur die adviseert op basis van de Wet publieke gezondheid en de Wet veiligheidsregio's. Juist in een crisissituatie kan deze eenduidigheid van levensbelang zijn. Mijn fractie steunt deze wetswijziging dan ook. Ik heb wel nog een vraag hierover. Eerder hebben wij een discussie gehad over de GHOR en hebben wij gesproken over de veiligheidsregio's en de Wet publieke gezondheid. Hoe verhouden deze discussies zich evenwel tot de discussie over de nationale politie? Het kan niet zo zijn dat wij hier een wet vaststellen en dat het straks een andere richting op blijkt te gaan.

De meeste gemeenten staan achter de voorliggende wetswijziging maar niet alle gemeenten zijn blij met de nieuwe indeling. De gemeente Utrecht bijvoorbeeld is bang dat de specifieke problemen die in de stad Utrecht spelen en waarvoor preventief beleid is ontwikkeld, zullen ondersneeuwen in een groter samenwerkingsverband. Kan de minister aangeven dat de specifieke problemen die in een grote stad spelen, integraal onderdeel uitmaken van het beleid in de nieuwe grote regio? Niet alleen de gemeente Utrecht heeft hiermee problemen, ook Haaglanden heeft aan de bel getrokken. Als dat zo is, hoe is het dan in andere gemeenten gegaan? Het kan zijn dat andere gemeenten met dezelfde problemen te maken hebben maar nog niets van zich hebben laten horen.

In de gemeente Hattem speelt een ander probleem. Deze gemeente zal in de nieuwe indeling van de ene GGD naar de andere moeten overstappen. In de nieuwe situatie vallen de kinderen van 4 tot 19 jaar onder de GGD Apeldoorn en de GGD Noord- en Oost-Gelderland terwijl de middelbareschooljeugd in Zwolle op school zit en dan besproken wordt in het zorgadviesteam van de school waar Bureau Jeugdzorg Zwolle, de leerplichtambtenaar en de GGD IJsselland in zitten. Hattem stelt dat de integrale jeugdgezondheid de dupe wordt van de nieuwe indeling gekoppeld aan veiligheidsregio's. Is dat ook zo? Hoe wordt de kwaliteit van de integrale jeugdgezondheidszorg in de praktijk gegarandeerd in de nieuwe situatie? Waarom is het niet mogelijk dat één gemeente lid is van twee GGD's?

Dan de rol van de gemeenten. De gemeente is de aangewezen organisatie voor de publieke gezondheidszorg vanwege de samenhang van deze zorg met allerlei andere beleidsterreinen. Gemeenten moeten voldoende investeren in de algemene bevorderingstaken. Hierop moet worden toegezien. Hoe gebeurt dat? Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat er nog onvoldoende samenwerking tot stand komt tussen gemeenten en andere partijen. Welke rol kan de centrale overheid spelen om

die samenwerking te bevorderen? Zijn gemeenten voldoende op de hoogte van de mogelijkheden om preventieve taken in samenwerkingsverbanden aan te pakken? Zijn alle best practices voor gemeenten beschikbaar? In hoeverre wordt er gebruikgemaakt van informatie over best practices? Hoeveel wordt gebruikgemaakt van de landelijke database met interventies en handleidingen? Wat is de stand van zaken ten aanzien van certificering van veelbelovende lokale interventies? Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor preventie en hebben ook ruimte om die lokaal in te vullen. De gemeenteraad voert de controle uit op de gemeentelijke inzet. In hoeverre garandeert deze constructie dat gemeenten inderdaad optimaal inzetten op preventie? Wat is de rol van de landelijke overheid hierin?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert dat gemeenten niet vanzelfsprekend de speerpunten uit de Preventienota overnemen in het gemeentelijk gezondheidsbeleid en zelden concrete doelstellingen verbinden aan beleid dat gericht is op de speerpunten. Ook is niet duidelijk welke bijdrage gemeentelijk gezondheidsbeleid kan en zou moeten leveren aan het bereiken van de nationale doelstellingen. De inspectie pleit daarom voor een betere afstemming tussen het ministerie van VWS en gemeenten bij de voorbereiding van de volgende preventienota. Op welke wijze gaat de minister deze betere afstemming realiseren?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg zegt dat de handleidingen voor gemeenten verbeterd moeten worden en dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar de effectiviteit van interventies. Ook GGD's hebben onvoldoende zicht op de effectiviteit van maatregelen. Graag een reactie van de minister.

De inspectie constateert ook dat de kwaliteit van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid nauwelijks is verbeterd ten opzichte van vier jaar geleden. De inspectie doet ook een aantal aanbevelingen voor verbetering van de preventiecyclus. Kan de minister bij elk van deze aanbevelingen aangeven hoe hij deze gaat aanpakken.

Voorzitter. Dan nu de hoogrisicogroepen. Er dient meer aandacht te komen voor vroege opsporing en toeleiding naar zorg van hoogrisicogroepen. In het verslag heb ik gevraagd naar de mogelijkheid om hoogrisicogroepen als een aparte aandachtsgroep in de Wet publieke gezondheid op te nemen, zoals ook jeugd en ouderen als aparte groepen in de wet worden gedefinieerd. Een paar jaar geleden heeft mevrouw Kant hierover samen met de PvdA een amendement ingediend. De minister antwoordt dat niet iedere groep apart in de wet hoeft te worden opgenomen, omdat de Grondwet de overheid verplicht de volksgezondheid te bevorderen. Dat is wel een beetje kort door de bocht! Het feit dat de Grondwet gezondheidsbevordering noemt wil namelijk helaas nog niet zeggen dat hoogrisicogroepen optimaal worden opgespoord en dat er extra maatregelen worden genomen om hun achterstand in gezondheid weg te nemen.

De gezondheidsverschillen in Nederland groeien echter en dat is niet acceptabel in een moderne verzorgingsstaat. Mensen met een slechtere sociaaleconomische status leven 15 jaar eerder in een slechte gezondheid en sterven ook eerder. Ten aanzien van het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, maar ook ten aanzien van de aanpak van overgewicht en preventie zie ik een oerwoud aan maatregelen

Arib

en projecten, maar het ontbreekt toch aan concrete doelstellingen waaraan het beleid wordt getoetst.

Gemeenten hebben de taak gekregen specifieke maatregelen te nemen die zijn afgestemd op de lokale situatie. Het blijft echter de vraag in welke mate dat gebeurt. Wij hebben ten aanzien van jeugd en ouderen geconstateerd dat er een specifieke verplichting moest komen door deze groepen in de wet op te nemen. Als wij werkelijk op een serieuze manier sociaaleconomische gezondheidsverschillen willen verkleinen, dan moeten ook hoogrisicogroepen een specifiek aandachtspunt zijn. De minister geeft aan dat gemeenten inzicht hebben in risicogroepen door lokale epidemiologische gegevens van de GGD's en dat gemeenten gerichte interventies kunnen inzetten. Maar in hoeverre gebeurt dat?

De minister geeft aan dat het grijze gebied tussen selectieve preventie en geïndiceerde preventie een belangrijk aandachtspunt is, maar constateert ook dat verschillende projecten en functies hun waarde hebben bewezen maar nog steeds niet gestructureerd worden gefinancierd. De zorgconsulent voor mensen met een lage sociaaleconomische status en allochtone groepen en het ontwikkelen van en financiering van methoden voor toeleiding en terugvalpreventie naar het reguliere eerstelijnsaanbod zijn nog steeds niet structureel opgenomen in het beleid van iedere gemeente. Kan de minister aangeven in hoeveel gemeenten er daadwerkelijk specifiek aandacht wordt geschonken aan hoogrisicogroepen en aan de actieve opsporing en inzet van specifieke maatregelen? Kan de minister verder aangeven wat erop tegen is om hoogrisicogroepen specifiek op te nemen in de wet? Of zou dit juist een aansporing zijn voor gemeenten om hier wel beleid op te ontwikkelen?

Het CVZ constateerde in 2007 al dat er gezondheidswinst is te behalen als wij zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekten. Het voorkomen van ziekten heeft een duidelijk maatschappelijk belang. Het CVZ schreef dan ook dat mensen met risico op ziekte opsporen en toeleiden naar de zorg een belangrijke taak is, maar dat dit een taak is van de betrokken gemeenten en ministeries, omdat zij buiten de Zorgverzekeringswet vallen. Het CVZ is van mening dat preventiezorg voor burgers met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte onder bepaalde voorwaarden onder de Zorgverzekeringswet en de AWBZ valt. Dat geldt voor vormen van individuele preventie zoals geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Het CVZ gaf dus ook al aan dat er geen structurele financiering beschikbaar is voor opsporing van en toeleiding naar hoogrisicogroepen. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert dat regelgeving en verschillen in financiering vaak een belemmering vormen en prikkels ontbreken om tot goede samenwerking te komen. De Inspectie constateert dat er in de zorg voor kwetsbare groepen een belangrijk knelpunt is. De hulp die geboden is, is te kortdurend, te gefragmenteerd en te eenzijdig. Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met experts zijn drie algemene voorwaarden benoemd waaraan verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen moet voldoen. Ik zal die niet voorlezen want die staan in het plan van de Inspectie. Kortom, iedereen lijkt het erover eens te zijn dat met preventie voor bepaalde groepen grote gezondheidswinst te behalen is. Wij raken er steeds meer van overtuigd dat mensen langer moeten doorwerken, maar daarvoor is wel een bevolking nodig

die langer gezond blijft. Tegelijkertijd wordt gesteld dat er op dit moment niet veel mogelijk is omdat de regels en de financiering daaraan niet bepaald bijdragen.

Voorzitter. Ik ga snel naar een afronding, maar maak eerst nog een paar opmerkingen over prenatale zorg. In de wet staat dat prenatale zorg voldoende moet worden afgestemd op de behoefte van de aanstaande ouders. Dit geldt voor alle ouders, overal in Nederland, in gelijke mate. Zijn er grote verschillen in de wijze waarop gemeenten dit invullen? Welke vormen van prenatale voorlichting worden bij de verschillende gemeenten toegepast? Wordt er alleen aangeboden via de Centra voor Jeugd en Gezin? Hoeveel mensen worden bereikt? Ik krijg daarover graag meer informatie. Hoe wordt het extra bedrag van 5,8 mln. via de brede doeluitkering Centra voor Jeugd en Gezin precies verdeeld en besteed? Komt het daadwerkelijk ten goede aan de prenatale zorg? Ik krijg graag inzicht in deze taken, die de gemeenten straks willen gaan uitvoeren.

In het vorige debat heb ik aandacht gevraagd voor interculturalisatie. Hoewel hij waarschijnlijk niet lang minister meer is, hoor ik toch graag van de minister of hij van plan is om met een plan van aanpak te komen hoe de verschillen in relatie tot de verschillende etnische bevolkingsgroepen kunnen worden weggenomen. De PvdA-fractie heeft daarover verschillende moties ingediend en ik hoor graag van deze minister hoe hij die verschillen wil wegwerken.

□

Mevrouw **Uitslag** (CDA): Voorzitter. Uit de uitbraak van SARS in 2004 en de bedreiging van de Mexicaanse griep blijkt hoe belangrijk het is dat wij zijn voorbereid op een grootschalige uitbraak van infectieziekten. Het is logisch om de bestrijding van deze ziekten deel te laten uitmaken van onze infrastructuur voor de bestrijding van crises en rampen, hetgeen nu geregeld is in de Wet op de veiligheidsregio's. Wij hebben daarmee een duidelijke keten van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van besturen en hulpverleningsdiensten, zelfs op het niveau van de veiligheidsregio. Het is logisch om de schaal van de GGD daarop te laten aansluiten. Wij steunen dat voorstel omdat bij crises duidelijkheid en helderheid eerste vereisten zijn. Bestuur en hulpverlening moeten elkaar blind weten te vinden. Dat is nog niet overal het geval. Sommige gemeenten liggen in een veiligheidsregio die niet overeenstemt met de GGD-regio. Enerzijds houden sommige gemeenten twee GGD's in stand binnen één veiligheidsregio en anderzijds zijn er GGD's die onder meerdere veiligheidsregio's vallen. Wij steunen het doel om de schaal van de GGD te laten samenvallen met het werkgebied van de veiligheidsregio, kortom: territoriale congruentie.

Wij waren verbaasd dat bij deze wetswijziging, die tot doel had dat de werkgebieden van de veiligheidsregio's overeenkwamen met die van de GGD, in een nota van wijziging daarvan wordt afgeweken. Met de nota van wijziging wordt mogelijk gemaakt dat één GGD meerdere veiligheidsregio's omvat, maar dan wel de volledige werkgebieden van die veiligheidsregio's. Dat staat haaks op het idee van de territoriale congruentie. Bovendien wordt in het wetsvoorstel geregeld dat de directeur van de GGD dezelfde persoon is als de directeur van de GHOR. In het geval van een GGD in meerdere veiligheidsregio's moet er echter een functionaris komen die

Uitslag

door de directeur gemandateerd wordt om zo nodig te fungeren als directeur. Dat is ingewikkeld; ik moest het een paar keer lezen. De minister beargumenteert een en ander als volgt: met het oog op meerdere gemeenten meer beleidsruimte te bieden in het licht van mogelijke, toekomstige ontwikkelingen. Daarom zou het belangrijk zijn om het zo te organiseren. Wij horen graag van de minister waarom dit zo zwaarwegend is dat het uitgangspunt van alles wat veiligheid betreft in één veiligheidsregio samen te brengen, moet worden doorbroken, daarmee het risico nemend dat een eenduidige structuur haarscheuren oploopt. Graag een reactie van de minister.

In het verslag heeft de CDA-fractie ook vragen gesteld over de aansturing door de minister van VWS. Met de uitleg in de nota naar aanleiding van het verslag is dat onderwerp een stuk duidelijker geworden, maar de praktijk zal leren hoe het daadwerkelijk uitpakt: the proof of the pudding is in the eating. Wij stellen voor dat in voorkomend geval – wij hopen dat zich geen gevallen voordoen, maar ja – wordt geëvalueerd of de minister van VWS inderdaad voldoende kan sturen. Graag een reactie van de minister daarop.

Over de rest van het wetsvoorstel kan ik heel kort zijn. De tweede nota van wijziging is volgens mijn fractie een verbetering omdat deze een betere samenhang van de preventiecyclus brengt tussen de landelijke nota gezondheidsbeleid en de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid en bovendien de flexibiliteit voor de gemeenteraden groter maakt. Onze vraag naar de kwaliteit van prenatale voorlichting wordt wel heel summier beantwoord. Het antwoord luidt namelijk: de gemeente stemt dit af op de doelgroep. Mijn collega Arib sprak daar ook over. Onze vraag ging echter over de inhoud en de kwaliteit, maar daar wordt weinig over geschreven in het stuk. Wie zijn de aanbieders van deze voorlichting? Hoe wordt bereikt dat zwangere vrouwen en hun partners deskundige en gelijkluidende informatie krijgen? Hoe wordt voorkomen dat informatie twee keer of juist helemaal niet wordt gegeven? Hoe wordt voorkomen dat tegenstrijdige informatie wordt gegeven? Moeten mensen om voorlichting vragen, of wordt deze bijvoorbeeld via de verloskundigen aangereikt? Graag krijgt de CDA-fractie hierop een nadere toelichting van de minister.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Bontes, die zijn maidenspeech zal houden. Ik wens hem daar succes mee.

De heer **Bontes** (PVV): Voorzitter. Dit is mijn maidenspeech, dus ik wil graag iets over mijn achtergrond vertellen. Ik zal spreken over de ontwerpwet veiligheidsregio's uit 2007. Op dat moment was ik districtscommandant haven bij de veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond. Ik heb dus de volledige implementatie van die wet meegemaakt. De maidenspeech dient ook om mensen te bedanken. Graag wil ik de mensen bedanken die toen in de veiligheidsregio werkten en die er nu nog werken, namelijk de rode kolom: de brandweermensen, de blauwe kolom: de politiemensen, en de witte kolom: de medisch specialisten. Ik wil hen bedanken voor de manier waarop zij de schouders onder de implementatie van deze wet hebben gezet. Het was voor hen niet

makkelijk. Zij kwamen uit verschillende bedrijfs- en organisatieculturen, maar zij hebben de schouders eronder gezet. Ik ben nog steeds dankbaar dat zij de uitvoering van deze wet mogelijk hebben gemaakt.

Rotterdam-Rijnmond is mijn referentiekader; dat is een waanzinnig goede veiligheidsregio waar ontzettend veel gebeurt. Vooral de uitvoerenden steken iedere dag hun nek uit: de ambulancebroeders, de brandweerlieden en de mensen op de meldkamer, die het geheel coördineren en aansturen. In het begin was men bang voor cultuurverschillen. Die zijn er natuurlijk ook, dat kan haast niet anders. De witte kolom – zo zal ik deze mensen noemen, dat is het jargon – kwam uit andere organisaties dan bijvoorbeeld de blauwe of de rode kolom. Uiteindelijk is dat op uitvoerend niveau goed gekomen. Als ik nu de meldkamer van Rotterdam-Rijnmond bezoek, dan zie ik dat de mensen daar naast elkaar zitten en vooral samenwerken. Als zich grote incidenten voordoen, komen zij met zijn allen ter plaatse en regelen zij het met elkaar. In die zin is er iets goeds ontstaan.

In zo'n veiligheidsregio vindt in de eerste plaats de uitgifte van meldingen plaats bij de wat grotere incidenten. Men gaat daar gezamenlijk naartoe. In de tweede plaats betreft het een heel stuk risico- en crisisbeheersing, zowel aan de voor- als achterkant. Bij de voorkant gaat het om het voorkomen van een ramp, denk bijvoorbeeld aan beheersing van industriële complexen. Bij de achterkant moet je denken aan de vraag: hoe gaan wij het aanpakken als zich een ramp voordoet? Daarvoor bestaat de copi-regeling. Copi staat voor "commando-plaats-incident". Er is een groot incident; alle verschillende hulpdiensten komen daar ter plaatse; zij vallen onder de leider copi. Ik heb de eer gehad om leider van zo'n commando te zijn. Als je leiding geeft aan die verschillende organisaties, zie je dat dit gewoon werkt en dat incidenten goed en snel bestreden worden. Het gaat vaak om grote branden en emissies van gevaarlijke stoffen. Ook uitbraken van infectieziekten behoren tot de opschalingsmogelijkheden. Daarbij moet gedacht worden aan de grip-situaties, situaties waarin "gecoördineerde regionale incidentbestrijdingsprocedures" een rol spelen. Het onderwerp waar wij nu over spreken valt daar ook onder. Er is voorgesteld om de GGD verder in te bedden in de veiligheidsregio. Dat was een kans; het was een versterking van de witte kolom. Ik denk dus dat dit in goede handen is. Ik zie ook voordelen op het gebied van personeelszorg, beheer en materieel. Je kunt dat meer gezamenlijk doen en je kunt het beleid tussen de verschillende gemeenten beter afstemmen. Dat is duidelijk.

Tegelijkertijd maak ik mij zorgen. Wat is hier namelijk aan de hand? Wat de uitbraak van grootschalige infectieziekten betreft, klinkt het logisch om de beheersing en de preventie daarvan te organiseren. Er zijn echter tal van taken binnen de GGD waarvan je je kunt afvragen of ze wel passen binnen een veiligheidsregio. Ik denk dan aan voorlichting op het gebied van dementie, aan preventie op het gebied van vlichtige woningen en aan preventie op het gebied van verslaving. Ook denk ik aan het prenatale element: de zwangerschap valt wel onder de GGD, maar is dit nu een taak voor de veiligheidsregio? Ik heb er een aantal jaar gewerkt en dat zie ik niet direct. Ik hoor graag van de minister hoe hij dit ziet. Met de uitbraak van grootschalige infectieziekten hebben wij geen probleem; dat is duidelijk. Het is glashelder dat

Bontes

daar een synergie zit tussen de taken van de GHOR, die de opschaling regelt, en de reguliere taken die de GGD uitvoert. Dat snappen wij. De andere taken vindt mijn fractie echter niet in de veiligheidsregio passen.

Ik voeg hieraan toe dat in 2009, toen er een stemming was over de Wet veiligheidsregio's, mijn fractie tegen heeft gestemd. Het ging haar toen niet om de inhoud van de veiligheidsregio's, maar om de schaal ervan. Die was met 25 veiligheidsregio's te klein. Dat was de reden om tegen te stemmen. De veiligheidsregio is er nu eenmaal, dus wat dat betreft kunnen de taken bij de bestaande veiligheidsregio's aansluiten en ingebed worden. Wij blijven echter wel pleiten voor een grotere schaal van de veiligheidsregio's en eventueel van de politie. Dat zal onze inzet zijn; dit even als toelichting waarom wij nu wel voor een deel van het voorstel zijn. Ik hoor dus graag van de minister hoe hij verwacht hoe het in de praktijk zal gaan met de oneigenlijke taken van de veiligheidsregio die ik genoemd heb.

Voorzitter, dank u wel.

De voorzitter: Mijnheer Bontes, complimenten voor uw maidenspeech. Ik feliciteer u graag als eerste daarmee. U hebt op een voortreffelijke wijze theorie en praktijk met elkaar verbonden. Als dat zo doorgaat, belooft dat nog veel voor de toekomst.

Ik schors de vergadering om iedereen de gelegenheid te geven, de heer Bontes te feliciteren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter: Ik heropen de vergadering. Het is een heel bijzondere vergadering, want wij hebben weer een maidenspeech.

Het woord is aan mevrouw Venrooy-van Ark van de VVD-fractie.

□

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Voorzitter. Ik vind dit een heel leuke gelegenheid om een kort dankwoord uit te spreken. Ik neem dit graag over van mijn collega. Ik bedank de leden van de VVD-fractie voor hun steun en aanwezigheid. Ik bedank uiteraard ook heel graag mijn thuisfront. Dat mag ook wel op mijn tiende trouwdag. Bij dezen dank ik mijn man voor het feit dat hij mij altijd maar weer laat gaan.

De voorzitter: Van harte gefeliciteerd, mevrouw Venrooy!

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Voorzitter. Vanaf 1900 werden in steeds meer gemeenten in Nederland GGD's opgericht, die zich gingen bezighouden met volksgezondheid en geneeskundige verzorging. De aanleiding daarvoor was de slechte hygiëne en de grote verspreiding van ziekten, vooral in dichtbevolkte gebieden. Het takenpakket is sindsdien steeds breder geworden. Onder meer zijn jeugdgezondheidszorg en de bestrijding van infectieziekten toegevoegd. Daarmee is de openbare gezondheidszorg in de twintigste eeuw een fundament geworden van ons gezondheidsbeleid.

De gezondheidszorg is wezenlijk veranderd. Was het eerst alleen een publieke taak, tegenwoordig bewegen zich steeds meer private organisaties op het speelveld. De VVD-fractie vindt dit een goede zaak. Toch willen wij

dat het publieke domein van de gezondheidszorg goed is geborgd. Dat doen wij met dit wetsvoorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid. Anno 2010 omvat het voorliggende voorstel tot wijziging van deze wet een viertal belangrijke punten, die de sector bestand moeten maken tegen de uitdagingen van de 21ste eeuw. De VVD-fractie constateert dat het takenpakket in de Wet publieke gezondheid een grote reikwijdte kent: van grootschalige uitbraken van infectieziekten tot de verankering van lokale gezondheidsprioriteiten in gemeentelijk beleid. Iedereen krijgt wel een keer met de GGD te maken. Zo voeren de GGD's bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek uit naar baarmoederhalskanker, komen zij als schoolarts op school en leveren zij nazorg bij rampen. Natuurlijk vaccineren de GGD's ook, zoals de inenting tegen de Mexicaanse griep. Ik kan mij nog herinneren dat ik met onze jongste dochter tussen de stromen mensen naar de sporthal liep bij ons in de gemeente en dacht: zo werkt het dus, zo komt het dus op gang op het moment dat het nodig is.

Het hoofdpunt van de wetswijziging is de voorbereiding op grootschalige uitbraken van infectieziekten. Er wordt een relatie gelegd tussen de Wet veiligheidsregio's en de Wpg. Inderdaad is het zeer waarschijnlijk dat zich bij een grootschalige uitbraak van infectieziekten ook allerlei veiligheidsaspecten voordoen. De VVD-fractie acht het verstandig om binnen een veiligheidsregio met slechts één GGD te maken te hebben, waarbij alle aansturing plaatsvindt vanuit één punt. Als er een grootschalige ramp plaatsvindt of dreigt plaats te vinden, zoals de vogelgriep of SARS, en veel mensen besmet kunnen raken, is de GGD met speciaal opgeleide teams voorbereid op een dergelijke uitbraak. Dat is nodig in een tijd waarin reizigers van over de hele wereld virussen snel zouden kunnen verspreiden. Dan heb je niet veel aan lokale aansturing; er moet dan eenheid van beleid en aansturing zijn.

De VVD-fractie is het eens met de toevoeging van virussen als het Ebolavirus aan de zogenoemde "groep A"-infectieziekten. Wij zijn het eens met de meldplicht voor gevallen en vermoedelijke gevallen van humane infectie, veroorzaakt door een dierlijk influenzavirus. Het is ook belangrijk dat iedereen die ermee te maken heeft, goed op de hoogte is van die meldplicht.

De Wpg omvat ook preventie. Deze wetswijziging maakt het mogelijk om concreter te sturen op resultaten. De VVD-fractie vindt het een goed voorstel dat lokale beleidsnota's in tijd gaan volgen op landelijk gestelde preventieve doelen. De aanscherping van de lokale nota gemeentelijk gezondheidsbeleid maakt het mogelijk voor colleges en gemeenteraden om helder hun doelen, acties en verwachte resultaten op te schrijven. Door samen te werken, kunnen meerdere gemeenten of regio's meer bereiken dan zij alleen zouden kunnen. Een voorbeeld is de campagne voor de meldpunten zorg en overlast, die regiobreed meer bereik heeft dan wanneer een GGD of een gemeente dit alleen doet. Verder noem ik de recente campagne in een aantal regio's om huiselijk geweld te melden.

Prenatale voorlichting is per 1 januari 2009 overgeheveld naar de gemeenten. Het geld is een-op-een overgegaan naar de brede doeluitkering voor de Centra voor Jeugd en Gezin. De BDU loopt eind 2011 af en de gelden zouden dan normaal gesproken naar het Gemeentefonds gaan. Daarom is de VVD-fractie het eens met de inhoudelijke borging van prenatale voorlichting

Venrooy-van Ark

als structurele taak voor gemeenten. Hoe zij dat vervolgens uitvoeren, is voor onze fractie aan de gemeenten zelf. Met de nota van wijziging komt de minister tegemoet aan een bezwaar dat de VVD-fractie eerder had, namelijk dat GGD's ook meerdere veiligheidsregio's mogen omvatten.

Wel wil ik een pleidooi houden voor de dwarsverbanden tussen alle wetten die op lokaal niveau hun uitwerking krijgen. Wij kijken immers terug op de periode die voorafging aan de vorming van de eerste GGD's en de bewustwording bij overheden om zich met gezondheidsbeleid bezig te houden. Dan zien we dat de eerste resultaten vooral werden behaald door infrastructurele maatregelen. Zo leverde het aanleggen van riolen in de negentiende eeuw grote gezondheidswinst op. Verbindingen met andere beleidsterreinen zijn nu ook mogelijk met de Wet maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld door het koppelen van beleidsnota's. De GGD kan blijkens de Wpg adviseren over allerhande beleidsterreinen. Op de website zijn tientallen voorbeelden te lezen, van HPV-campagnes tot binnenmilieu, van basisschoolpreventieprogramma's tot drugspolieklinieken.

Gezien het totale palet aan taken en maatregelen is het wel zaak om helder te zijn over de prioriteitsstelling, anders kan gezondheidsbeleid een speelbal worden tussen andere beleidsterreinen. Om een voorbeeld te geven: in menige gemeente is het binnenklimaat op scholen een hot issue, maar wie gaat erover? Is dat de wethouder onderwijs, de wethouder volksgezondheid of de wethouder die bouw- en woningtoezicht in zijn portefeuille heeft? De GGD adviseert vanuit haar taak op het gebied van de publieke gezondheid, maar als er geen inbinding plaatsvindt blijft het bij mooie woorden. Daarom hoop ik dat de minister aandacht vraagt voor het aanhaken van andere beleidsterreinen bij de GGD als deze van kracht zal zijn.

Het tweede punt dat ik graag wil maken, is dat vanwege het positioneren van de GGD's op veiligheidsniveau de afstand van het lokale gezondheidsbeleid tot de regionale overkoepelende infectiebestrijdingstaken heel groot kan zijn. Voor je het weet, zit je als wethouder of burgemeester als een van de 30 lokale bestuurders in zo'n heel groot algemeen bestuur. Kan de minister toezeggen dat hij met GGD Nederland en de VNG op zoek gaat naar best practices, om het verschil in geografische scope van de taken van de Wpg te borgen? Vanuit het veld hoor ik soms gemopper over de afstand tussen de gemeenteraad en de grote gemeenschappelijke regeling die de GGD vaak geworden is. Kan de minister de VVD-fractie verzekeren dat de lokale bevoegdheden geborgd zijn in de Wpg?

Ten derde: hoeveel ruimte hebben gemeenten effectief als zij lokale prioriteiten willen stellen in hun gezondheidsbeleid? Stel bijvoorbeeld dat de rapportage van het RIVM aangeeft dat er lokaal veel mensen zijn die in de categorie zware drinker vallen en er landelijk andere prioriteiten gekozen zijn dan alcoholgebruik, kan een gemeente daar dan van afwijken of is zij toch verplicht de prioriteiten van de landelijke Gezondheidsnota te volgen?

Ten laatste: in de memorie van toelichting geeft de minister aan dat er maatwerk geleverd zal worden voor die regio's die zeer hoge kosten moeten maken. Zij kunnen zich melden bij het ministerie en dan zal per geval bekeken worden of en hoeveel geld er eventueel beschikbaar is. Is de minister bereid, melding te maken

van regio's die zich bij hem melden? Is de situatie bij de genoemde GGD's al verder ontwikkeld richting de doelstelling van de Wpg of is de minister nog in gesprek? Graag krijg ik een toelichting van de minister.

Afrondend is voor de VVD-fractie eenheid van beleid en aansturing bij rampen een heel belangrijk punt. Met de Wpg is de infrastructuur van het publieke domein gereed om effectief rampen te bestrijden en crises te lijf te gaan en tegelijkertijd lokaal maatregelen te kunnen nemen in gezondheidsvragen die leven in de 21ste eeuw.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik mag u als eerste feliciteren met uw voortreffelijke maidenspeech. Daarna schors ik de vergadering om uw collega's in de gelegenheid te stellen dat eveneens te doen. Na afloop van de schorsing zijn wij toe aan de beantwoording door de minister.

De vergadering wordt van 10.54 uur tot 11.10 uur geschorst.

Minister **Klink**: Mijnheer de voorzitter ...

De **voorzitter**: Ik constateer dat dit zeker geen maidenspeech is.

Minister **Klink**: Nee, maar ik wil van deze kant nog eens publiekelijk mijn felicitatie onderstrepen aan het adres van degenen die wel hun maidenspeech hielden.

Het moge duidelijk zijn dat wij vandaag het voorstel bespreken tot wijziging van de Wet publieke gezondheid in relatie tot de Wet veiligheidsregio's. Ik ben verheugd over de instemming van de vaste Kamercommissie met de inhoud van het wetsvoorstel, zoals althans blijkt uit het verslag van dit voorstel van 8 december 2009. Een van de belangrijkste aanleidingen voor dit wetsvoorstel is de afstemming. Wij hebben daarvan zo-even een prachtige illustratie gekregen van de heer Bontes. Het betreft de afstemming tussen de Wet veiligheidsregio's en het versterken van de preventiecyclus in relatie tot de openbare gezondheidszorg.

Op 11 maart 2010 is de Wet veiligheidsregio's vastgesteld; via die wet wordt voorzien in een aanpassing van de Wet publieke gezondheid. De voorzitter van de veiligheidsregio wordt in plaats van de burgemeester bevoegd om de maatregelen ingevolge de Wet publieke gezondheid te nemen die nodig zijn voor de bestrijding van een infectieziektecrisis. In geval van een bovenregionale crisis gaan op grond van de Wet veiligheidsregio's alleen dan ook de bevoegdheden van de burgemeester ter handhaving van de openbare orde en veiligheid over op de voorzitter van de veiligheidsregio. Aldus zijn in een situatie van een infectieziektecrisis 25 regionale bestuurders verantwoordelijk en bevoegd om die crisis aan te pakken. De minister van VWS zal in geval van een dergelijke crisis leiding geven aan de bestrijding op grond van het reeds bepaalde in de Wet publieke gezondheid en dus aan die 25 regionale bestuurders.

Met het voorliggende wetsvoorstel wordt hierop aangesloten met het regelen van drie aspecten. Ten eerste zullen de operationele diensten die de infectieziektebestrijding ter hand nemen, met name de GGD, ten minste congruent worden aan de 25 veiligheidsregio's. Dit is precies belangrijk vanwege de samenhang die de heer Bontes zojuist noemde en die noodzakelijk is,

Klink

tussen de verschillende kolommen blauw, rood en wit. Die samenhang wordt op deze manier dus al wettelijk geborgd op het moment dat een opschaling noodzakelijk is vanwege het feit dat zich crisissituaties voordoen.

Ten tweede is het ook van belang om überhaupt operationeel invulling te geven aan de voorbereiding van de bestrijding van de infectieziektecrisis. Die moet ook op het niveau van de veiligheidsregio gebeuren. Daarvoor wordt met de voorstellen het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk gemaakt.

Ten derde wordt met dit voorstel geregeld dat de operationele leiding van de GGD en de GHOR, de organisatie voor de coördinatie van Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen, in een hand komt, bij een persoon, namelijk de directeur publieke gezondheid. Deze persoon zal dus voor beide gremia, de GHOR en de GGD, als directeur optreden.

Deze aspecten zijn het sluitstuk van de eerder ingezette lijn via de Wet veiligheidsregio's. Met dit geheel verwacht ik een wezenlijke verbetering in de bestuurlijke en de operationele beheersing van een publieke gezondheidscrisis. Hierbij wil ik benadrukken dat de genoemde verplichte aansluiting bij de veiligheidsregio's niet treedt in de keuzevrijheid van gemeenten voor de organisatie van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en de gezondheidsbevordering. Straks kom ik hier uitvoeriger op terug. Met inachtneming van al het bepaalde bij of krachtens de Wet publieke gezondheid blijven gemeenten vrij om op die terreinen eigen keuzes te maken. Dat kan gebeuren via de GGD; soms gaat dat evenwel langs de GGD, via thuiszorgorganisaties. Zoals gezegd, is dit de keuze van de verschillende gemeenten zelf.

De heer Bontes gaf een heel goede samenvatting van een aantal ontwikkelingen rondom de ambulancezorg, die opschaaft dan wel gaat opschalen krachtens de Waz. In de veiligheidsregio's waarin de bundeling van kracht is, zal die zich natuurlijk met name aftekenen in de blauwe en de rode kolom. In dit verband noem ik de Wet publieke gezondheid, waarmee de GGD dus een belangrijke rol zal krijgen bij de voorbereiding en uiteindelijk de operationele invulling van de bestrijding van de infectieziektecrisis. Die ontwikkelingen tekenen zich met name af in Rijnmond; dat gebeurt overigens ook elders. Dit betekent echter niet dat de GGD voor de andere functies van de GGD in het kader van de publieke gezondheid, integraal deel zal uitmaken van de Wet veiligheidsregio's. In die zin blijft de GGD dus een zelfstandig openbaar lichaam met zelfstandige taken, die min of meer losstaan van de Wet veiligheidsregio's en het veiligheidsbestuur op regionaal niveau. Dus in die zin is deze wet niet het aanknopingspunt om dat ook op te schalen naar de Wet veiligheidsregio's en een andere bestuurlijke inbedding te gaan geven, want daar blijven de wethouders verantwoordelijk voor een gemeenschappelijke regeling die tot stand komt. In die zin hoop ik de heer Bontes te kunnen geruststellen dat al die zaken te maken hebben met preventie en met consultatiebureaus en dergelijke niet in de sfeer van de veiligheidsregio's worden getrokken. Het lijkt mij belangrijk om dat met u te constateren, omdat dit anders echt een ander stempel zou gaan dragen, terwijl het hier toch echt om openbare gezondheidszorg gaat, buiten crisissituaties om. Maar zodra crises zich voordoen, vindt wel die opschaling plaats. Dan is het natuurlijk ook inderdaad van buitengewoon groot belang dat dat goed is voorbereid en dat de

GGD via die ene directeur dan ook onder het gezag komt te staan van de voorzitter van de veiligheidsregio.

De tweede belangrijke aanleiding voor het wetsvoorstel is de versterking van de preventiecyclus en de bevordering van de implementatie van de gemeentelijke gezondheidsnota. Rijk en gemeente zijn daarin natuurlijk complementair in hun verantwoordelijkheden. Hierbij hebben wij wel gezocht naar complementariteit, in die zin dat er ook op gemeentelijk vlak duidelijk accenten kunnen worden gezet, zonder dat het al te vrijblijvend wordt. Vandaar dat in deze wet wordt geregeld dat doelstellingen, instrumenten en uiteindelijk ook effectmetingen tot uitdrukking dienen te komen in het lokale gezondheidsbeleid. Nogmaals zeg ik dat het gaat om landelijke prioriteiten waar beredeneerd en beargumenteerd van kan worden afgeweken vanwege specifieke lokale contexten, maar wel zonder de vrijblijvendheid die de inspectie toch keer op keer constateert rondom de lokale nota's.

Ik verwacht samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de VNG een kwaliteitsverbetering van de in het voorstel opgenomen procesmatige structurering. Dan heb ik het over die doelstellingen en instrumenten, acties en resultaten. Wij hopen dan ook dat het lokale beleid zich echt meer krachtig op het gebied van de gezondheidsbevordering zal gaan manifesteren.

Dit waren mijn algemene opmerkingen. Misschien in algemene zin toch even samenvattend. De Wet veiligheidsregio's vraagt om een regionaal crisisplan. De Wet publieke gezondheid zal ervoor zorgen dat de infectieziektebestrijding daarvan deel gaat uitmaken. Dan zie je een paar verbindingen ontstaan, eerst thematisch dat de kennis en expertise van de GGD daarin wordt ingebracht en meer organisatorisch dat in de sfeer van de voorbereiding en bij de operationele kant van de zaak ook eenheid van beleid gaat ontstaan via met name ook die ene directeur, die zowel voor de veiligheidsregio als voor de GGD zal gaan werken. Daarom is die territoriale congruentie ook zo belangrijk, die mevrouw Uitslag ook inderdaad terecht noemde. Ik kom uiteraard nog terug op haar vraag hoe dat zich verhoudt tot één GGD voor verschillende veiligheidsregio's. Overigens had de VVD gevraagd om dat te kunnen regelen, ongetwijfeld met het oog op datgene wat zich in Brabant aftekent.

Dan de vragen van uw leden. Mevrouw Arib had een veelheid aan vragen. Zij vroeg hoe de schaalvergroting van de GGD zich verhoudt tot de beleidsvrijheid van de gemeente, met name ook in relatie tot de schaalvergroting bij de politie. Ook daarbij werd stilgestaan door de heer Bontes, maar die vroeg juist weer om een zekere opschaling. Althans, in eerdere inbrengen van de PVV werd die opschaling bepleit. Dit voorstel regelt dat de GGD's minimaal gelijk zijn aan de veiligheidsregio's. De discussies over de schaalvergroting, in het kader bijvoorbeeld van een nationale politie, bevinden zich buiten de scope van deze wetswijziging en zullen wellicht aangrijpingspunt zijn voor een komend kabinet om daarin stappen te zetten. Op de vraag of dat er altijd toe zal leiden, ook op het moment dat het beheer opgeschaald wordt naar nationaal niveau, dat dan de veiligheidsregio's zullen verdwijnen, antwoord ik dat dat niet altijd het geval hoeft te zijn. Sterker nog, het ligt niet per se in de rede dat die veiligheidsregio's zullen verdwijnen, gegeven het feit dat het gezag over de politie en in dit geval dus ook de bestrijding van crises wel degelijk op regionaal niveau kunnen blijven liggen. Ik

Klink

ga er niet over hoe zich dat precies zal uitkristalliseren. Dat weet ik ook niet precies, maar het betekent niet altijd dat de veiligheidsregio's zullen verdwijnen.

Mevrouw Arib verwees naar Utrecht waar, overigens net als in Den Haag, fusies zullen moeten plaatsvinden en waar de GGD deel zal gaan uitmaken van de gemeenschappelijke regeling. Zij vroeg in hoeverre dat het gewenste maatwerk in de wielen zal rijden dat noodzakelijk is, ook in de sfeer van de jeugdgezondheidszorg. Wij kennen de ervaringen in Rotterdam. De heer Bontes verwees daar al naar. Wij kennen ook de ervaringen in Amsterdam. Deze geven aan dat het maatwerk echt niet per definitie op de helling moet. Je kunt natuurlijk binnen een GGD in verschillende gebieden aparte speerpunten organiseren. Dat zal ook moeten. Het is toch echt een andere situatie of je te maken hebt met Goeree-Overflakkee of met Rotterdam. Je kunt ook één loket organiseren. De gemeente kan bij wijze van spreken het eigen beleid inkopen. Het maatwerk wordt geleverd. Voor zover wij zijn geïnformeerd, loopt dit in Amsterdam en Rotterdam echt naar tevredenheid. In deze zin ben ik van mening dat een GGD echt niet zal voorbijgaan aan de zwaartepunten die men bijvoorbeeld in Den Haag of Utrecht heeft gekozen. Wethouders die met elkaar de gemeenschappelijke regeling zullen uitwerken, zullen echt geen bestuurlijke lijn kiezen die daaraan niet tegemoet komt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Begrijp ik hieruit dat de GGD in Utrecht niet bang hoeft te zijn dat straks bijvoorbeeld moet worden gefuseerd tussen de GGD Utrecht, die een specifieke rol vervult ten aanzien van grootstedelijke problematiek, met allerlei omliggende gemeenten? Blijft de bestaande situatie gehandhaafd?

Minister **Klink**: Neen. Dat mag niet in mijn antwoord worden gelezen. De fusie zal tot stand moeten komen, anders krijgen wij geen territoriale congruentie en zou de situatie bestaan dat de voorzitter en de directeur van de veiligheidsregio te maken kunnen krijgen met verschillende GGD's binnen het ene gebied. Dat wordt onwerkbaar. Zij zouden zelfs tegen elkaar in kunnen gaan werken. In deze zin is het dus noodzakelijk om via deze wet het territoriaal samenvallen van de organisaties te regelen in het verlengde van de Wet op de veiligheidsregio's.

Rotterdam en Amsterdam illustreren dat, als de fusie heeft plaatsgevonden, deze maatwerk niet per se in de weg hoeft te staan. De GGD's zijn dan weliswaar opgeschaald, maar kunnen nog steeds zeer specifiek werken voor Utrecht of Den Haag. Het maatwerk kan dan nog steeds gewoon worden gegarandeerd.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De huidige situatie in bijvoorbeeld Utrecht is dat het college van burgemeester en wethouders bepaalt hoe het lokaal beleid in Utrecht vorm wordt gegeven. Dit is overigens ook het geval in Haaglanden. Ik hoop dat de minister straks ook specifiek zal ingaan op Haaglanden. De omliggende gemeenten hebben allemaal hun eigen ideeën. De angst bestaat dat andere gemeenten invloed gaan uitoefenen op wat in Utrecht zou moeten gebeuren op het moment dat een fusie plaatsvindt, terwijl men daar specifieke aandachtsgebieden heeft.

Minister **Klink**: Dat realiseer ik mij. Om deze reden

verwijs ik naar Rotterdam en Amsterdam. Daar zijn de GGD's naar tevredenheid opgeschaald. Op dit moment kennen wij achttien GGD's die dezelfde regionale omvang kennen als de veiligheidsregio's. Ik spreek uit mijn hoofd, maar ik meen dat het er achttien zijn. De opschaling heeft daar dus al plaatsvonden. Daaronder zijn twee grote steden: Rotterdam en Amsterdam. Ook daar moet men in de sfeer van de GGD en het bestuur daarvan samenwerken met de wethouders van andere gemeenten. Dat heeft geen afbreuk gedaan aan het maatwerk dat door de GGD wordt geleverd op de terreinen van de gezondheidszorg in de specifieke steden. Er kan worden gewerkt met speciale medewerkers of met één loket. De zorg kan op een bepaalde manier worden ingekocht. Nog afgezien van de bestuurlijke kracht van de steden binnen zo'n gemeenschappelijke regeling, zijn er dus echt wel waarborgen om het maatwerk te garanderen. Het is noodzakelijk om de crisisplannen, de voorbereiding en de operationele invulling slagvaardig te kunnen realiseren op het moment dat zich crises aftekenen.

Mevrouw Arib verwees ook naar Hattem. Hattem ligt dicht bij Zwolle. Alle schoolgaande kinderen, met name de middelbare scholieren gaan naar Zwolle. Daar doet zich een samenhang met de jeugdzorg voor. Als Hattem bij een andere GGD gaat behoren, kan de situatie ontstaan dat deze kinderen, die elders wonen, wel een samenhangend pakket aan jeugdgezondheidszorg dienen te krijgen, met zorgadviesteams enzovoort, aangezien ze in Zwolle op school zitten. De ervaring leert echter dat via de samenwerking tussen GGD's daadwerkelijk maatwerk is te leveren. Het kan best zijn dat de GGD die een relatie kent met Zwolle – waarschijnlijk is dat de GGD voor de regio Noord- en Oost-Gelderland – daadwerkelijk de zorg voor deze kinderen die in Zwolle naar school gaan, op zich neemt en dat dit via maatwerk onderling geregeld wordt. Dit mag een duidelijke structurering van de Wet op de veiligheidsregio's en de Wet publieke gezondheid echter niet in de weg staan. Dat zou afbreuk doen aan de eenduidigheid die noodzakelijk is bij de voorbereiding en bestrijding van grote crises. Dit zal enig aanpassingswerk vergen, maar wij kennen ook andere gemeenten waar GGD's in de praktijk al werken met onderlinge samenwerkingsafspraken. Dat zal zich hopelijk ook in Hattem en Heerde gaan voordoen.

Mevrouw Arib vroeg naar de stand van zaken inzake de best practices. Dan hebben wij het over de gezondheidsbevordering. Ik vind dat een aangelegen punt. Met mevrouw Arib zie ook ik dat er zo veel projecten, trajecten, pilots en dergelijke gerealiseerd worden, zonder te weten wat wel en wat niet werkt. Om die reden is, naar ik meen in 2008, het Centrum Gezond Leven bij het RIVM ondergebracht. Dit centrum brengt de kennis van zaken met betrekking tot de effecten van trajecten in beeld. Wij hopen dat daar een zekere bundeling van expertise zal plaatsvinden waar gemeenten vervolgens gebruik van kunnen maken bij het opstellen van hun lokale nota's. Daarnaast kennen wij het traject Gezond Lokaal-Centraal. Hierin worden eveneens best practices verzameld. In feite zijn er twee invalshoeken die van betekenis zijn. Ten eerste moeten wij inzicht krijgen in wat er goed werkt en in de tweede plaats moeten bestuurders van de gemeenten inzicht krijgen in hoe men lokaal gezondheidsbeleid op poten kan zetten en welke trajecten daarbij een rol kunnen spelen vanwege het feit dat ze succesvol zijn. Deze twee invalshoeken,

Klink

thematisch en bestuurlijk, zijn de aangrijpingspunten voor het beleid in de komende jaren. Ik ben het volstrekt met mevrouw Arib eens dat er nog veel moet gebeuren.

Verder vroeg mevrouw Arib naar de rol van de inspectie bij de preventiecyclus. De taak van de IGZ binnen de publieke gezondheidszorg richt zich volgens de Wet publieke gezondheid op het houden van toezicht op de naleving van deze wet. De Wet publieke gezondheid dient als toetsingskader voor de IGZ. Binnen de cyclus zijn de bevoegdheden van de IGZ beperkt. Dat is ook wel logisch, gezien de beleidsvrijheid van gemeenten en de eigen lokale prioriteiten die men kan stellen. Nu regelen wij in feite een processtructurering. Men dient de doelen en de instrumenten aan te geven en de effecten te meten. De inspectie zal in kaart brengen in hoeverre dat gebeurt en in hoeverre men beredeneerd afwijkt van de landelijke prioriteiten die in de preventie-nota naar voren zullen komen.

Een aangelegen punt van mevrouw Arib zijn de kwetsbare groepen. Bij de schriftelijke beantwoording, maar ook bij haar inbreng in dit debat kwam dit punt terug. Waarom geven wij bepaalde doelgroepen geen plek in de wet? Dat heeft te maken met het gegeven dat deze doelgroepen per gemeente kunnen verschillen. In de schriftelijke ronde heb ik dit ook aangegeven. Op basis van de epidemiologische gegevens van de GGD kan aan de beleidsplannen een lokale inkleuring gegeven worden. Risicogroepen kunnen per gemeente verschillen. In de praktijk is dat ook het geval. Drugsproblematiek, alcoholproblematiek en dergelijke of soa-problematiek kan per regio en gemeente aanmerkelijk verschillen. Gemeenten kunnen hun beleid hierop oriënteren. Dat neemt niet weg dat deze doelgroepen in de landelijke preventie-nota wel naar voren kunnen komen. Daarom hebben wij de afgelopen jaren aandacht besteed aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Wij zoeken op landelijk gebied wel degelijk de raakpunten en -vlakken tussen het landelijke beleid aan de ene kant en de regionale inkleuring aan de andere kant. De regio bij de gezondheidsbevordering ligt dus vooral bij de gemeenten zelf. Wij ondersteunen die via een kennisinfrastructuur van het RIVM, de gezondheidsbevorderende instellingen en het Centrum Gezond Leven, dat deel uitmaakt van het RIVM. Dat is min of meer de infrastructuur. Daarnaast kennen wij in het proces een cyclus waarin de inspectie beziet in hoeverre de doelstellingen, de instrumenten en het in kaart brengen van de effecten geborgd zijn. Dat zeg ik ook in de richting van de VVD. Wij zullen wel bezien in hoeverre men beredeneerd afwijkt van wat landelijk aan prioriteiten is gegeven.

Ik kom op de schering en inslag, zo zeg ik tegen mevrouw Arib, het thematisch naar boven tillen wat werkt en het vergroten van de bestuurlijke slagkracht van gemeenten. Het ZonMw-programma Gezonde Slagkracht bouwt daarop voort. Daarmee wil men de evidence based projecten in gemeenten verspreiden. Ondertussen werken wij dus ook aan de slagkracht van gemeenten zelf.

Mevrouw Arib, mevrouw Uitslag en mevrouw Venrooy vroegen zich af hoe de prenatale zorg geregeld is. Terecht werd erop gewezen dat per 1 januari 2009 5,8 mln. aan middelen via brede doeluitkeringen voor Centra voor Jeugd en Gezin aan gemeenten worden gegeven. Die lopen in elk geval tot en met 2011 door. Om gemeenten bij het uitvoeren van de taken te ondersteunen is de handreiking "Prenatale voorlichting, een

nieuwe activiteit in opdracht van de gemeente" toegezonden aan de gemeenten. Wij willen het college perinatale zorg, dat in oprichting is, een plek geven bij het ontwikkelen van materiaal waarmee de prenatale voorlichting aan vooral kwetsbare groepen kan worden ingevuld.

Ik kom bij mevrouw Arib, die het had over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, en de nota bij het plan van aanpak dat wij daaromheen hebben gerealiseerd. Ook de voorzitter heeft een paar jaar geleden gevraagd om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in kaart te brengen. Het thema van de interculturalisatie heeft daar daadwerkelijk een plek bij gekregen. Daarnaast wordt op dit moment een ZonMw-programma ontwikkeld op het gebied van interculturalisatie. Organisaties als Pharos zijn in gesprek met professionele organisaties om verscheidenheid weer onderdeel te maken van de reguliere zorg en daar meer kennis voor te realiseren.

De heer Bontes begon zijn betoog met het complimenten van de mensen die in de regio Rijnmond de verschillende kolommen hebben opgeschaald: de blauwe, rode en witte kolom.

Mevrouw Uitslag vroeg of ik voldoende kon sturen bij een crisis. Ik grijp haar betoog aan om duidelijk te maken dat de GGD's, die ook door haar werden genoemd, uitmuntend werk hebben verricht bij de crisisbestrijdingen die wij hebben gekend de afgelopen jaren, vooral die van de Mexicaanse griep. Ik zie de beelden nog voor mij van al die kinderen die naar de verschillende huisartsenposten gingen dan wel naar een andere locatie zoals sporthallen en dergelijke. Dat was best wel spannend, want wij keken ook naar andere landen zoals Frankrijk, waar het helemaal niet goed liep. Maar in Nederland liep het uiteindelijk op rolletjes. De voorbereiding en bestrijding van deze infectieziekte zijn een compliment waard voor al degenen die die hebben gerealiseerd. Vandaag is de Wet publieke gezondheid aan de orde, waarmee dat proces verder wordt gestructureerd. Wij hebben straks namelijk niet meer met 400 gemeenten maar met 25 regio's te maken. Daarmee zal de toch al goed in de steigers staande infectieziektebestrijding verder worden verbeterd. Al degenen die die hebben gerealiseerd, verdienen echter een compliment. Tegen mevrouw Uitslag zeg ik dat er ondertussen een evaluatie loopt, zowel van de Q-koorts als de Mexicaanse griep. Ik verwacht dat wij de uitkomsten daarvan uiteindelijk weer kunnen betrekken bij de verdere verbeteringen van de aanpak. Ik maak van deze gelegenheid gebruik om degenen die dit hebben gerealiseerd ook van hieruit nog eens te bedanken.

Mevrouw Uitslag vroeg of ik ben afgestapt van de congruentie. Het kan zo zijn dat een GGD-regio meer veiligheidsregio's omvat. Dat zal zich met name voordoen in Brabant, voor zover zich dit al zal voordoen. Dit hoeft op zichzelf geen probleem te zijn, maar het is wel een probleem als de GGD's qua schaal kleiner zijn dan de veiligheidsregio's. Als één GGD zich positioneert op het niveau en de schaal van twee veiligheidsregio's hoeft dat geen probleem te zijn vanwege de eenduidige aansturing. Dit houdt in dat de voorzitter van de regio de directeur van de GHOR en de GGD – deze persoon is directeur van beide instanties – aanstuurt. Natuurlijk zullen voor twee verschillende veiligheidsregio's twee verschillende crisisplannen ontstaan. Deze plannen worden wel door één organisatie gerealiseerd, voor

Klink

zover de GGD daarbij betrokken is, maar dat hoeft geen afbreuk te doen aan de eenduidigheid van het beleid binnen die ene veiligheidsregio. Men zal dus gewoon twee heren of dames moeten bedienen. Versnippering vindt dus niet plaats. Dat is gewaarborgd door het feit dat er in elk geval territoriale congruentie moet zijn tussen de GGD en de veiligheidsregio.

Over de prenatale voorlichting heb ik reeds een en ander gezegd. Toch wil ik nog iets zeggen over de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Op 15 juni 2010 heb ik de Kamer geïnformeerd over de maatregelen die nog tijdens deze demissionaire periode kunnen worden genomen om babysterfte en comorbiditeit in Nederland terug te dringen. Zoals in de brief staat – naderhand hebben we dit in een algemeen overleg nog eens onderstreept – hebben de veldpartijen een kwartiermaker aangesteld om het College Perinatale Zorg op te richten. Met de betrokken partijen heb ik afgesproken dat dit college begin 2011 operationeel zal zijn. Een van de taken van dit college zal zijn om de regie te voeren over het opstellen van eenduidige landelijke informatie over zwangerschap en geboorte. De gemeente zelf kan de doelgroepen voor prenatale voorlichting formuleren en bepalen en vervolgens de beste voorlichtingsvorm daarbij zoeken.

Ik hoop dat ik de heer Bontes voldoende antwoord heb gegeven door te zeggen dat er twee openbare lichamen blijven: enerzijds de veiligheidsregio en anderzijds de GGD. Deze kennen een verschillende bestuurlijke inbedding: de veiligheidsregio's en de burgemeesters, met de voorzitter uiteraard, en de GGD's blijven de taak van de wethouders. Alhoewel er opschaling plaatsvindt, worden er niet twee openbare lichamen in elkaar gevlochten. Het zwaartepunt van de taken die de heer Bontes op het gebied van publieke gezondheid noemde, zal bij de GGD's blijven liggen.

Mevrouw Venrooy gaf op een buitengewoon beeldende manier aan waarom dit wetsvoorstel langs deze lijnen gerealiseerd moet worden. Aan het eind van haar betoog stelde zij nog wel een aantal vragen hierover. Zij sprak over de best practices en de manier waarop daar meer structuur in kan komen. Ik heb zo-even betoogd dat daar nadere invulling aan gegeven wordt via de landelijke infrastructuur, onder meer via het Centrum Gezond Leven en het ZonMW-traject.

Mevrouw Venrooy vroeg op welke wijze er wordt gezorgd voor een goede inbedding op lokaal niveau van de openbare gezondheidszorg. Ik onderstreep dat de preventievisie die wij een paar jaar geleden naar buiten hebben gebracht, heel veel nadruk legt op wat met een duur woord heet "parallèlie van belangen". Ik denk dat dit straks een belangrijk thema zal zijn op gemeentelijk vlak. Gezondheidszorg zal een aspect moeten zijn dat wordt meegenomen in de sfeer van wonen, scholing, onderwijs en werkgelegenheid, opdat het niet een geïsoleerd thema is voor de wethouder die toevallig verantwoordelijk is voor de gezondheidszorg. Gezondheidszorg moet integraal zijn beslag krijgen in het beleid. Ik heb zelf mooie voorbeelden gezien, onder andere in Rotterdam, waar men het op zo'n manier in het onderwijs weet in te bedden dat het uiteindelijk het onderwijs zelf weer ten goede komt. Bijvoorbeeld de veiligheid en het klimaat op een school, maar ook de onderwijsresultaten, kunnen hierdoor verbeteren. Die vervlechting van doelstellingen is ook op gemeentelijk vlak van groot belang.

Een andere vraag van mevrouw Venrooy betrof de relatie tussen landelijke en gemeentelijke prioriteiten. Ik heb die vraag zojuist al beantwoord door aan te geven dat daarvan beredeneerd kan worden afgeweken. Ten slotte stelde mevrouw Venrooy een vraag over een passage in de memorie van toelichting over maatwerk bij de kosten. Zij vroeg of zich regio's hebben gemeld met extra en overmatige kosten die voortvloeien uit een splitsing dan wel uit fusieprocessen. Op dit moment hebben zich nog geen regio's gemeld. Ik ga ervan uit dat regio's dit zelf oplossen, zoals andere regio's dat ook hebben gedaan. Inmiddels zijn 28 van de 63 GGD's al opgeschaald. Daarmee zijn ook kosten gemoed, maar die zijn uiteindelijk via schaalvoordelen terug te verdienen. Ik hoop en verwacht daarom dat ook andere regio's niet aan de deur kloppen voor een financiële handreiking van onze kant. De praktijk leert dat dit niet per se nodig is.

De **voorzitter**: Ik zie dat alleen mevrouw Arib gebruik wenst te maken van een tweede termijn.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van onze vragen. Aan het begin van het betoog zei ik al dat de PvdA-fractie achter het wetsvoorstel staat. Wij zullen dus voor stemmen. Ik heb het voorbeeld van Utrecht, Haaglanden en Hattem genoemd, omdat wij ontzettend moeten uitkijken dat wij het kind niet met het badwater weggooien. De GGD heeft een belangrijke functie, is verankerd in onze samenleving en vervult zeker belangrijke taken in gebieden waarin zich kwetsbare groepen bevinden. Daarom was het genoemde voorbeeld van belang. Ik hoop dat wij ervoor waken dat straks door allerlei organisatorische veranderingen belangrijke functies als jeugdgezondheidszorg, het terugdringen van sociaaleconomische verschillen en voorlichting, ondergesneeuwd raken.

Ik heb ook een aantal vragen gesteld over hoogrisicogroepen. Daarover dien ik graag nog een motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de gezondheidsverschillen in Nederland groeien en mensen met een slechtere sociaaleconomische status vijftien jaar eerder in een slechte gezondheid leven en eerder sterven;

overwegende dat geen structurele financiering beschikbaar is voor opsporing en toeleiding van hoogrisicogroepen, dat regelgeving en verschillen in financiering vaak een belemmering vormen en dat prikkels ontbreken om tot goede samenwerking te komen;

van mening dat selectieve preventie een daadwerkelijke bijdrage kan leveren aan de volksgezondheid en daarbij ook tot minder kosten in de toekomst kan leiden;

verzoekt de regering, de Kamer vóór 1 juni 2011 aan te geven op welke wijze groepen met een verhoogd risico

Arib

op het ontstaan van (chronische) ziekten kunnen worden gedefinieerd, welke groepen zijn te onderscheiden, welke preventieve interventies mogelijk zijn, wat bekend is ten aanzien van de (kosten)effectiviteit van deze interventies en op welke wijze selectieve preventie kan worden vormgegeven en gefinancierd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Arib. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 9 (32195).

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb nog een laatste opmerking. Het volgende gaat mij echt aan het hart. Ik heb hier vaak gestaan en felle debatten gevoerd met deze minister. Ik ben bang dat ik met weemoed aan hem zal terugdenken.

De **voorzitter**: Mevrouw Arib, u bent waarschijnlijk niet de enige.

Ik geef de minister even de gelegenheid om zich te beraden op de motie.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Minister **Klink**: Mijnheer de voorzitter. Mevrouw Arib heeft gesproken over de fusie die nog moet plaatsvinden in Utrecht en Haaglanden. Intern hebben wij daar natuurlijk ook heel goed naar gekeken. Van verschillende zijden – het waren niet de minsten van mijn ambtenaren – heeft men mij verwezen naar de ervaringen in Rotterdam en Amsterdam waarbij een en ander echt naar tevredenheid geregeld is. Ik zou bijna zeggen: mevrouw Arib kan bij haar fractievoorzitter te rade gaan, want hij zal ongetwijfeld de ervaringen vanuit Amsterdam kennen en zal haar daarover beter kunnen inlichten dan ik het zelf kan. Dus ik hoop en verwacht dat het geen probleem zal zijn, aangezien het maatwerk echt geleverd kan worden, zij het dat het voor sommige wethouders wel even wennen zal zijn dat ze bij de aansturing te maken krijgen met collega's die over dezelfde GGD gaan.

Dan de motie van mevrouw Arib. Ik ben geneigd – ik ben er altijd wat voorzichtig in op het moment dat ik nog geen advies heb gekregen vanuit de ambtelijke kolommen – te zeggen dat ik het oordeel over deze motie aan de Kamer overlaat. Ik zou mij kunnen voorstellen dat in de Preventienota dit soort elementen, zoals genoemd in de motie, wel degelijk meegenomen wordt. Dit geldt temeer omdat chronische ziekten een speerpunt vormen in ons landelijke beleid. Inmiddels wordt mij het advies van mijn ambtenaren door de bode overhandigd. Welnu, ik kan melden dat mijn antwoord overeind blijft. Ik geloof dat wij redelijk in dezelfde richting denken. Dat stelt weer gerust.

Ten slotte sprak mevrouw Arib over een gevoel van weemoed. De voorzitter zei al dat er meer zullen zijn die dat gevoel hebben. Hoewel ik echt niet weet wat er gaat gebeuren rond de kabinetsformatie en hoe lang die nog gaat duren – misschien dat wij elkaar nog hevig zat worden in de komende periode omdat die formatie nog lang duurt – kan ik zeggen dat die weemoed ook voor mij geldt en met name in de richting van mevrouw Arib. Dat laatste wil ik onderlijnen door het volgende in haar

richting te zeggen, wat ik overigens de afgelopen jaren al verschillende malen heb gezegd. Als iemand het op haar conto mag schrijven dat er rond zwangerschap en geboorte behoorlijk wat initiatieven genomen zijn en genomen worden, dan is dat mevrouw Arib wel. En dat heeft te maken met de vasthoudendheid van dit Kamerlid die tot voorbeeld strekt voor de totale volksvertegenwoordiging.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank de minister en de collega's. Ik constateer dat dit toch wel een heel bijzonder debat is geweest met twee maidenspeeches en zo'n slot. Het is een eer om daar voorzitter van te mogen zijn.

De stemmingen over de motie en het wetsvoorstel zijn op dinsdag 28 september aanstaande.

De vergadering wordt van 11.45 uur tot 14.15 uur geschorst.

Voorzitter: Verbeet

De **voorzitter**: Op de tafel van de Griffier ligt een lijst van ingekomen stukken. Op die lijst staan voorstellen voor de behandeling van deze stukken. Als voor het einde van de vergadering daartegen geen bezwaar is gemaakt, neem ik aan dat daarmee wordt ingestemd.