

Annotatie Begeleidingscommissie Governance wet Publieke Gezondheid 4 maart 2021

Algemeen

- In dit stadium vooral observeren (rustig, maar waakzaam)
- Gebrek aan kennis over het verleden aanvullen, misverstanden recht zetten.
- Niet met institutionele pet op, maar vanuit 'hoe brengen we het maatschappelijk probleem verder'.

Terugkoppeling van ambtelijke werkgroep d.d. 23-02-2021

- Je zag meteen "twee groepen". Sommigen zaten vooral aan tafel rond de governance infectieziekten en anderen juist voor het gezondheidsbevorderingsvraagstuk. Maar gelukkig ook wat mensen die de verbinding tussen de twee zagen.
- We hebben onze punten wel naar voren kunnen brengen maar ik weet niet of er wat mee gaat gebeuren. 1. Geen overhaaste besluiten nemen, kijk vooral naar wat de GGD zou kunnen zijn/worden; 2. Trek het breder dan alleen de 2 punten uit de opdracht
- Opdracht 5.1.2e gaat schrijven, zij sturen ons steeds stukken waar wij op moeten reageren.
- Concrete vraag voor deze week:
 - 5.1.2e gaat een heleboel mensen interviewen. Aan ons de vraag om aanvullingen door te geven. **We hebben 5.1.2e en 5.1.2e toegevoegd aan de lijst.**
 - Reactie op conceptversie Startnotitie. We kregen de startnotitie pas donderdag eind van de dag en moesten vrijdag voor 16.00 uur reageren. **We hebben aangegeven dat dat te kort dag is en dat wij onze bevindingen meegeven aan 5.1.2e in de begeleidingscommissie.**
- Persoonlijk gevoel. Uitkomst van notitie met scenario's is al in grote lijnen bekend. Wij zullen niet of op details invloed kunnen hebben. Dus goed kiezen waar we een punt van willen maken.

Ad 2. Bespreking startnotitie

T.a.v. infectieziekten is de startnotitie is een vrij genuanceerde beschrijving van de huidige situatie en context, knelpunten en verworvenheden. De complexiteit wordt goed weergegeven.

Door de opzet van dit traject krijgt het feitelijk ook een evaluatie karakter. Dat betekent dat alle inzichten die hier worden opgedaan als het ware meereizen naar (en uitgangspunt worden van) lopende en nog te starten evaluaties.

- Je kunt opmerken dat je blij bent dat er uitgebreid de ruimte wordt genomen voor een goede probleemanalyse. Deze analyse is heel belangrijk en moet niet vanwege de tijdsdruk worden afgeraffeld. Het probleem moet echt helder zijn (een duidelijk uitgeschreven diagnose zoals bij preventie), vóóordat we met elkaar over oplossingen praten. We moeten niet met oplossingen op zoek gaan naar problemen.

Een paar dingen die opvallen in de notitie:

- De rol van Cib/LCI wordt in dit stuk gefocust op het opstellen van professionele richtlijnen. De bredere coördinatie op inhoud en samenhang met eerste en tweedelijns gezondheidszorg mist.
- Rondom testen wordt niet gesproken over de rol van laboratoria, andere afnemers van monsters en de rol van het LCI en IDS.
- Bij de knelpunten m.b.t. infectieziekten bestrijding ligt de focus nog steeds voornamelijk bij de uitbraakbestrijding, maar er lijkt weinig aandacht te zijn voor het inperken van de (negatieve) neveneffecten van het gevoerde beleid. Het lijkt bijna een definitiekwestie, over hoe breed of smal je crisisbestrijding/-beheersing opvat. Behoort de PSH en GOR (en misschien de communicatie) rondom een A-ziekte ook bij de verantwoordelijkheden van de minister van VWS? Daar is de wet PG niet expliciet over, maar zou in de praktijk wel bijdragen aan een betere crisisbestrijding en het voorkomen van 'de ramp na de ramp'.

Vanuit perspectief RIVM is het belangrijk om de professionele ordening van de publieke component (GGD/RIVM) in ons zorgstelsel te versterken. Dat gaat vooral over het tweede onderdeel (preventie) maar raakt ook de infectieziektebestrijding. Dat laatste zowel inhoudelijk (infectieziektebestrijding begint bij je eigen immuunsysteem en dat is gebaat bij een gezonde leefstijl) als processueel (een sterkere GGD in koude fase is ook handig ten tijde van een crisis).

Toevoeging bij onderdeel uitdagingen (knelpunten) m.b.t. preventie

- 4e knelpunt: VWS is zelf mede veroorzaker van versnippering door alle landelijke programma's (incl. monitoring) die vanuit verschillende directies van VWS worden geïnitieerd.
- 5e knelpunt: Gemeenten maken nog onvoldoende gebruik van wetenschappelijk onderbouwde kennis terwijl deze wel beschikbaar is. Dat pleit voor een regionale kennisinfrastructuur maar ook het toepasbaar maken van wetenschappelijke kennis voor de praktijk.
- Bij Financiering: Durf ook te benoemen dat er gewoon weinig geld naar preventie gaat. Budget dat naar preventie gaat staat niet in verhouding tot budget dat naar 1e en 2e lijnszorg gaat
- De discussie focust heel erg op preventie in de zorg, maar we zouden hem breder willen trekken naar hoe je preventie in de zorg (vergoed vanuit zorgverzekeraar) verbindt met collectieve preventie (vergoed vanuit wPG).
- Ook worden gezondheidsbevordering en preventie door elkaar gebruikt, maar is niet 1-op-1 hetzelfde. Het wekt de indruk dat preventie en gezondheidsbevordering alleen gezien wordt als het beïnvloeden van leefstijl en gedrag (met m.n. een verantwoordelijkheid bij de partijen in de zorg, wmo, etc), terwijl ook binnen en buiten de GGD andere domeinen zijn (MMK, ruimtelijke ordening, milieu, huisvesting, etc) die een rol hebben in preventie. Die integraliteit met andere beleidsdomeinen zou duidelijker als randvoorwaarde gesteld mogen worden.

Toevoeging bij verworvenheden op Infectieziektenbestrijding:

- Normaliter (dus niet in crisistijd) is de relatie tussen GGD en regionale zorgpartners zoals huisartsen en ziekenhuizen goed en ook essentieel om het werk goed te kunnen doen.
- En een tweede verworvenheid die zich in de crisis openbaart is het belang van infectieziektepreventie/hygiëneadviesing. GGD-en waar dit goed is ingericht (met DIP-ers) zijn veel slagvaardiger dan GGD-en waar dit niet goed is ingericht.

Toevoeging bij verworvenheden op preventie:

- In regio's waar de relatie tussen de GGD en gemeente goed is en de gemeente ook investeert in de GGD, daar is de GGD professioneel en slagvaardig. In regio's waar de GGD is uitgekleeft hebben GGD-en weinig slagkracht meer, wat er vervolgens toe leidt dat gemeenten niet tevreden zijn over hun GGD. Dus investeren loont en zou ook de ambitie van deze opdracht moeten zijn.

Toevoeging bij afwegingskader:

- Bij effectiviteit: met name aandacht voor inzet wetenschappelijk onderbouwde kennis.
- Bij financiële prikkels in systemen: ook de hoeveelheid financiën dat naar [preventie gaat.

De notitie beschrijft dat mogelijke scenario's die positief uitwerken voor beide velden een grote meerwaarde hebben dan een scenario die positief uitwerkt voor één van de velden. De beide vraagstellingen zijn inhoudelijk natuurlijk wel verbonden, maar qua organisatie, betrokken partijen e.d. ook van een andere orde. De vraag is dan ook of een voor beiden vergelijkbare oplossing mogelijk zou (moeten) zijn. Overeenkomstig waar het kan, differentiatie waar het moet.

Ad 3. Planning

De planning is erg ambitieus. Het is denkbaar dat de beschikbare tijd te kort is voor voldragen scenario's. Benadruk in dit kader de noodzaak van een goede probleemanalyse. Een alternatief richting kabinetsformatie is dat in gezamenlijk een aantal probleemgebieden zijn geïdentificeerd die door het nieuwe kabinet geadresseerd moeten worden.

Ad 4. Overzicht te interviewen personen

- 5.1.2e stond eerst op de lijst, is er nu vanaf. Het voorstel is om hem bij interview met 5.1.2e aan te laten sluiten.
- In de lijst mist nog deskundigheid t.a.v. infectieziektenbestrijding. Suggesties zijn:
 - 5.1.2e
 - 5.1.2e
 - 5.1.2e

Ter info 5.1.2e geeft op donderdag 4 maart een presentatie aan het MT + enkele medewerkers van PG over hoe de bestuurlijke inrichting van de infectieziektebestrijding nu precies in elkaar zit en licht daarbij toe welke discussies in 2008 al gevoerd zijn.