

Vergaderjaar 2003–2004

**22 894**

## **Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 29**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 maart 2004

#### **1 Inleiding**

Infectieziekten zijn in de eerste helft van de vorige eeuw met succes aangepakt. Maar de laatste tijd nemen overal in de wereld, dus ook bij ons, de risico's van infectieziekten weer toe.

De problemen zijn nu echter anders. Sommige «oude» infectieziekten komen minder voor dan vroeger maar zijn nu wel moeilijker te bestrijden. Tuberculose bijvoorbeeld komt vooral nog voor bij moeilijk bereikbare groepen en de bestaande geneesmiddelen werken niet meer voldoende. Daarentegen nemen andere bekende infectieziekten juist toe. Hiv/aids, andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en de ziekenhuisbacterie mrsa vragen veel aandacht.

De wereld van de infectieziekten(bestrijding) is de laatste jaren sterk in beweging. Die dynamiek komt vooral door steeds ernstiger bestaande of nieuwe dreigingen die in versneld tempo op ons afkomen. Infectieziekten zijn steeds minder een lokaal of nationaal probleem. Mensen, maar ook dieren en dierlijke producten gaan in hoog tempo de hele wereld over waardoor (nieuwe) infectieziekten zoals sars zich snel (kunnen) verspreiden. Een bijzonder aspect is de dreiging van het moedwillig inzetten van micro-organismen voor terroristische doelen.

Nederland heeft de laatste jaren te maken gehad met uitbraken van legionella, meningokokken en vogelpest; er is hard gewerkt om ons te wapenen tegen uitbraken van pokken en sars. Deze gebeurtenissen hebben niet alleen grote maar vaak ook acute maatschappelijke effecten. Als gevolg van deze nieuwe dynamiek is meer aandacht nodig voor een goede voorbereiding, bijvoorbeeld door draaiboeken op te stellen, voorraden aan te leggen en te oefenen. De voorbereiding op het onbekende is een normaal onderdeel geworden in de aanpak van infectieziekten. Daar-

voor is landelijke sturing nodig, evenals een goede aansluiting bij de Europese Unie en de Wereldgezondheidsorganisatie.

Al met al lijken dreigingen en daadwerkelijke uitbraken elkaar sneller op te volgen en wordt het steeds belangrijker om telkens weer de goede (preventieve) maatregelen te nemen. Dit vraagt om een flexibele organisatie bij het bestrijden van infectieziekten. Die organisatie moet snel en goed kunnen omgaan met de nieuwe ontwikkelingen.

Dat wringt in Nederland op een aantal punten. De huidige structuur van de infectieziektebestrijding is gebaseerd op de «oude» overzichtelijke infectieziekteproblematiek. Ze voldoet niet helemaal meer aan de eisen van deze tijd. Het «systeem» moet vooral beter voorbereid zijn en snel kunnen reageren op de veranderde omstandigheden, inclusief acute bedreigingen van de volksgezondheid door infectieziekten.

In deze brief geef ik aan via welke strategie ik dat wil bereiken. Ook heb ik hierin de aanbevelingen van het RGO-advies «Kennisinfrastuctuur Infectieziekten» van april 2003 betrokken. Ik wil werken aan een goede en robuuste structuur op de langere termijn, maar zal tegelijkertijd op korte termijn praktische verbeteringen realiseren.

Ik richt mij vooral op het tot stand brengen van inhoudelijk uniform beleid en goede afstemming op nationaal niveau. Om dit te ondersteunen ga ik op korte termijn een zogenoemde Infectieziekteautoriteit (IZA) oprichten. Daarnaast zal ik mijn wettelijke bevoegdheden om centraal te sturen bezien en waar nodig in overeenstemming brengen met mijn verantwoordelijkheid bij grote of acute bedreiging van de volksgezondheid. Het oprichten van de IZA alsmede het bezien van de wettelijke bevoegdheden passen bij het streven van het kabinet om ten tijde van crises tot een versterkte aanpak vanuit de regering te kunnen besluiten.

Uniform beleid en afstemming kunnen alleen tot stand komen als er op regionaal en lokaal niveau voldoende capaciteit en kwaliteit beschikbaar is voor de infectieziektebestrijding. Dat geldt voor beroepsbeoefenaren bij huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en GGD'en. De Infectieziekteautoriteit zal hen op professioneel gebied ondersteunen. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor deze beroepsbeoefenaren ligt echter bij anderen. Ik zal hen aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Verder vraag ik de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) nauwlettend toe te zien op de capaciteit en kwaliteit van de infectieziektebestrijding en indien nodig aanwijzingen te geven voor verbetering.

In de volgende paragraaf zet ik mijn voorstel voor de Infectieziekteautoriteit uiteen. Daarna beschrijf ik voor verschillende niveaus van infectieziektebestrijding welke rol deze IZA in de nieuwe situatie gaat spelen.

## **2 De Infectieziekteautoriteit (IZA)**

Ondanks dat de infectieziektebestrijding en veel gevallen adequaat wordt uitgevoerd, is er grote behoefte aan meer inhoudelijke afstemming, sturing en ondersteuning van beroepsbeoefenaren binnen de infectieziektebestrijding. Dat is nodig voor het bijeenbrengen van wetenschappelijke kennis en informatie, het beoordelen van deze informatie en het opstellen van protocollen voor inhoud en kwaliteit van de bestrijding. Ook is een goed aanspreekpunt nodig. Deze centrale rol is nu bij geen enkele organisatie belegd. Daarom zal ik een afzonderlijke organisatie oprichten, die deze taken gaat uitvoeren: de Infectieziekteautoriteit (IZA).

De IZA zal bij het verbeteren van de procesgang nadrukkelijk kijken naar de administratieve lasten.

De IZA wordt straks de professionele schakel tussen praktijk, wetenschap en beleid. Hier komt informatie samen die wordt «vertaald» en (nationaal en internationaal) wordt doorgegeven. Zo kan de IZA adviseren over prioriteiten voor onderzoek en uitvoering. De IZA zal nauwe relaties met andere onderdelen van de openbare gezondheidszorg en met de overige gezondheidszorg onderhouden en krijgt voldoende bevoegdheden om haar taken goed uit te kunnen voeren. Soortgelijke ontwikkelingen zien we overigens ook in andere landen die hun infectieziektebestrijding aan het moderniseren zijn.

De volgende taken worden door of in nauwe samenwerking met de IZA uitgevoerd:

- 1 Bundeling infectieziektenbestrijding:
  - Afstemmen bij overheidsgefinancierd onderzoek, opsporing en signalering;
  - Verzamelen en analyseren van nationale en internationale gegevens en waarschuwen bij dreigende risico's;
  - Het (adviseren over het) beschikbaar stellen van budgetten/subsidies aan instanties in de infectieziektebestrijding opdat professionele weging en prioriteitstelling kan plaatsvinden;
  - Bevorderen van samenwerking tussen of fusie van instanties die zich met verschillende vormen van infectieziektebestrijding bezig houden;
- 2 Communicatie namens de rijksoverheid:
  - Communicatie en afstemming met de internationale professionele organisaties, waaronder het Europese Centrum voor Ziektepreventie (ECDPC) en de Wereldgezondheidsorganisatie;
  - Communicatie namens de overheid naar de bevolking bij acute bedreigingen van de volksgezondheid door infectieziekten;
- 3 Ondersteuning van beroepsbeoefenaren:
  - Verspreiden van nationale en internationale gegevens en waarschuwen bij dreigende risico's;
  - Consulteren en adviseren van beroepsbeoefenaren in de infectieziektebestrijding;
  - Landelijke protocollen en standaarden (laten) ontwikkelen en dwingend voorschrijven;
- 4 Centraal aansturen bij (voorbereiding op) dreiging of uitbraken met grote of acute volksgezondheidsdreiging:
  - Adviseren van de minister van VWS;
  - Beoordelen van de kwaliteit van het voorbereiden en uitvoeren van de infectieziektebestrijding in gewone situaties en in crisissituaties;
  - Zo nodig (namens de minister) aanwijzingen geven aan besturen (gemeenten, ziekenhuizen, verpleeghuizen, beroepsgroepen et cetera);
  - Draaiboeken (laten) opstellen.

De IZA wordt een onderdeel van het Ministerie van VWS en zal nauw aansluiten bij de bestaande structuren. De uiteindelijke positie van deze organisatie is nu nog open. Er zijn verschillende mogelijkheden zoals, in volgorde van huidige voorkeur: als onderdeel van het Staatstoezicht (zoals Inspectie Gezondheidszorg en Voedsel- en Warenautoriteit); een afzonderlijke overheidsorganisatie zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nederlands Vaccin Instituut; of als onderdeel van het RIVM.

Ik ben van plan de IZA begin 2005 in een eerste vorm van start te laten gaan. Daarin worden bestaande en versnipperde taken gebundeld van

onder andere VWS, IGZ, RIVM en de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding. Voorlopig zie ik de IZA als een kleine maar slagvaardige organisatie. Ik ga het voornemen om de IZA op te richten nader uitwerken en wil het RIVM gebruiken als «kraamkamer» voor deze nieuwe organisatie.

### 3 Knelpunten en aanpak in de bestrijding

#### 3.1 Algemeen

De noemer «infectieziektebestrijding» omvat een scala aan activiteiten, die elk hun eigen aanpak en organisatie kennen. Het voorbereiden op een aanval van sars verloopt anders dan het vaccineren van kinderen tegen mazelen. Het bestrijden van tuberculose gaat op een andere manier dan het beschermen tegen of het bestrijden van griep. Tegelijkertijd moet er een overkoepelende «structuur» zijn waarin al deze zaken op een logische manier bij elkaar komen en samenhangen.

Om de verschillende activiteiten en hun samenhang duidelijk te maken onderscheid ik drie niveaus van infectieziektebestrijding:

#### 1. Individuele behandeling van infectieziekten

Infectieziektebestrijding gebeurt elke dag weer door individuele beroepsbeoefenaren op veel plaatsen in ons land. Daarbij zijn onder andere huisartsen, artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen betrokken. Zij behandelen patiënten met bijvoorbeeld longontsteking, hepatitis of aids. Daarnaast zijn ze collectief verantwoordelijk voor het zorgvuldig omgaan met antibiotica om resistentie tegen te gaan en moeten zij ziekenhuisinfecties als mrsa voorkomen.

#### 2. Regionale preventie en bestrijding van infectieziekten zonder grote of acute bedreiging van de volksgezondheid

Artsen en verpleegkundigen bij GGD'en bestrijden op het niveau van hun lokale en regionale bevolking infectieziekten als tuberculose, soa en legionella en doen aan preventie. In veel gevallen gaat dat goed; de huidige structuur voldoet voor de praktijk van alledag.

#### 3. Nationale en internationale preventie en bestrijding van infectieziekten met grote of acute bedreiging van de volksgezondheid

Bij niet-alledaagse situaties (de ernstige en acute crises) moet alle beschikbare capaciteit uit het eerste en twee niveau snel en effectief kunnen worden ingezet onder een centrale, nationale regie. Ook de voorbereiding op deze situaties moet onder centrale regie plaatsvinden. Vooral op dit niveau bestaan knelpunten.

De niveaus hangen onderling samen. Zo kunnen maatregelen op het nationale niveau alleen effectief zijn als deze op regionaal en lokaal niveau worden uitgewerkt en tot slot hun effect hebben op de individuele behandeling van mensen. Een goede beheersing van nationale (dreigingen van) uitbraken stelt dan ook hoge eisen aan de reguliere infectieziektebestrijding op het eerste en tweede niveau. Omdat infectieziekten zich niet aan landsgrenzen houden, en omdat er steeds meer internationaal verkeer van personen en goederen is, is internationale afstemming en samenwerking steeds belangrijker. Dat gebeurt zowel in EU-verband als in WHO-verband.

Hieronder beschrijf ik per niveau achtereenvolgens kort de knelpunten, de verantwoordelijkheden en de door mij voorziene aanpak om de knelpunten op te lossen. Voor een meer uitvoerige beschrijving van de knelpunten verwijs ik naar bijlage 1.<sup>1</sup> In algemene zin komt de aanpak neer op:

- het aanscherpen en verduidelijken van bestaande taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden;

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

- het oprichten van de IZA.

### *3.2 Individuele behandeling van infectieziekten*

Beroepsbeoefenaren in de zorg zijn verantwoordelijk voor het goed behandelen van mensen met infectieziekten als griep, longontsteking, meningitis, hepatitis, aids of wondinfecties. Laboratoria helpen daarbij. Die verantwoordelijkheid ligt vast in de Kwaliteitswet en de Wet Beroepsbeoefenaren in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

De uitvoering is in het algemeen goed maar er is nog de nodige winst te behalen in termen van kwaliteit en doelmatigheid. Dat is ook nodig om in bijzondere omstandigheden optimale prestaties te kunnen leveren.

#### **- Goede kwaliteit van individuele zorg**

Beroepsgroepen moeten het niveau van kwaliteit zelf regelen door te protocolleren en te certificeren. De overheid speelt hierbij in principe geen rol. De IGZ beoordeelt of de beroepsgroepen dit goed doen en kan aanwijzingen geven om zaken te veranderen.

Ook hier kan en moet de kwaliteit beter. Ik heb daar in mijn brief over de kwaliteit van zorg eerder al op gewezen (Kwaliteit van Zorg, 4 december 2002 – TK 2002–2003 28 439, nr. 2). Verder kan er doelmatiger gewerkt worden door organisaties die betrokken zijn bij het opstellen van protocollen een grotere rol te geven. Het gebruik van de protocollen wordt minder vrijblijvend.

#### **- Aandacht voor de collectieve aspecten**

Infectieziektebestrijding op individueel niveau heeft ook gevolgen op collectief niveau. Zo beïnvloedt het gebruik van antibiotica de ontwikkeling van resistente bacteriën zoals mrsa. Door bron- en contactopsporing bij individuele infecties kunnen verdere besmettingen worden opgespoord en effectief bestreden. De beschikbare capaciteit voor individuele behandeling is soms ook nodig bij de (voorbereiding op) de bestrijding van rampen, zoals de mogelijkheid om patiënten geïsoleerd te verplegen. Individuele hulpverleners moeten hun werk goed afstemmen met de GGD'en, aandacht besteden aan de collectieve aspecten van behandeling en goed voorbereid zijn op crisis. Dat is nu niet altijd het geval.

De IZA zal dit proces ondersteunen door draaiboeken en protocollen op te stellen. De IZA krijgt ook een rol in het coördineren en afstemmen van onderzoek en opsporen en signaleren van infecties (surveillance). Deze organisatie krijgt de instrumenten en verwerft, naar ik verwacht spoedig, het gezag om de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk in de praktijk door te voeren.

De IGZ blijft uiteraard de instantie voor het toezicht op de individuele zorgverlening en de zorginstellingen. Ik zal de IGZ verzoeken streng toe te zien op het werken volgens standaarden en protocollen.

### *3.3 Regionale preventie en bestrijding van infectieziekten zonder grote of acute bedreiging van de volksgezondheid*

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor preventie en bestrijding van infectieziekten bij de gehele bevolking. De basis daarvoor is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Infectieziektenwet. GGD'en voeren dit in de praktijk uit.

De belangrijkste knelpunten zijn het onvoldoende werken op basis van

standaarden en de capaciteitsverschillen bij GGD'en als het gaat om de infectieziektebestrijding.

#### **- Bindende kwaliteitsstandaarden**

Op dit niveau van infectieziektebestrijding gaat het om het voorkomen en bestrijden van (de verspreiding van) ziekten als tuberculose, seksueel overdraagbare aandoeningen, legionella en de ziekte van Lyme. Draai-boeken en protocollen bepalen hoe dit in de praktijk gebeurt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert die als de professionele kwaliteitsstandaard en gebruikt ze bij het toezicht. Knelpunt is dat deze standaarden momenteel onvoldoende tot stand komen.

Ik ga dat met het oprichten van de Infectieziekteautoriteit (IZA) veranderen doordat deze de bevoegdheid krijgt die standaarden te ontwikkelen en dwingend voor te schrijven. Ook in het gebrek aan deskundige ondersteuning van de GGD'en zal door de IZA worden voorzien.

#### **- Voldoende capaciteit en kwaliteit bij GGD'en**

Gemeenten moeten zorgen voor voldoende, kwalitatief hoogwaardige, capaciteit om de infectieziekten goed te kunnen bestrijden. De IGZ constateert in de praktijk grote verschillen in de bedragen die gemeenten besteden aan de infectieziektebestrijding. Ook zijn er grote verschillen in de kwaliteit van de uitvoering. Ik vind dit niet acceptabel en zal er op aansturen dat alle gemeenten (voortaan) hun verantwoordelijkheid nemen. Zij moeten ervoor zorgen dat er voldoende geld is om de bestrijding op het door de Inspectie gewenste niveau te brengen.

De uitkomsten van het traject «Versterking infrastructuur infectieziekten» (VISI) kunnen daarbij helpen. GGD Nederland en VNG ontwikkelen hierbinnen, met geld van mijn ministerie, voorstellen om de organisatiewijze, schaalgrootte en deskundigheid van de GGD'en te verbeteren. Ik steun de initiatieven om de kwaliteit van GGD'en te verbeteren zoals certificeren, kwaliteitsbewaking en prestatievergelijking. Kwalitatief goede infectieziektebestrijding vraagt om verdergaande samenwerking in hooguit vijf tot tien bovenregionale gebieden. Ook dit beleid wordt in samenwerking met de VNG en GGD Nederland voorbereid.

Ik ga erop laten toezien dat gemeenten hun wettelijke taken ook waarmaken. Ik vraag de IGZ hierop goed toezicht te houden en zal, indien nodig, aanwijzingen geven aan desbetreffende gemeenten en GGD'en om verbeteringen te realiseren.

#### **- Zonodig dwingender wet- en regelgeving**

De steun van de IZA, de extra inzet van gemeenten en het toezicht van de IGZ moeten leiden tot een betere infectieziektebestrijding op lokaal niveau. Heeft dit geen of onvoldoende resultaat, dan zal ik de vigerende wet- en regelgeving benutten om dit te verbeteren. Daarnaast laat ik nagaan of aanvullende (wettelijke) maatregelen nodig zijn waardoor ik gemeenten die in gebreke blijven effectiever kan bijsturen.

#### **- Landelijke vaccinatieprogramma's**

Een deel van de hedendaagse infectieziekten is goed te voorkomen met preventieve vaccinatie. Daarvoor bestaan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) voor zuigelingen en kinderen en het Nationaal Programma Griepvaccinatie (NPG) voor ouderen vanaf 65 jaar en voor risicogroepen. Bij de uitvoering van beide programma's zijn veel verschillende organisa-

ties betrokken, maar de verdeling van de verantwoordelijkheden is niet altijd duidelijk. Deze versnipperde situatie belemmert een effectieve aansturing, bijvoorbeeld bij de invoering van wijzigingen in de vaccinatieprogramma's.

Ik ga de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen beter vastleggen. Dit betekent ook hier een centrale aansturing door de IZA om kwaliteit en uniformiteit beter te kunnen waarborgen. Ook kan het aantal organisaties (waaronder de entadministraties) naar verwachting kleiner worden en kan ICT zorgen voor doelmatiger werken.

Op het terrein van voorlichting is al een voorschot genomen op de centrale aansturing: de coördinatie ligt sinds juli 2003 bij het RIVM. De feitelijke voorlichting gebeurt nog steeds decentraal bij de consultatiebureaus van de thuiszorginstellingen en de afdelingen jeugdgezondheidszorg van de GGD'en, daar waar de ouders met hun kinderen komen.

### *3.4 Nationale en internationale preventie en bestrijding van infectieziekten met grote of acute bedreiging van de volksgezondheid*

Knelpunten voor dit collectieve niveau zijn de gebrekkige wettelijke basis voor grootschalig en landelijk optreden en de organisatie en schaal van de infectieziektebestrijding. Ook het op landelijk niveau treffen van de noodzakelijke voorbereidingen voor het bestrijden van (dreigende) epidemieën is onvoldoende verankerd. Een ander knelpunt is de gebrekkige afstemming van grootschalige infectieziektebestrijding met veiligheids- en openbare orde aspecten.

De aanpak van deze knelpunten vereist dat op centraal niveau de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden helder en eenduidig georganiseerd zijn. Dat is op dit moment onvoldoende het geval. Zowel de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid als de Infectieziektenwet gaan beide uit van een lokale verantwoordelijkheid. Als compensatie voor dit gemis zijn eerder al het *Outbreak Management Team* (OMT) als platform van inhoudelijke topdeskundigen en het *Bestuurlijk Afstemmingsoverleg* (BAO) als overleg van VWS en relevante lokale en nationale autoriteiten ingesteld. Deze laatste om de adviezen van de deskundigen te vertalen in concrete maatregelen van Minister en verantwoordelijke lokale autoriteiten.

#### **– Wettelijke basis en samenhang met openbare orde en veiligheid**

Regelmatig zijn landelijk uniforme maatregelen noodzakelijk, bijvoorbeeld vanwege een dreiging die bovenregionale gevolgen heeft of omdat schaarse middelen verdeeld moeten worden. Ik moet deze maatregelen in het uiterste geval wettelijk kunnen afdwingen.

Op dit moment zijn er soms te veel schakels en onduidelijke bevoegdheden om slagvaardig te kunnen optreden. Bovendien is de vraag of de bestaande bevoegdheden van de minister van VWS bij (de voorbereiding op) grote of acute bedreigingen van de volksgezondheid voldoende zijn. Ik bekijk nu met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) of de bevoegdheden moeten worden aangepast. Deze actie is in lijn met het streven van het kabinet om ten tijde van crises en rampen vanuit de regering te kunnen besluiten.

De samenhang tussen de (grootschalige) infectieziektebestrijding en de hulpverlening bij rampen wordt versterkt. In zowel het draaiboek pokkenuitbraak als het draaiboek griep пандеміе, recent geactualiseerd in het

licht van de dreiging van een dergelijke uitbraak als gevolg van de vogelpest, zijn beide aspecten reeds in samenhang en balans gebracht. De Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) zorgt voor de samenhang tussen de infectieziektebestrijding en de openbare orde en veiligheid. De Regionaal Geneeskundig Functionaris is het scharnierpunt tussen de infectieziektestructuur bij de GGD'en, de gezondheidszorg en de rampenbeheersing. De Raad voor het openbaar bestuur heeft in 2003 met het rapport *Veiligheid op niveau* geadviseerd over de verdere ontwikkelingen van de 25 veiligheidsregio's. Dit advies en het kabinetsstandpunt hierop bieden goede aanknopingspunten om de infectieziektebestrijding en de rampenbeheersing beter te laten samenwerken.

#### **- Inhoudelijke verantwoordelijkheid Minister van VWS**

De IZA zal de inhoud van het landelijk uniforme beleid straks bepalen. Het huidige OMT gaat op in de IZA. Ik blijf bestuurlijk verantwoordelijk voor de te nemen nationale besluiten, zoals dat nu is georganiseerd in het *Bestuurlijk Afstemmingsoverleg*. Het gaat om zaken als voorlichting en hygiënemaatregelen, het al dan niet gebruiken van (vaak schaarse) middelen als vaccins of andere geneesmiddelen (zoals antibiotica, antivirale middelen, immunoglobulinen). Besluiten over grootschalig gebruik van deze middelen kunnen alleen genomen worden na een medisch-inhoudelijk advies van deskundigen. Het inkopen, financieren en beheren van deze middelen voor crisissituaties gebeurt in opdracht van het Rijk. Het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) speelt hierin een belangrijke rol. Voor de financiering van landelijke maatregelen ontwikkel ik nadere voorstellen. Bij het goed voorbereid zijn hoort ook het kunnen verrichten van diagnostiek op onbekende en gevaarlijke ziekteverwekkers. Hiervoor dient de rijksoverheid te beschikken over een laboratorium met een hoog veiligheidsniveau (Bio Safety Level 4, het hoogste veiligheidsniveau). De voorbereidingen voor de bouw van een dergelijk laboratorium bij het RIVM zijn inmiddels ver gevorderd, zij het dat de financiering nog moet worden geregeld.

#### **- Decentrale uitvoering**

Ook bij het bestrijden van infectieziekten met een nationaal of internationaal karakter is de decentrale uitvoering van groot belang. Zo kunnen schaarste, distributieproblemen of isolatiemaatregelen leiden tot dreigende openbare-ordeproblemen. Op lokaal niveau komen de effectieve infectieziektebestrijding en het handhaven van de openbare orde bij elkaar.

Een zware taak rust op de schouders van het lokale bestuur om de noodzakelijke landelijke maatregelen optimaal uit te voeren. De rampenstructuur en met name de GHOR spelen hierbij een sleutelrol. De huidige schaalgrootte van de GGD'en is daarbij een probleem. Ik zou het zeer op prijs stellen als er maximaal 25 GGD'en komen die ten minste op de schaal van de veiligheidsregio's georganiseerd zijn. Dat proces is in een aantal regio's gaande of gerealiseerd. Ik vertrouw erop dat de overige, betreffende gemeentebesturen deze opschaling voortvarend aanpakken. Thans zijn er nog 40 GGD'en.

#### *3.5 Internationale afstemming en samenwerking*

Op voorstel van de Europese Commissie hebben de Europese Raad van ministers van Volksgezondheid en het Europees Parlement ingestemd met de oprichting van een Europees centrum voor preventie en bestrijden van ziekten, het *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDPC). Het centrum gaat in 2005 in Stockholm van start.



Het ECDPC helpt landen door het verzamelen, interpreteren en verspreiden van gegevens over bestaande en nieuwe risico's en door tijdig te waarschuwen bij calamiteiten. Ook gaat het centrum de landen advies geven over de risico's en de te nemen maatregelen en gaat het informatie verstrekken waarmee de lidstaten de burgers goed kunnen voorlichten. De afzonderlijke lidstaten blijven zelf verantwoordelijk voor het uitvoeren van de bestrijdingsmaatregelen.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) krijgt een grotere rol in de infectieziektebestrijding, zoals blijkt uit de herziening van de *International Health Regulations*. Volgens deze voorstellen krijgt de WHO meer bevoegdheden bij het signaleren en interpreteren van mogelijke acute dreigingen van de internationale volksgezondheid, en meer bevoegdheden bij het adviseren en controleren van de respons op deze dreigingen. Hiervoor zal de WHO nauw samenwerken met de bevoegde instanties in de deelnemende landen.

#### **- Een volwaardige gesprekspartner**

Nederland moet wat mij betreft een nationale organisatie hebben die een volwaardige professionele gesprekspartner is voor het ECDPC en de WHO. De IZA draagt straks niet alleen bij aan het beter bestrijden van infectieziekten in Nederland, maar onderhoudt ook de internationale professionele contacten met ECDPC en WHO en indien nodig met andere professionele organisaties.

#### **4 Samenvattend**

Deze strategiebrief gaat vooral over aspecten van infectieziektebestrijding waarvan iedereen het erover eens is dat die verbeterd moeten en kunnen worden. De belangrijkste (algemene) knelpunten zijn:

- Soms onvoldoende kwaliteit, gelijke aanpak en capaciteit van de uitvoering van de infectieziektebestrijding.
- Versnippering van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden over veel instanties zonder een helder aanspreekpunt.
- Onvoldoende mogelijkheden om zowel in reguliere als in crisissituaties vanuit de landelijke overheid te beslissen over het beleid en de uitvoering.
- Onvoldoende voorbereiding op rampen. Dat geldt ook voor het maken van afspraken tussen infectieziektebestrijding en reguliere rampenbestrijding.
- Te weinig internationale afspraken voor nieuwe dreigingen die vaker bovennationaal zijn.

Kort en goed zijn de belangrijkste maatregelen om de infectieziektebestrijding de komende jaren te verbeteren:

- Ik ga een Infectieziekteautoriteit (IZA) oprichten om nationaal en internationaal een duidelijk aanspreekpunt te hebben voor partijen in de infectieziektebestrijding. De IZA kan daarnaast in Nederland partijen op professioneel gebied aansturen en ondersteunen.
- Ik spreek andere partijen die betrokken zijn bij de infectieziektebestrijding op individueel en collectief niveau op hun verantwoordelijkheid aan om hun taken op een kwalitatief goede manier uit te voeren.
- Ik vraag de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierop nauwlettend toe te zien en indien nodig aanwijzingen te geven voor verbetering.
- Ik ga na of het nodig is de huidige wettelijke bevoegdheden aan te passen om meer sturing van de rijksoverheid mogelijk te maken.

Deze acties en de blijvende inzet van de vele deskundige professionals die betrokken zijn bij de infectieziektebestrijding moeten een stevige basis

leggen voor een goede aanpak en het voorkomen van risico's van (crises met) infectieziekten in Nederland.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst