

Het stelsel van infectieziektenbestrijding in Nederland op grond van het eerste halfjaar pandemie Covid 19

Artikel is eerder geplaatst in Nieuwsbrief Zorg & Innovatie, 7 november 2020

Een beschouwing t.a.v. het publieke deel van de zorg door Paul van der Velpen.

In de wet publieke gezondheid (WPG) is de taakverdeling tussen Rijk, gemeenten, huisartsen en anderen t.a.v. Infectieziekten bestrijding vastgelegd. In die wet zijn ook de internationale afspraken verankerd. In de reguliere situatie hebben gemeenten een belangrijke rol. Die taak moeten ze beleggen bij een Gemeentelijke Gezondheidsdienst. Dus hoeveel infectieziekten-artsen, verpleegkundigen, deskundigen infectieziektenbestrijding etc. die GGD in dienst heeft wordt bepaald door iedere gemeente.

Ten tijde van een pandemie/epidemie komt de regie, voor zolang het een medisch probleem is, te liggen bij de minister van VWS. Ook dat staat in de wet. Ook als een ziekte op de A-lijst wordt geplaatst omdat er sprake is van een onbekend virus, komt de regie en de bijbehorende bekostiging bij deze minister te liggen.

Tot zover helder. Werken de afspraken zoals vastgelegd in de wet ook in Covid-tijd? Zijn er verbeteringen nodig? Om 'n voorzet te doen haal ik drie onderdelen naar voren en laat andere taken (overzicht houden van de verspreiding van virus, isoleren en in quarantaine plaatsen, burgemeester adviseren over maatregelen)

Test-infrastructuur

Opvallend is dat over testen niets in de WPG is geschreven. Regulier is het de huisarts (bij TBC, geslachtsziekten ook de GGD) die bij een laboratorium een test aanvraagt, en de uitslag met de betrokkene bespreekt. Voor een pandemie staat er niets in de WPG. De minister heeft in april GGD'en gevraagd zo'n test-infrastructuur te bouwen.

1. Er zijn ruim 100 testlocaties, die 7 dagen per week 12 uur testen uitvoeren. In mei werden 10.000 testen per dag uitgevoerd, nu (oktober) bijna 40.000;
2. Er zijn landelijk afspraken gemaakt met laboratoria. Dat was best lastig, want de labs zijn elkaars concurrent. En er is een complexe logistiek ingericht tussen de tientallen labs en de testlocaties;
3. Er is een landelijk call center dat 7 dagen per week van 8 tot 20.00 bemenst is. Daar kunnen mensen een test aanvragen. Die test kan overal in het land worden uitgevoerd;
4. Er is sinds 12 augustus ook een website waar mensen zelf een test kunnen aanvragen en hun testuitslag kunnen inzien;
5. Er is een ICT-systeem gebouwd om 25 GGD'en, het RIVM, het landelijk callcenter en de website met elkaar te verbinden.

Het is opvallend dat we ons hebben voorbereid op een pandemie met draaiboeken en oefeningen, maar vergeten zijn afspraken t.a.v. een test-infrastructuur te maken. Dat moest tijdens de crisis gebeuren. Dit kost de GGD'en veel inspanning, terwijl het niet hun wettelijke taak is. Testen, het bron-en contactonderzoek en landelijk call center zijn nu qua proces, qua informatiestromen zo met elkaar verweven dat het nadelig is om het alsnog uit elkaar te trekken, zoals sommigen voorstellen.

Bron- en contactonderzoek

Het doen van Bron- en contactonderzoek is krachtens de wet publieke gezondheid wel een taak van de GGD:

1. Ook dit deel van infectieziektenbestrijding wordt in reguliere situatie gefinancierd door gemeenten.
2. Ook hiervoor geldt: zodra er sprake is van een epidemie/pandemie verschuift de regie van gemeente/veiligheidsregio naar de Minister. De minister kan dan besluiten dat bron- en contactonderzoek moet worden opgeschaald. Dat is gebeurd. Er zijn massaal nieuwe medewerkers geworven en geschoold. Dat is een continu proces: er wordt steeds verder opgeschaald en nieuwe medewerkers die vertrekken moeten weer vervangen worden. Daar doet zich een bottleneck voor: die scholing moet gebeuren door ervaren artsen en verpleegkundigen. Maar die zijn er te weinig. Want in de reguliere situatie, voor de crisis, is door de gemeenten heftig bezuinigd op infectieziekten bestrijding bij GGD'en. De ervaren medewerkers heb je ook nodig voor het inrichten van je ICT-systeem, voor het adviseren van scholen, gemeenten én voor het supervisie houden op de nieuwe medewerkers.

Gezondheidsbevordering

Eén van de lessen die deze pandemie ons leert is: virussen en bacteriën verspreiden zich niet, dat doen mensen en dieren. Mensen voorlichten over passend gedrag, is integraal onderdeel van infectieziekten bestrijding. Omdat een goede gezondheid het risico op nadelige gevolgen van een besmetting verkleint, zou je verder moeten gaan dan voorlichting en investeren in gezondheidsbevordering.

Aanbevelingen

Deze korte reflecties betreffen het publieke deel van de zorg (en niet de veel omvangrijker curatieve sector) en leiden tot vijf aanbevelingen.

1. In de wet publieke gezondheid staat dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor infectieziekten bestrijding in reguliere situatie. In de afgelopen maanden zijn de voordelen gebleken van infectieziekten bestrijding in lokale situatie (advies van gemeenten, scholen en verzorgingshuizen, casus arbeidsmigranten etc.). VWS kan inspectie opdragen om uit te zoeken of GGD' en voldoende budget van gemeenten krijgen om aan de zogenaamde Visi-normering te voldoen;
2. Dat de minister de regie overneemt bij een epidemie/pandemie, ligt voor de hand. Maar hóé die regie wordt geregeld staat niet in de wet. Bestuurlijk is er een gat tussen het Rijk en de 25 (veiligheids)regio's. Op dit punt zullen de WPG, de wet veiligheidsregio's en de wet op het RIVM aangepast moeten worden.
3. VWS zou het voortouw moeten nemen om de functie testen ten tijde van een pandemie/epidemie te borgen. Het ligt voor de hand om het RIVM daarbij een landelijke rol te geven om test-infrastructuur op vaakvlamniveau te onderhouden en voor te bereiden op diverse scenario's (elke infectieziekte stelt andere eisen aan test-functie). Daarbij handig om beter gebruik te maken van de reguliere rol van huisartsen als het gaat om testen.
4. Gezondheidsbevordering is een gemeentelijke taak. Maar kent geen normering. Er is de afgelopen jaren zodanig op bezuinigd dat er GGD' en zijn die nauwelijks capaciteit hebben. Een adequate normering is nodig zodat gemeenten een relevante rol kunnen spelen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl.
5. Een les uit de praktijk is dat we schakelcapaciteit nodig hebben. Dus een aantal infectieziekten artsen, verpleegkundigen, epidemiologen, misschien ook microbiologen die vanaf het moment dat de minister de regie neemt landelijk worden aangestuurd, en b.v. kunnen worden ingezet in de regio's waar de epidemie/pandemie zich het eerst voordoet.

In elk geval punt 3 en 5 komen voor rekening van het Rijk. Je kunt niet verwachten dat 355 gemeenten hun GGD'en zullen financieren om test-infrastructuur op waakvlamniveau te onderhouden en schakelcapaciteit in te richten, voor het geval er een nieuwe pandemie komt.