

Bundel – Bestuurscommissie Gezondheid van 2 juli 2025

Agenda bijlagen

Agenda Bestuurscommissie Gezondheid 2 juli 2025

Bijlage RvO 2025 BC-G versie april 2025

- 1 12:00 – Opening en vaststelling agenda
- 2 12:05 – Mededelingen en ingekomen stukken
 - 2.1 Mondelinge mededeling
 - 2.1.1 Wethouders bijeenkomst 11 september 2025
 - 2.1.2 Overgang naar Signal
 - 2.1.3 Stand van zaken “JGZ onder druk”
 - 2.2 Schriftelijke mededelingen
 - 2.2.1 Stand van zaken monitors
 - Agendapunt 2-2-1 Stavaza monitors
 - 2.3 Ingekomen stukken
 - 2.3.1 Bac PG van 16 april 2025
 - Agendapunt 2-3-1 0 annotatie 01. Agenda online vergadering BAC PG 16 april 2025
 - Agendapunt 2-3-1 01. Agenda online vergadering BAC PG 16 april 2025
 - Agendapunt 2-3-1 02. Concept verslag BAC PG 12 februari 2025
 - Agendapunt 2-3-1 03. Oplegnotitie MAZ BAC PG_2025 04 16
 - Agendapunt 2-3-1 04. Oplegnotitie BacPG LCPI april 2025
 - Agendapunt 2-3-1 04a. Bijlage Landelijk_Crisisplan_Infectieziekten_v4.5
 - 2.4 Terugkoppeling Linking pins
 - 2.4.1 Zorg en Veiligheid: De mentale gezondheidsnetwerken en de wijk GGZ/GGZ in het netwerk
- 3 12:15 – Verslag en actie- en besluitenlijst 2 april
 - Agendapunt 3-1 Conceptverslag Bestuurscommissie Gezondheid – 2 april 2025
 - Agendapunt 3-2 Actie- en besluitenlijst Bestuurscommissie Gezondheid d.d. 2 april 2025
- 4 12:20 – Opbrengst toekomstbestendige GGD
 - Agendapunt 4 Infographic Toekomstbestendige GGD
- 5 12:30 – Besparingsvoorstel(len) GGD
 - Agendapunt 5-1 Oplegnotitie besparingsscenario's versie BC's 2 juli
 - Agendapunt 5-2 voorstel van DB tav besparingsscenario's tbv BC's 2 juli
- 6 12:45 – Stand van zaken responstijden AGM
 - Agendapunt 6-1 Oplegger update prestaties responstijden AGM
 - Agendapunt 6-2 memo update prestaties responstijden AGM
- 7 12:55 – Rondvraag en sluiting

AGENDA

Overleg : Bestuurscommissie Gezondheid
Datum : 2 juli 2025
Tijd : 12.00 – 13.00 uur
Plaats : Arnhem, Stadhuis, Raadszaal

AGENDAPUNTEN:

1. Opening en vaststelling agenda 5 min.
2. Mededelingen en ingekomen stukken 10 min.
 - 2.1 Mondelinge mededeling
 - 2.1.1 Wethouders bijeenkomst 11 september 2025
 - 2.1.2 Overgang naar Signal
 - 2.1.3 Stand van zaken “JGZ onder druk”
 - 2.2 Schriftelijke mededelingen
 - 2.2.1 Stand van zaken monitors
 - 2.3 Ingekomen stukken
 - 2.3.1 Bac PG van 16 april 2025
 - 2.4 Terugkoppeling Linking pins
 - 2.4.1 Zorg en Veiligheid: De mentale gezondheidsnetwerken en de wijk GGZ/GGZ in het netwerk
3. Verslag en actie- en besluitenlijst 2 april vaststellen 5 min.

VGGM Algemeen

-

Publieke Gezondheid

4. Opbrengst toekomstbestendige GGD informierend, 10 min.
5. Besparingsvoorstel(len) GGD adviserend, 15 min.

Ambulancezorg

6. Stand van zaken responstijden AGM informatief, 10 min.

Overig

7. Rondvraag en sluiting 5 min.

Bijlage: Reglement van orde bestuurscommissie Gezondheid

BESLUIT

De bestuurscommissie gezondheid van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden,

gezien het voorstel van het dagelijks bestuur van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden;

gelet op het bepaalde in artikel 22 van de Wet gemeenschappelijke regelingen en artikel 11, lid 4 en artikel 24, lid 2 en 3 van de gemeenschappelijke regeling Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden, hierna te noemen "de regeling";

gelet op het bepaald in het 'Instellingsbesluit bestuurscommissies Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden'

besluit vast te stellen:

Reglement van orde van de bestuurscommissie gezondheid van Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

- De voorzitter: de voorzitter van de bestuurscommissie of diens plaatsvervanger.
- De secretaris: degene die de bestuurscommissie en de voorzitter bij de uitoefening van hun taak terzijde staat.
- Amendement: voorstel tot wijziging van een voorgesteld besluit;
- Motie: verklaring over een onderwerp waarmee een oordeel, wens of verzoek wordt uitgesproken;
- Voorstel van orde: voorstel over de orde van de vergadering;
- Initiatiefvoorstel: voorstel van een lid van de bestuurscommissie Veiligheid;
- De regeling: de gemeenschappelijke regeling Veiligheids-en Gezondheidsregio Gelderland-Midden.

Artikel 1. Samenstelling

1. Overeenkomstig de wijze als in artikel 24 van de regeling is bepaald en verder is uitgewerkt in artikel 7 van het Instellingsbesluit bestuurscommissies Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden bestaat de bestuurscommissie Gezondheid uit leden van het college van de deelnemende gemeenten. Elk college van de gemeente kan één collegelid benoemen als lid van de bestuurscommissie.
2. Als adviseurs worden voor de vergadering van de bestuurscommissie Gezondheid uitgenodigd:
 - a. De directeur publieke gezondheid en de directeur brandweer
 - b. Andere functionarissen, van wie de aanwezigheid in verband met de te behandelen onderwerpen van belang is, kunnen door de voorzitter worden uitgenodigd.

Artikel 2. Voorzitter

1. De voorzitter is belast met het leiden van de vergadering, het handhaven van de orde en het toepassen en doen naleven van dit reglement.
2. De bestuurscommissie wijst een van zijn leden aan die de voorzitter bij afwezigheid vervangt als voorzitter van de bestuurscommissie.
3. De voorzitter kan besluiten tot verdaging of schorsing van de vergadering van de bestuurscommissie.
4. De voorzitter is tevens lid van het dagelijks bestuur met de portefeuille gezondheid en kan vanuit die hoedanigheid leden van de bestuurscommissie vragen om op thema's te fungeren als bestuurlijk trekker namens de bestuurscommissie.

Artikel 3. Dagelijks bestuur

1. In overeenstemming met artikel 17 tweede lid onder b van de gemeenschappelijke regeling VGGM is het dagelijks bestuur verantwoordelijk voor de voorbereiding van al hetgeen aan de bestuurscommissie ter overweging en beslissing wordt voorgelegd.
2. Het dagelijks bestuur stelt vóór de aanvang van elk kalenderjaar een bestuurlijke vergaderrooster voor het algemeen bestuur en de bestuurscommissies op.

Hoofdstuk 2. Vergaderingen

Paragraaf 1. Voorbereiding

Artikel 4. Oproep en agenda

1. De secretaris zendt namens de voorzitter tenminste 10 werkdagen voor een vergadering de leden een schriftelijke oproep en de voorlopige agenda met de daarbij behorende stukken. De agenda en vergaderstukken worden digitaal verstrekt.
2. In spoedeisende gevallen kan de voorzitter na het verzenden van een schriftelijke oproep een aanvullende agenda opstellen. Zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk 48 uur voor aanvang van de vergadering wordt deze met de daarbij behorende stukken aan de leden gezonden.
3. Op de stukken, bedoeld in het eerste en tweede lid, is artikel 5, derde lid, van toepassing.
4. De agenda wordt bij aanvang van een vergadering door de bestuurscommissie vastgesteld.
5. De rol van secretaris wordt uitgeoefend door de directeur publieke gezondheid of bij diens afwezigheid door de directeur brandweer.

Artikel 5. Openbare kennisgeving

1. Vergaderingen van de bestuurscommissie worden ter openbare kennis gebracht door aankondiging op de website van VGGM.
2. Stukken die ter toelichting van de onderwerpen of voorstellen op een agenda dienen, worden gelijktijdig met het verzenden van de schriftelijke oproep en agenda op de website van VGGM geplaatst.
3. Informatie van de bestuurscommissie of aan de bestuurscommissie verstrekte informatie waaromtrent geheimhouding is opgelegd, blijft in afwijking van het eerste en tweede lid onder berusting van de secretaris. Deze stukken worden uitsluitend versterkt aan de leden

van de bestuurscommissie en de adviseurs die hiertoe ingevolge de regeling door de voorzitter zijn uitgenodigd aanwezig te zijn.

Artikel 6. Quorum

1. Nadat de voorzitter is gebleken, dat meer dan de helft van het aantal zitting hebbende leden van de bestuurscommissie aanwezig is, opent hij op het bepaalde tijdstip de vergadering.
2. Indien een kwartier na de bepaalde aanvangstijd meer dan de helft van het aantal zitting hebbende leden van de bestuurscommissie niet is opgekomen, heft de voorzitter de bijeenkomst op.
3. Indien in een vergadering minder dan de helft van het aantal zitting hebbende leden van de bestuurscommissie aanwezig is, belegt de voorzitter, onder verwijzing naar dit artikel opnieuw een vergadering tegen een tijdstip, dat tenminste twee weken na het versturen van de oproeping daartoe is gelegen en waarin over de voor de eerste vergadering geagendeerde onderwerpen kan worden besloten ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden. Wanneer sprake is van spoedeisendheid kan de tweede vergadering op kortere termijn dan genoemde twee weken worden belegd.
4. Bij toepassing van het gestelde in het derde lid is het gestelde in het tweede lid ten aanzien van de nieuwe vergadering niet van toepassing.
5. Een lid kan zich laten vervangen in de vergadering, op voorwaarde dat vooraf wordt aangegeven wie de vervanger is en dat er een formeel collegebesluit beschikbaar is. In dit besluit wordt vastgelegd welk collegelid het lid vervangt. Als alternatief kan het standpunt van het afwezige bestuurscommissielid via een ander lid in de vergadering worden ingebracht indien voorafgaand aan de vergadering een schriftelijke machtiging hiertoe is overdragen aan de voorzitter.

Artikel 7. Notulen

1. Na de opening en de mededelingen stelt de voorzitter de vaststelling van de notulen van de vorige vergadering aan de orde.
2. De notulen bevatten: a. de datum, tijd van aanvang en plaats van de vergadering; b. de namen van de aanwezige en afwezige leden, met vermelding van een eventueel ontvangen bericht van verhindering; c. een samenvattend verslag van het ter vergadering besprokene en verhandelde; d. een duidelijke omschrijving van de genomen besluiten met vermelding van de wijze waarop elk besluit tot stand is gekomen en welk bestuursorgaan het besluit genomen heeft; e. de volledige uitslag van de gehouden stemmingen.
3. De concept-notulen worden binnen vier weken na de vergadering beschikbaar gesteld aan de deelnemers van de vergadering waarbij de deelnemers vervolgens vier weken de tijd hebben om op- en aanmerkingen of feedback op de notulen te geven.
4. De notulen worden in de eerstvolgende vergadering definitief vastgesteld. Vastgestelde notulen worden door de voorzitter ondertekend en door de secretaris mede-ondertekend en gearhiveerd.
5. Van de vergaderingen van de bestuurscommissie worden geen geluids- en beeldregistraties vastgelegd.

Artikel 8. Het doen van voorstellen

1. Elk lid van de bestuurscommissie is bevoegd voorstellen te doen.
2. De voorzitter mag, ook tijdens de vergadering en eventueel namens het dagelijks bestuur, voorstellen om een onderwerp te bespreken dat niet op de agenda staat.
3. De vergadering beslist of en wanneer zodanig voorstel in behandeling wordt genomen.

Artikel 9. Amendementen

1. De voorzitter en de leden zijn bevoegd tijdens de vergadering amendementen in te dienen voor zover de amendementen betrekking hebben op belangen die het lid overeenkomstig de regeling behartigt.
2. Amendementen worden schriftelijk ingediend bij de voorzitter.
3. Amendementen moeten bij voorkeur zodanig zijn geredigeerd dat zij naar de vorm direct kunnen worden opgenomen in het voorstel waarop zij betrekking hebben.
4. Vóórdat wordt gevraagd of een amendement wordt ondersteund, stelt de voorzitter de voorsteller desgevraagd in de gelegenheid de strekking daarvan beknopt mondeling toe te lichten.
5. Beraadslaging over amendementen vindt plaats naar rangorde van strekking met dien verstande dat het amendement van de eerste strekking de voorrang heeft, en zo vervolgens. Over de draagwijdte van het amendement beslist in geval van twijfel de voorzitter.

Artikel 10. Voorstel van orde

1. De voorzitter en elk lid kunnen tijdens de vergadering mondeling een voorstel van orde doen.

Artikel 11. Het indienen van een motie

1. Elk lid kan tijdens de beraadslaging een voorstel tot het aannemen van een motie indienen betreffende een aan de orde zijnde onderwerp.
2. Een voorstel tot het aannemen van een motie moet schriftelijk bij de voorzitter worden ingediend.

Artikel 12. Beraadslaging en volgorde sprekers

1. Geen lid voert het woord zonder het aan de voorzitter te hebben gevraagd en het van deze te hebben verkregen.
2. De voorzitter verleent het woord in de volgorde waarin het is gevraagd.

3. Van deze volgorde kan worden afgeweken indien een lid het woord vraagt over een persoonlijk feit of om een voorstel van orde in te dienen.
4. De voorzitter beslist of iets een persoonlijk feit vormt.
5. De voorzitter is bevoegd het woord te voeren zo dikwijls het hem wenselijk voorkomt.

Artikel 13. Bepaling van orde voor de leden

1. Een spreker mag in zijn rede niet worden gestoord, behoudens de bevoegdheid van de voorzitter om hem te herinneren aan het in acht nemen van het reglement van orde. Interrupties zijn toegestaan.
2. Indien een spreker van het onderwerp dat in behandeling is, afwijkt, brengt de voorzitter hem zulks onder het oog en roept hem tot de behandeling van het onderwerp terug.
3. Indien een spreker zich beledigende of onvoegzame uitdrukkingen veroorlooft of, op welke wijze ook, de orde verstoort, wordt hij door de voorzitter tot de orde geroepen.
4. Indien een spreker voortgaat met van het onderwerp af te wijken, beledigende of onvoegzame uitdrukkingen te gebruiken, de orde te verstoren of niet voldoet aan de uitnodiging van de voorzitter bedoeld in artikel 12, lid 1, ontnemt de voorzitter hem het woord. Hiervan is beroep op de vergadering niet toegelaten.
5. In de vergadering waarin dit plaats heeft, mag het lid, aan wie het woord is ontnomen, aan de beraadslagingen over het onderwerp dat in behandeling is, niet meer deelnemen.

Artikel 14. Stemming

1. Na de sluiting van de beraadslaging wordt tot stemming overgegaan. Besluiten worden bij acclamatie genomen, tenzij een der leden om een stemming verzoekt. De notulen van de vergadering vermelden de uitslag van de stemming.
2. De leden stemmen als vertegenwoordiger van het college van deelnemende gemeenten.
3. De bestuurscommissie besluit met een gewone meerderheid van de geldig uitgebrachte voor- en tegenstemmen. Elk lid heeft één stem. Als de stemmen gelijk staan, beslist de stem van de voorzitter.
4. Een stemming is alleen geldig indien meer dan de helft van het aantal leden daaraan heeft deelgenomen.
5. Het derde lid is niet van toepassing in een vergadering als bedoeld in artikel 6, lid 3, voor zover het betreft onderwerpen die in de daaraan voorafgaande ingevolge artikel 6, lid 2 opgeheven bijeenkomst aan de orde waren gesteld.
6. Indien stemming plaatsvindt via stembriefjes, worden deze onder toezicht van de voorzitter en de secretaris geteld om transparantie en nauwkeurigheid te waarborgen.
7. Leden hebben de mogelijkheid om een hertelling van de stembriefjes te verzoeken indien zij twijfels hebben over de uitslag.

8. De stemming geschiedt eerst over de amendementen naar rangorde van strekking en vervolgens over het voorstel in zijn geheel, tenzij de bestuurscommissie na stemming over de amendementen de voorkeur geeft aan het stemmen over de onderdelen of artikelen van het voorstel.
9. De voorzitter brengt als laatste zijn stem uit.
10. Elk lid heeft het recht in het verslag te doen aantekenen dat hij zich met een zonder hoofdelijke stemming genomen besluit niet kan verenigen, zonder toevoeging van redenen voor zijn standpunt.

Artikel 15. Stemming over personen

1. Wanneer bij het doen van een keuze, voordracht of aanbeveling van personen het voorstel is beperkt tot één persoon voor elke te vervullen vacature, wordt geen stemming gehouden, tenzij een der leden dit verlangt.
2. Onder het uitbrengen van een stem wordt verstaan het inleveren van een behoorlijk ingevuld gesloten en ongetekend stembriefje.
3. De vertegenwoordiging van elke deelnemende gemeente heeft één stem.
4. Een stemming is alleen geldig, indien de vertegenwoordiging van meer dan de helft van het aantal gemeenten, dat aan de regeling deelneemt, aan de stemming heeft deelgenomen.
5. Het vierde lid is niet van toepassing ingeval opnieuw moet worden gestemd over een voorstel of over een benoeming, voordracht of aanbeveling van een of meer personen ten aanzien van wie in een vorige vergadering een stemming op grond van het vierde lid niet geldig was.
6. Bij een stemming over personen benoemt de voorzitter drie leden tot stembureau, waarvan het eerstbenoemde lid als voorzitter optreedt.
7. Elk lid dat zich niet van stemming dient te onthouden, is verplicht een gesloten stembriefje in te leveren.
8. De stembriefjes worden geteld; het stembureau onderzoekt of het aantal briefjes gelijk is aan het aantal gemeenten dat dient te stemmen.
9. Ieder stembriefje wordt door de voorzitter van het stembureau voorgelezen. De beide andere leden zien de briefjes na en houden aantekening van de inhoud van de briefjes.
10. De voorzitter van het stembureau overhandigt de briefjes aan de voorzitter, die de uitslag van de stemming vaststelt en deze vervolgens aan het algemeen bestuur mededeelt.
11. Bij het staken der stemmen beslist de voorzitter.

Artikel 16. Stembriefjes

1. Niet of niet behoorlijk ingevulde stembriefjes worden niet gerekend tot de geldig uitgebrachte stemmen.

2. Indien meer namen op het briefje zijn gesteld dan er personen te verkiezen zijn, wordt de stem toegerekend aan diegenen die in volgorde het eerste op het briefje genoemd zijn.
3. In geval van twijfel over de inhoud of de geldigheid van het stembriefje beslist de voorzitter.
4. Een stemming is nietig indien zich naar het oordeel van de vergadering onregelmatigheden hebben voorgedaan, die invloed op de uitslag kunnen hebben. Alsdan worden de stembriefjes vernietigd en wordt terstond een nieuwe stemming gehouden.
5. Na vaststelling van de uitslag worden de stembriefjes door de voorzitter vernietigd om de privacy te waarborgen, tenzij er een verzoek tot hertelling is ingediend.

Artikel 17. Interpellatie en vragenrecht

1. Indien een lid tijdens de vergadering aan het dagelijks bestuur inlichtingen wenst te vragen met betrekking tot een onderwerp, dat niet op de agenda van de vergadering is vermeld, heeft het daartoe verlof nodig van bestuurscommissie. Wordt dit verlof verleend, dan worden de gevraagde inlichtingen gegeven.
2. Elk lid van de bestuurscommissie is bevoegd buiten de vergadering aan het dagelijks bestuur schriftelijk kort geformuleerde vragen te stellen.
3. Het dagelijks bestuur beantwoordt de schriftelijke vragen binnen 4 weken.
4. De tekst van de vragen en antwoorden worden aan de leden van bestuurscommissie toegezonden.

Artikel 18. Vergadering met gesloten deuren

1. De deuren van de vergadering worden gesloten wanneer leden van de bestuurscommissie van ten minste één-vijfde van het aantal ter vergadering aanwezige deelnemende gemeenten hierom verzoeken, of wanneer de voorzitter dit nodig acht.
2. De bestuurscommissie besluit vervolgens of met gesloten deuren zal worden vergaderd.
3. Van een vergadering met gesloten deuren wordt een afzonderlijke notulen gemaakt, tenzij anders wordt beslist.
4. De notulen van besloten vergaderingen worden, anders dan bij openbare vergaderingen, voor de leden ter inzage gelegd bij het bestuurssecretariaat. Deze notulen worden in de eerstvolgende vergadering aan de bestuurscommissie ter vaststelling aangeboden.
5. De ter inzage legging wordt tijdig van tevoren aan de leden van de bestuurscommissie kenbaar gemaakt.

Artikel 19. Geheimhouding besloten vergaderingen

1. Voor het einde van de besloten vergadering beslist de bestuurscommissie in hoeverre er geheimhouding aan de leden zal worden opgelegd met betrekking tot het in die vergadering behandelde en de inhoud van de aan hen overgelegde stukken. Deze geheimhouding moet

door alle aanwezigen en iedereen die van het verhandelde of de stukken kennis heeft, in acht worden genomen totdat de bestuurscommissie besluit deze op te heffen.

2. Er wordt een geheimhoudingsregister bijgehouden waarin wordt vastgelegd wanneer de geheimhouding op documenten afloopt.
3. Er zijn sancties voor het schenden van de opgelegde geheimhouding. Degenen die de geheimhouding schenden, zijn verplicht verantwoording af te leggen aan het algemeen bestuur. Het algemeen bestuur kan passende sancties opleggen, afhankelijk van de ernst van de schending.

Artikel 20. Zienswijze vanuit gemeenten en participatie

1. Ingevolge artikel 13 tweede lid onder a van de regeling, worden besluiten die voor deelnemende gemeenten ingrijpende effecten hebben voor de gezondheid of veiligheid, voorafgaand aan besluitvorming voor zienswijze voorgelegd aan gemeenteraden;
2. Ingezetenen van de gemeenten en belanghebbenden worden bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van beleid op grond van de regeling betrokken voor zover dat bij of krachtens de wet is vereist, of voor zover door het algemeen bestuur is bepaald, of ingeval van delegatie van bevoegdheden vanuit het algemeen bestuur aan de bestuurscommissie, door de bestuurscommissie is bepaald.
3. Ingevolge artikel 14 van de regeling is de werkwijze geregeld in een participatieprotocol.

Artikel 21. Toehoorders

1. Toehoorders kunnen op de voor hen bestemde plaatsen de vergadering bijwonen.
2. Zij onthouden zich van tekenen van goed- of afkeuring en gedragen zich naar de aanwijzingen van de voorzitter.
3. Wanneer de orde in de vergadering door de toehoorders op enigerlei wijze wordt verstoord, is de voorzitter bevoegd hen die dit doen of alle toehoorders de vergaderzaal te doen verlaten.

Artikel 22. Informatie aan deelnemende gemeenten

De leden dragen zorg voor het in kennis brengen van het colleges van burgemeester en wethouders van de deelnemende gemeenten, waarbij de voorzitter van het college als lid van het algemeen bestuur zorgt voor het in kennis brengen van de raad.

Artikel 23. Overgangs- en slotbepaling

In geval van twijfel omtrent de toepassing of uitleg van enige bepaling van dit reglement, alsmede in gevallen waarin het niet voorziet, beslist de voorzitter.

Artikel 25. Inwerkingtreding

Dit reglement treedt na publicatie met terugwerkende kracht in werking per 1 januari 2025.

Aldus besloten in de openbare vergadering van de bestuurscommissie gezondheid op 2 april 2025.

De bestuurscommissie gezondheid van Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden,

De voorzitter,

De secretaris,

Chantal Teunissen

Henk Bril

Datum : 6 mei 2025
Aan : AO PG en JGZ (26 mei 2025) en BC Gezondheid (2 juli 2025)
Van : Kamla Makarawung namens team Onderzoek, Informatie en Advies
Betreft : Stand van zaken monitors

Kindermonitor 2025

Op 2/3 oktober 2025 krijgen ouders van kinderen van 0 t/m 11 jaar, gekozen in een steekproef, een uitnodiging voor het onderzoek. Deze uitnodiging ontvangen zij via de post of de email. Op dit moment wordt gewerkt aan de vragenlijst, steekproefopbouw en het communicatieplan.

Gezondheidsmonitor Jeugd 2026

De volgende gezondheidsmonitor Jeugd wordt in 2026 uitgevoerd i.p.v. in 2027. Dit is een landelijke beslissing die is genomen om een betere spreiding van onderzoeken onder deze doelgroep te krijgen.

OKO Gezondheidsmonitor 2025

Voor het project OKO (Opgroeien in een Kansrijke Omgeving) zal in het najaar van 2025 een OKO-monitor plaatsvinden (via voortgezet onderwijs scholen) in de gemeenten Ede, Barneveld, Lingewaard en Nijkerk. De gemeenten zijn bezig met de werving van de scholen.

Jongvolwassenenmonitor 2024

De resultaten van de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen zijn in januari 2025 gepubliceerd. De rapporten zijn naar de gemeenten gestuurd en zijn op ons [dashboard](#) te vinden. Alle gemeenten zijn uitgenodigd om over de resultaten van gedachten te wisselen en wordt al gedaan. Mocht een gemeente nog niet hebben gereageerd, maar wel belangstelling hebben, neem dan gerust contact op (onderzoek@VGGM.nl).

Ook de [resultaten](#) van het landelijk verdiepend kwalitatief onderzoek zijn gepubliceerd.

Volwassenen en ouderenmonitor 2024

De data zijn opgeschoond in samenwerking met CBS en RIVM. Sinds april jl. is de GGD bezig met de analyse van de regionale en gemeentelijke data. De resultaten worden op **dinsdag 17 juni 2025** gepubliceerd en gedeeld met de gemeente. Dit is de landelijk bepaalde publicatiedatum van de resultaten van de gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen. Na de zomer komt de GGD langs bij uw gemeente om over de resultaten te vertellen.

Een mogelijke volgende Jongvolwassenenmonitor zou in 2027 uitgevoerd worden. De huidige landelijke financiering hiervan houdt dit jaar op en er zijn vooralsnog geen nieuwe landelijke middelen beschikbaar. De GGD GM -net als alle GGD'en in Nederland- vindt monitoring van deze doelgroep onverminderd belangrijk. In het najaar van 2025 agenderen we de toekomst van deze monitor tijdens een AO PG en JGZ. Hierbij inventariseren we graag de wensen en behoeften van gemeenten en bespreken we de consequenties.

Vragen?

Mocht u vragen hebben over deze informatie, de monitors, andere onderzoeken of IZA-GALA monitoring, neem dan gerust contact op met de onderzoekers van de GGD via onderzoek@vggm.nl.

De resultaten van alle gezondheidsonderzoeken zijn te vinden op [Gelderland-Midden in cijfers](#).

Concept agenda Bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid

Datum: 16 april 2025

Tijd: 10.00-12.00 uur (online via Teams)

Plaats: online

Opening

1. **Opening en mededelingen, vaststellen agenda** (bijlage 01)
2. **Conceptverslag BAC PG 12 februari 2025, ter vaststelling** (bijlage 02)

Koersbepaling

3. **Ontwikkelingen forensische geneeskunde – medische arrestantenzorg (MAZ)** (bijlage 03)

De geschetste consequenties in de bijlage worden herkend. Dit is meermaals aangegeven maar er is geen gehoor aangegeven gezien de uitkomst van de aanbestedingen. Vanuit de politie organisatie komen signalen dat de uitkomst van de aanbesteding onwenselijk is. De oproep van de GGD'en is om nu vast te houden aan de uitslag en voor te bereiden op beëindiging.

Het is nog de vraag of de FG taak voortgezet kan worden door het wegvallen van de MAZ. Regio Noord Holland Noord bezint zich al op beëindiging. Oproep vanuit GGD GHOR NL om nog geen definitieve besluiten te nemen. Het onderwerp komt de volgende DPG tweedaagse weer terug.

In onze regio zal in het eerstvolgende DB een memo worden geagendeerd met de bedrijfsmatige gevolgen. Grove schatting komt uit op 30% omzetverlies.

Vanuit Kennemerland en Amsterdam loopt nog een rechtszaak. Andere regio zien juridisch geen mogelijkheden omdat ze vaak niet op de 2^e plek staan.

4. **Landelijk crisisplan infectieziektebestrijding** (bijlage 04 en 04a)

Akkoord met de doorgeleiding naar het veiligheidsberaad.

Ontwikkelingen en toekomst van IZB:

- Een streep door pandemische paraatheid
- Mogelijk elders bezuinigen om IZB te versterken maar dit is onzeker
- Versterking van publieke gezondheid moet zorgen voor een betere voorbereiding vanuit onder andere IZB.
- Nieuwe uitbraken liggen op de loer. Voorbeelden zijn mazelen en vogelgriep. Tot heden geen mazelen in onze regio gerapporteerd.

5. **Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA)**

In het AZWA zijn basisfunctionaliteiten opgenomen. Dit zijn voorzieningen op het snijvlak van het sociaal en het medisch domein die in iedere regio ingevuld moeten worden. In de laatste versie lijkt de notitie vanuit de tijdelijke schrijfgroep bij GGD GHOR Nederland (waarbij wij als GGD ook aangesloten waren), terug te komen op aangedragen thema's Kansrijk opgroeien, gezonde leefstijl, mentale gezondheid, vitaal ouder worden en SEGV (sociaal economische gezondheid verschillen)

Naast de basisfunctionaliteiten komt er een 'gereedschapskist: een landelijke database met bewezen aanpakken. Deze database zal periodiek aangevuld en opgeschoond worden.

De middelen voor de basisfunctionaliteiten, basis infrastructuur en 'doorbraakgelden' (de huidige transformatiemiddelen), wisselen per update, dus die hebben we niet helemaal scherp. Wel is het in ieder geval de bedoeling dat de doorbraakgelden een looptijd zullen kennen van 10 jaar.

Punten van aandacht:

Is er een richtdatum van tekenen? Gezien de instabiliteit van het huidige kabinet zou het zonde zijn als het AZWA niet tijdig wordt getekend. Een kabinetsval zou behoorlijke stagnatie kunnen betekenen.

Hebben de oplopende spanningen tussen VNG en het kabinet rondom het rapport Van Ark (Hervormingsagenda Jeugd en structurele onderfinanciering gemeenten hiervoor) invloed op deelname AZWA door VNG? Achtergrond: VNG geeft kabinet harde deadline: 14 april is het 'buigen of barsten'

Rondvraag en sluiting

6. Mededelingen en rondvraag

7. Sluiting

Concept agenda Bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid

Datum: 16 april 2025

Tijd: 10.00-12.00 uur (online via Teams)

Plaats: online

Opening

1. **Opening en mededelingen, vaststellen agenda** (bijlage 01)
2. **Conceptverslag BAC PG 12 februari 2025, ter vaststelling** (bijlage 02)

Koersbepaling

3. **Ontwikkelingen forensische geneeskunde – medische arrestantenzorg (MAZ)** (bijlage 03)
4. **Landelijk crisisplan infectieziektebestrijding** (bijlage 04 en 04a)
5. **Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA)**

Rondvraag en sluiting

6. **Mededelingen en rondvraag**
7. **Sluiting**

Concept verslag Bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid

Datum: 12 februari 2025

Tijd: 10.00-12.00 uur (online via Teams)

Plaats: online

Opening

1. Opening en mededelingen, vaststellen agenda

De voorzitter opent de vergadering. Agendapunt 6, zienswijze SPUK ASG vervalt als agendapunt, dit lijkt te berusten op een misverstand tussen VNG en GGD GHOR Nederland. Isabel Joossen licht op dit punt toe dat - anders dan eerder werd aangenomen - ook de VNG van mening is dat deze SPUK voor de 8 ASG (boven-)regio's nu niet overgeheveld zou moeten worden naar het Gemeentefonds, nu dit een landelijke opdracht betreft richting deze regio's. Voorlopig zou dit zo moeten blijven. Als dit op termijn gewijzigd zou moeten worden is het verzoek dat dan in overleg te doen. De VNG gaat er vanuit dat bij handhaven van de SPUK de 10% korting bij overheveling dan ook niet aan de orde is. Ton Coenen merkt op dat ook GGD GHOR Nederland overheveling van deze SPUK naar het Gemeentefonds ongewenst vindt, en is bovendien kritisch over een opening houden voor een toekomstige overheveling, op een terrein waar de ruimte er niet voor aanwezig is.

2. Conceptverslag BAC PG 11 december 2024, ter vaststelling

Opmerkingen op het verslag:

Het verslag wordt ongewijzigd vastgesteld. Naar aanleiding van het verslag volgen enkele vragen en opmerkingen vanuit de leden.

Ton Coenen merkt op dat de verkenning op het basispakket voor GGD'en nog in een vroeg stadium zit. Zodra de Kwink rapportage daarvoor een eerste beeld heeft geleverd zal die rapportage ook in de Bac PG besproken worden. Ook enkele Bac PG leden zijn in interviews hierbij betrokken. Dit zal ook in de vervolgfases nog wel tot spanning leiden of voor dat basispakket dan ook voldoende middelen beschikbaar zijn en/of komen.

Enkele aandachtspunten zoals genoemd door Anja Prins worden door haar ook via de mail gedeeld met Joke Lanphen met het oog op haar interview met Kwink.

Koersbepaling

3. Landelijke beheersorganisatie

Presentatie door Marcel Benard, Lysiasadvies

Ter besluitvorming:

Neemt de BAC PG het advies van Lysias over de landelijke beheerorganisatie over?

Marcel Benard geeft een toelichting op het advies van Lysias aan de hand van een presentatie, met voorgeschiedenis, de opdracht, context, analyse en het advies. De twee modellen, de GR van GR'en en het Agentschap zijn beoordeeld en er is ook gekeken naar andere modellen dan deze twee. Gesproken is met GGD GHOR Nederland en met leden van de Bac PG. Met name is gekeken vanuit de verantwoordelijkheidsverdeling in het decentraal stelsel van IZB, met stelselverantwoordelijkheid bij VWS. Voor wat betreft de invulling van de wettelijke verantwoordelijkheid GGD'en zijn toegang en eigenaarschap van data plus veiligheid en privacy bezien. Vereisten liggen hiervoor op tactisch niveau. Focus van het eerdere rapport over de governance lag op hiërarchische vormen en juridische consequenties. In het Lysias advies is definiëring van taken cruciaal met onderscheid tussen strategisch, tactisch en operationeel niveau. Zeggenschap voor GGD'en is van belang op strategisch en tactisch niveau. Een agentschap is als rechtspersoon geschikt voor operationeel niveau. Aanbeveling van Lysias is meer focus op sturing op de niveaus met letten op verantwoordelijkheden, en strategische uitgangspunten vastleggen met alle betrokken partijen. Bevoegdheden en samenwerking vastleggen in (beheer-)overeenkomsten en

definieer taken van de LBO.

Ton Coenen licht toe dat de DPG Raad het advies volledig vorige week heeft omarmt. De afstemming op het strategisch niveau vormt nog wel een aandachtspunt voor het bestuurlijk IZB overleg met VWS. De VNG is hier niet goed op aangesloten. Hoe dat in te vullen is nog wel een aandachtspunt. Na bespreking in de DPG raad en met de Bac PG zal het Lysias advies ingebracht worden in het bestuurlijk overleg. Overigens wordt vanuit VWS voor wat betreft de beheerorganisatie breed gekeken en niet zonder meer bij RIVM.

Vanuit de commissie wordt het volgende ingebracht:

- *Het takenpakket is nog niet definitief en is bepalend voor mate van sturing: wanneer en door wie dan wordt dit vastgesteld?*
- *Betreft het data die relevant zijn voor alle infectieziekten?*
- *Zul je niet eerst de kaders moeten scheppen voordat VWS nu meteen al doorzet met oprichting van een agentschap?*
- *Levert de uitwerking straks van taken en bevoegdheden ook mogelijkheden om, ook i.r.t. de AVG andere juridische organisatievormen te overwegen dan de eerdere twee?*
- *Als eigenaarschap GGD'en goed is geborgd, standaardisatie hier mee tot stand komt en ook hiermee snel te handelen is tijdens een crisis dan is het een go.*
- *Als dit nog in ontwikkeling is, kan dit dan wellicht op databeheer ook ingezet worden op andere taken zoals JGZ*
- *Wat is de impact van mogelijke bezuinigingen op deze ontwikkeling*

Ton Coenen licht ten aanzien van het takenpakket toe dat dit nog in ontwikkeling is, en we dus ook nog niet precies weten welke eisen aan de beheerorganisatie gesteld moeten worden. Het takenpakket moet voor 1 januari 2027 ontwikkeld zijn. Primair zal met VWS nu het advies van Lysias besproken worden, met als bijzonder daarbij in te brengen punt dat gemeenten nog te weinig zijn aangehaakt.

Marcel Benard merkt naar aanleiding van de inbreng op dat naar aanleiding van de coronapandemie de inzet is dat GGD'en standaard, op dezelfde manier data verzamelen. Het hoe, daar kun je keuzes in maken, daar is nu nog bijna 2 jaar voor. Wel is in het advies gekeken wat systeem moet kunnen doen en wat verantwoordelijkheden zijn. Met conclusie dat een agentschap wel de meest passende vorm is voor beheer, en specifiek geënt op het IZB stelsel. Het JGZ stelsel kent een andere verantwoordelijkheidsverdeling. Voor wat betreft het abstractieniveau van het advies: dit hangt ook samen met ontwikkelfase van nu. Met het rapport is in de kern het belang gemarkeerd dat je in goede positie komt om je verantwoordelijkheid waar te kunnen maken.

De voorzitter merkt op dat als dit gaat vliegen, dan wij wel sturing op 3 niveaus geregeld moeten hebben.

Ton Coenen licht nog toe dat het in principe over alle infectieziekten gaat omdat het 1 systeem gaat worden met als enige twee uitzonderingen seksuele gezondheid en TBC, daar bestaan andere systemen voor. Crux van dit verhaal is het beleggen van 2 afzonderlijke verschillende bestuurlijke verantwoordelijkheden op 2 verschillende momenten op het vlak van IZB. Daarom is dit ook zo complex, en ook niet van toepassing op andere terreinen. Voor wat betreft de ontwikkeling van het systeem zijn alle partijen er bij aangesloten, behalve de VNG maar dit is voor nu een technisch inhoudelijk verhaal. Eind 2026 jaar moet het klaar zijn. Voor wat betreft de bezuinigingen: als er geen reparatie komt op de voorgenomen bezuiniging van 300 miljoen op pandemische paraatheid dan gaat dit hele verhaal niet door; dan komt er geen nieuw systeem en geen nieuwe structuur. Door VWS wordt er wel op gedruwd dat ze hier wel geld voor gaan creëren, maar het is wel onderdeel van een breder pakket.

De voorzitter merkt tenslotte op dat voor wat betreft betrokkenheid van de VNG op strategisch niveau er een rol ligt voor de voorzitter VNG commissie ZJO.

Resumerend merkt de voorzitter op dat er brede instemming van de Bac PG ligt met het advies. Met woord van dank aan Marcel Benard wordt het agendapunt afgesloten.

4. Ontwikkelingen IZA & AZWA

De voorzitter vraagt toelichting op de verhouding tussen het stuk met inbreng van GGD GHOR Nederland voor het AZWA zoals gevoegd bij de eerste zending van de stukken, met de VNG stukken in de nazending. Ton Coenen licht toe dat VNG Sociaal Werk Nederland en GGD GHOR Nederland hard gewerkt hebben aan dezelfde boodschap. Bij het bod van de VNG dat is nagezonden vormt de inbreng van GGD GHOR Nederland een onderliggend stuk: er moet

immers een gereedschapskist komen met aanpakken die we in het akkoord willen brengen die concreet bijdragen aan gezondheid ook op lange termijn. Wij hebben met de GGD'en gezegd daar moet je op investeren. Overigens is VWS voor wat betreft gezonde leefomgeving van mening dat dit niet thuis hoort in het AZWA.

Maar eerst moet je het eens worden over het hele akkoord en de hoofdlijnen daarvan en vervolgens wordt er gekeken wat ga je dan concreet doen.

Eelco Eerenberg geeft toelichting op de laatste ontwikkelingen. Vorige week hebben de gemeenten met de VNG voor het eerst weer aan tafel gezeten. VWS houdt vooral vast aan de politieke realiteit waarmee teksten rondom HIAP, gezonde leefomgeving en gezonde generatie er zeer moeilijk in te krijgen zijn. Wat financiering betreft zijn we verder weg dan ooit voor wat betreft de verschuiving van de 2% middelen van zorg naar gezondheid. Dit gaat niet gebeuren. Voor wat betreft het proces: ondertekening zou op 11 maart moeten plaatsvinden. Dat is nog heel hard werken terwijl grote vragen nog beantwoord moeten worden. Verder zal de VNG de gesprekken voeren in de context van de totale kassabon. Op 15 maart is het overhedenoverleg. Als er onvoldoende middelen komen zou de VNG de luiken kunnen dichtgooien. Qua scenariodenken: mogelijk komen er nog goeie teksten en slimme haakjes en werkbare incidentele middelen, maar stel die komen er niet, wat doen we dan? Kan het dan wel een akkoord van de GGD'en zijn? Daar moeten we het wel met elkaar over hebben. Vanuit de commissie worden diverse opmerkingen gemaakt.

- *Veel dank voor de inzet. Grote zorgen ook gelet op maatregelen die gemeenten nu al moeten treffen. Als 11 maart blijkt dat we als gemeenten het sociaal domein niet meer op orde kunnen houden dan is er geen ruimte om extra bijdrage te leveren op PG. Het is ingewikkeld als de GGD'en dan wel doorgaan met het akkoord. We moeten wel realistisch blijven wat we straks kunnen waarmaken. We moeten alles op alles zetten om dit enigszins weer de goede richting in te krijgen;*
- *Als het kabinet niet beweegt, dan is ondertekenen ongewenst. Het moet substantieel onze richting uit gaan komen. Bezien moet worden hoeveel ruimte nog in de onderhandelingen zit.*
- *De GGD met meer neutrale positie zou je nu wat meer kunnen benutten in het proces. Als het kabinet nu het eigen risico gehalveerd heeft met gevolgen voor de zorgverzekeraar, hetgeen leidt tot meer zorgconsumptie en bereidheid tot meer te investeren in het sociaal domein, dat zou je nog kunnen beperken tot het investeren in gezondheid en GGD lijn, dan hou je het buiten de politiek, dan land dit uiteindelijk in het sociaal domein. Er kan dus ook een tegenbeweging zijn dat als dit niet plaatsvindt, dat dan het eigen risico voor halvering eigen risico niet houdbaar is, terwijl het kabinet dit wel wil. Dus wellicht daarmee terugduwen. Wellicht kunnen GGD'en met de zorgverzekeraars daarin een neutrale positie in te nemen. Kosten daarmee drukken en gezondheid bevorderen. Als GGD'en zou je hier een aparte positie voor kunnen innemen vanuit een landelijk belang.*
- *Het kabinet zit op ramkoers. Ongewenst om een handtekening te zetten als er geen integraal akkoord ligt met de VNG.*
- *GGD kan goed verwoorden wat de gevolgen zijn als het Rijk dit gaat doorzetten. Geeft grote zorgen op inhoud. De GGD is bij uitstek een goed vehikel om te gebruiken in het publieke debat als dat nodig is, waarmee je het verschil kunt maken. Het vraagt wel veel afstemming tussen de VNG en de GGD. Als GGD goeie plek aan tafel blijven hebben en houden, in goede afstemming met de VNG.*
- *Weinig voelen om bij het negatieve scenario mee te gaan met de ontwikkelingen bij de zorgpartners gericht op verminderen van zorgconsumptie binnen hun organisaties in de regio. Die consumptie zal daardoor bij GGD'en en gemeenten juist toenemen. Door die fuik meer kosten gaan maken om deze weg te financieren; daar moeten we stelling tegen nemen aan de voorkant.*
- *Zitten als wethouders voor de zorg van onze inwoners. Het toegankelijk betaalbaar en van goede kwaliteit te houden vormt de basis van alles. Als gemeenten daarin niet worden gefaciliteerd kunnen gemeenten hun GGD daar ook niet meer in faciliteren. Moeilijk om de GGD'en dan wel aan tafel te houden. Eigenlijk moet je dan met 1 mond spreken en zeggen op deze manier kunnen we de uitgangspunten niet in stand houden. Als wij uitstappen zouden de zorgverzekeraars dat ook moeten doen.*
- *We moeten niet uitkomen op een scheiding tussen gemeenten en GGD in het proces. Vooral benadrukken en zichtbaar maken wat kunnen we niet meer doen als gevolg van alle bezuinigingen. Aantal taken kunnen we dan niet meer uitvoeren.*

Ton Coenen geeft een toelichting op de positie van GGD GHOR Nederland. Toen de VNG eerder even niet aan de tafel zat is geprobeerd in te zetten op het belang van PG en de beweging naar de voorkant van gezondheid ook samen met het Sociaal Domein. Waarbij hebben we wel wat onderscheid maken tussen sociaal domein en PG omdat PG toch meer de link heeft met de zorgsector, vanuit de inhoudelijke visie. Waarbij we altijd naar voren hebben gebracht, GGD'en zijn onderdeel van de gemeenten en worden gefinancierd door de gemeenten en er zal altijd een akkoord moeten komen met de VNG over de financiën. Van een tweespalt is geen sprake. Veel is geïnvesteerd, ook afgelopen week om er voor te zorgen dat we hierin een gezamenlijke koers varen. Bottomline: de verantwoordelijkheid van gemeenten op het terrein van PG waarin GGD uitvoerder is en daarmee ook een belangrijke stem heeft in die verbinding met de zorg, en ook om te kijken hoe krijgen we die beweging naar de voorkant, dat is essentieel. Als GGD GHOR Nederland zien we dat veel zorgpartijen met de rug tegen de muur staan, die willen die beweging wel maken maar zien we dat vooral VWS er complexer in zit om de weg te openen naar het investeren aan de voorkant. Daar zit een pijnpunt.

Ook GGD GHOR Nederland zit nog lang niet op het punt van ondertekenen.

Isabel Joossen licht toe dat het goed is de bevestiging te horen van de gezamenlijkheid en de kracht van de inhoudelijke boodschap en de GGD daar op de bestuurlijke tafel ook voor gestreden heeft toen de VNG op dat moment ontbrak. Mooi dat er nu een gezamenlijk stuk ligt en we er met partnerschap in kunnen, ook met Sociaal Werk Nederland, maar er is nog veel werk aan de winkel. Ook in relatie tot de bezuinigingen op preventie en pandemische paraatheid staan we er eigenlijk slechter voor dan bij IZA 1.0. En de vraag die de zorg aan ons stelt is best immens. Kritisch zullen we moeten zijn wat kunnen we dragen waarbij de stevigheid van het sociaal domein heel belangrijk is.

Het partnerschap en het akkoord is een manier, maar het liefst regel je het in de basis al goed met elkaar. Als het akkoord niet goed uitpakt dan zou je vanuit het partnerschap moeten bezien hoe je in wetgeving het goed kunt regelen.

De voorzitter merkt tenslotte op dat hard aan de slag wordt gegaan. Terugkoppeling vindt plaats in de volgende bac PG met mogelijkheid van tussentijds bericht op geleide van de ontwikkelingen.

Vanuit de commissie wordt nogmaals het appel gedaan om goed te verplaatsen in het narratief van de andere partij. De voorzitter geeft aan dat gemeenten en GGD aan de tafel als verbonden worden gezien. In de publieke opinie kan dit inderdaad wel een ander verhaal zijn. De GGD als betrouwbare partner op het gebied van PG. Het is goed om PG als apart verhaal neer te kunnen zetten. Het zit ook het dichtst tegen de zorg aan. In het verhaal kan het verbinden, met de GGD die een brug vormt tussen preventie en zorg. In onderhandelingen waaronder financiering is het oppassen dat we uit elkaar worden getrokken. Een separate communicatielijn vanuit gezondheid en GGD perspectief naast de communicatie vanuit VNG is een goede suggestie. Die route wordt ook wel gevolgd zoals ook blijkt uit recente communicatie vanuit GGD GHOR Nederland.

5. Narratief bezuinigingen

Ton Coenen geeft toelichting op de bezuinigingen die de GGD'en raken. Vanuit gemeenten en landelijk. En het slagen van AZWA is dus erg belangrijk om nieuwe bezuinigingen te voorkomen. Voor wat betreft pandemische paraatheid is VWS gericht op reparatie van de beoogde bezuiniging van 300 miljoen, desnoods vanuit de eigen middelen. Mogelijk zal een deel van de bezuiniging in stand blijven maar dat richt zich mogelijk niet op het PG deel. Rode draad blijft dat iedereen wel geraakt wordt.

De voorzitter geeft de leden mee hierin ook hun politieke netwerken te benutten. Ton Coenen merkt op dat er ieder geval brede steun in de Tweede Kamer is voor reparatie van de bezuiniging op pandemische paraatheid. Vanuit GGD GHOR Nederland wordt hier ook substantieel op gelobbyd en contact met de media gezocht. Inzet is ook: we hebben de basis in een GGD nodig; dit moet overeind gehouden worden. Als er minder geld komt dan moeten we bezien wat dan nog mogelijk is.

Vanuit de commissie wordt gevraagd in het narratief extra aandacht te schenken aan de JGZ. Dat mag nog wat steviger. Anders lopen we het risico dat JGZ ten onder gaat in de discussie over de kosten van Jeugdzorg, terwijl wij met JGZ juist een sleutel in handen hebben. Ton Coenen licht nog toe dat in de Hervormingsagenda jeugd terugkomt hoe blijft de jeugdzorg toegankelijk, daar hebben we nu samen met Actiz een propositie voor gemaakt om morgen bij VWS op tafel te leggen. Deze notitie zal gedeeld worden met de leden.

- 6. Zienswijze SPUK ASG (aanvullende seksuele gezondheidszorg) overheveling naar het gemeentefonds** (bijlage 06 en 06a)
Agendapunt vervallen.

Rondvraag en sluiting

7. Mededelingen en rondvraag

De voorzitter kan niet aanwezig zijn bij de volgende vergadering van de bac PG op 16 april, en zal nog een lid benaderen hem als voorzitter te vervangen.

Naar aanleiding van een vraag uit de commissie over een mogelijke lange termijn visie PG van VWS, licht Ton Coenen toe dat er door VWS wordt gewerkt aan een nieuwe beleidsnota publieke gezondheid, die zal pas later in het jaar komen. Wel komt er in de komende periode een nota/document over effectieve preventiestrategie, met een relatie met de preventieakkoorden. Daar komt nog een brief over aan de Kamer maar de concepten daarvan moeten nog gedeeld gaan worden. En er komt ook nog een notitie over mentale gezondheid in de loop van het jaar.

8. Sluiting

De voorzitter sluit de bijeenkomst.

Aan- en afmeldingen Vergadering BacPG 12 februari 2025			
		Aanwezig	Afwezig
Amsterdam	Alexander Scholtes		x
Brabant-Zuidoost	Eric Beex	v	
Drenthe	Albert Smit		x
Flevoland	Lazise Hillebregt	v	
Fryslân	Libbe de Vries		x
Gelderland-Midden	Chantal Teunissen	v	
Gelderland-Zuid	Cilia Daemen	v	
Gooi en Vechtstreek	Joke Lanphen	v	
Groningen	Harry Stomphorst	v	
Haaglanden	Marieke van Bijnen		
Hart voor Brabant	Wobine Buijs-Glaudemans	v	
Hollands Midden	Daan de Haas		x
Hollands Noorden	Mary van Gent		x
IJsselland	Michiel van Willigen, voorzitter	v	
Kennemerland	Lars Carree	v	
Limburg-Noord	Frans Schatorjé	v	
Noord en Oost Gelderland	Anja Prins	v	
Rotterdam-Rijnmond	Titia Cnossen	v	
Twente	Harmjan Vedder		x
Utrecht regio	Eelco Eerenberg		
West-Brabant	Marian Witte	v	
Zaanstreek-Waterland	Chris Boer		x
Zeeland	Ankie Smit, vicevoorzitter		x
Zuid-Holland Zuid DG&J	Rik van der Linden		
Zuid-Limburg	Mirjam Clermonts	v	
GGD GHOR NL	André Rouvoet		x
GGD GHOR NL	Ton Coenen	v	
GGD GHOR NL	Cisca Stom, secretaris	v	
GGD GHOR NL	Roel van Vliet	v	
VNG	Isabel Joossen	v	

Lijst met leden Bac PG

Amsterdam	Alexander Scholtes	alexander.scholtes@amsterdam.nl
Brabant-Zuidoost	Eric Beex	e.beex@eersel.nl
Drenthe	Albert Smit	a.smit@assen.nl
Flevoland	Lazise Hillebregt	l.hillebregt@dronten.nl
Fryslân	Libbe de Vries	libbe.de.vries@opsterland.nl
Gelderland-Midden	Chantal Teunissen	c.teunissen@overbetuwe.nl
Gelderland-Midden	Maurits van der Geijn (plaatsvervanger)	maurits.van.de.geijn@arnhem.nl
Gelderland-Zuid	Cilia Daemen	c.daemen@nijmegen.nl
Gooi en Vechtstreek	Joke Lanphen	j.lanphen@blaricum.nl
Groningen	Harry Stomphorst	harry.stomphorst@westerkwartier.nl
Haaglanden	Marieke van Bijnen	m.bijnen@pijnacker-nootdorp.nl
Hart voor Brabant	Wobine Buijs-Glaudemans	w.buijs@oss.nl
	Marcelle Hendrickx plv.vz.	
Hollands Midden	Daan de Haas	d.dehaas@zuidplas.nl
Hollands Noorden	Mary van Gent	maryvangent@hollandskroon.nl
IJsselland	Michiel van Willigen	mwj.van.willigen@zwolle.nl
Kennemerland	Lars Carree	lcallee@zandvoort.nl
Limburg-Noord	Frans Schatorjé	f.schatorje@venlo.nl
Noord en Oost Gelderland	Anja Prins	a.prins@apeldoorn.nl
Rotterdam- Rijnmond	Titia Cnossen	titia.cnossen@lansingerland.nl
Twente	Harmjan Vedder	h.vedder@enschede.nl
Utrecht regio	Eelco Eerenberg	e.eerenberg@utrecht.nl
West-Brabant	Marian Witte	m.witte@geertruidenberg.nl
Zaanstreek- Waterland	Chris Boer	c.boer@purmerend.nl
Zeeland	Ankie Smit	ankie.smit@schouwen-duiveland.nl
Zuid-Holland Zuid DG&J	Rik van der Linden	r.vander.linden@dordrecht.nl
Zuid-Limburg	Mirjam Clermonts	m.clermonts@meerssen.nl

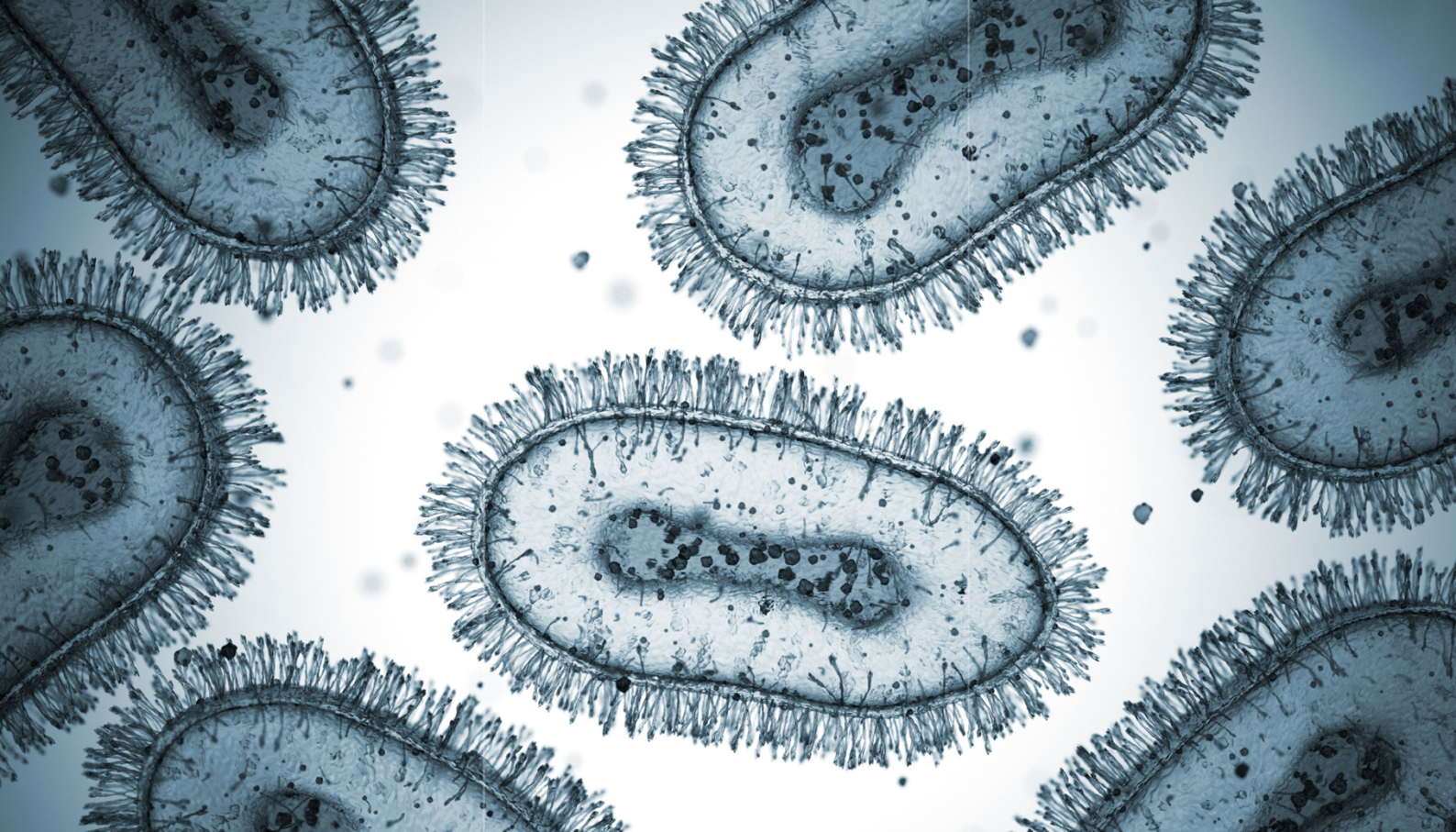
Vergaderdatum	16 april 2025
Agendapunt	03
Onderwerp	Aanbesteding medische arrestanten zorg (MAZ)
Opgesteld door	Nynke van Zanden
Status	Koersbepaling/kennisdeling
Voorgestelde beslispunten	Ter bespreking
	Toelichting Medische zorg voor arrestanten is de acute medische basiszorg voor een verdachte die is aangehouden en op het politiebureau of arrestantencomplex is ingesloten. De doelgroep vertoont veel overlap met de risicogroepen zoals verwarde personen, licht verstandelijk gehandicapten, dak- en thuislozen met veelal een stapeling van sociaal-medische problemen waaronder verslaving en psychiatrie. Veelal vertoont deze groep verward gedrag en/of is sprake van intoxicatie. De medische arrestantenzorg bestaat uit : ▪ gericht op het verkrijgen van een adequaat medisch oordeel over de gezondheidstoestand van de arrestant en de inschatting of de benodigde zorg op het cellencomplex kan worden geleverd ▪ gericht op het continueren van de medische zorg die de betrokken arrestant al voor insluiting ontving. Medische arrestantenzorg functioneert als vangnet voor aangehouden verdachten en arrestanten, ter overbrugging van de periode dat ze ofwel vrijgelaten worden ofwel naar de gevangenis gaan. In 2023 bestond 43% van de verrichtingen van forensisch artsen uit medische arrestantenzorg. In 2018 heeft het kabinet bij Kamerbrief (Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 33 628, nr. 38) besloten dat medische arrestantenzorg (MAZ), medische dienstverlening betreft en moet worden gecontracteerd. Deze dienst valt onder artikel 2:38 van de Aanbestedingswet voor sociale of maatschappelijke diensten. Inkoop kan via een lichte vorm van aanbesteden op grond van dat artikel. De GGD'en en GGD GHOR Nederland hebben al die tijd gestaan voor het behouden van de MAZ als onderdeel van de publieke taak van forensische geneeskunde. In 2019 is in de Stuurgroep Uitvoering kabinetsstandpunt Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg, waar GGD GHOR Nederland aan deelnam, de zorg over de aanbesteding met de ministeries JenV, VWS en BZK gedeeld. In datzelfde jaar hebben GGD GHOR Nederland en het Forensisch medisch Genootschap een brief gestuurd aan de vaste commissie voor JenV waarin ook de zorg is geuit over de voorgenomen aanbesteding van de MAZ. Naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer is eind 2019 een motie over de MAZ aanbesteding aangenomen: Forensische zorg Tweede Kamer der Staten-Generaal. GGD GHOR Nederland heeft in 2020 de voorgenomen MAZ-aanbesteding onder de aandacht gebracht zowel bij het ministerie van VWS als bij enkele

	leden van Tweede Kamer voor de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid inzake Politie. In januari 2021 heeft GGD GHOR Nederland een pleitnota opgesteld met een inhoudelijke en juridische onderbouwing van een alternatief voor het aanbesteden van de MAZ. Deze notitie is aangereikt aan JenV en gedeeld met VWS en BZK. Naar aanleiding van deze notitie heeft JenV een juridische verkenning uit laten voeren om te beoordelen of dit aanleiding gaf om af te wijken van het standpunt van de commissie Hoes. De conclusie was dat er geen ontwikkelingen zijn die nopen tot een afwijking van het standpunt van de commissie Hoes. GGD GHOR Nederland heeft bij diverse samenwerkingspartners en de drie stelselverantwoordelijke ministeries voortdurend de breed gedragen visie voor een integrale organisatie en uitvoering van de forensische geneeskunde uitgedragen. In september 2019 en november 2021 zijn de ontwikkelingen ten aanzien van de forensische geneeskunde in de BAC PG geagendeerd. Daarbij zijn de risico's van de voorgenomen aanbesteding van de MAZ besproken evenals het belang van afgestemd opdrachtgeverschap voor de forensische geneeskunde. Aanbesteding In oktober 2023 is de aanbesteding van de medische arrestantenzorg in de 10 percelen / Politie-eenheden gepubliceerd en na enkele keren uitstel is de gunning begin maart bekend gemaakt. Het voorlopige gunningsbesluit houdt in dat Arts en Zorg in het hele land de gunning heeft gewonnen. Derhalve hebben de GGD'en in geen enkele regio de MAZ gekregen. Tegen dit besluit zijn de drie verliezende partijen, Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond (FARR), MedTzorg (voorheen FMMU), en drie Noord-Hollandse GGD'en (GGD Amsterdam, GGD Kennemerland en GGD Hollands Noorden) in bezwaar gegaan. Het een kort geding dat in dit kader is aangespannen tegen het besluit van de politie zou op 16 april aanstaande dienen, maar wordt op verzoek van Politie uitgesteld. Beëindiging MAZ uitvoering door GGD'en vindt plaats op basis van de planning en opzegtermijnen in de huidige contracten (die variëren).
GGD/gemeentelijk vraagstuk	GGD'en voeren de verschillende onderdelen van de forensische geneeskunde, te weten lijkschouw, forensische medisch expertise (FME) en MAZ, momenteel in samenhang uit. Over de ontvlechting van de huidige contracten FME/MAZ wordt al langere onderhandeld. Het mogelijk wegvallen van de MAZ zal dan ook consequenties hebben: 1. Het effect op de uitvoering en organisatie van de FME en Lijkschouw door de GGD'en. - De infrastructuur waarvoor een 24/7 dekking noodzakelijk is, moet overeind blijven. Om deze dekking te kunnen garanderen, zullen de kosten daarvan sterk stijgen. - Voor de medische arrestantenzorg is een bijzondere expertise noodzakelijk op het gebied van intoxicaties, verslavingen, infectieziekten, psychiatrie en seksueel overdraagbare aandoeningen. Dit zijn alle disciplines die binnen de GGD'en vertegenwoordigd zijn. - De groep cliënten (frequent recidivisten) van de MAZ is bij de forensisch artsen meestal bekend, waardoor efficiënt kan worden gehandeld. - De winnende partij heeft geen ervaring met deze groep en trekt mogelijk personeel weg bij publieke organisaties, inclusief forensische geneeskunde, wat van invloed is op het gehele zorgsysteem. 2. Het effect op het takenpakket van verpleegkundigen en artsen werkzaam bij de GGD'en in de FG. - Een voltijds uitvoering van de forensische geneeskunde is mentaal zwaar. Wanneer forensisch artsen enkel nog taken uitvoeren op het

	gebied van FME en lijkschouw zal dat een grotere impact hebben op hun psychische belasting. Met mogelijk toenemende uitval als gevolg. - De MAZ is een verrijking van het vak forensische geneeskunde en draagt bij aan afwisseling in het werk van forensisch artsen en verpleegkundigen Door het wegvallen van de MAZ kan het vak als minder aantrekkelijk worden ervaren. - Forensisch artsen onderhouden door het lichamelijk onderzoek in deze groep hun praktische ervaring die zeer nodig is om bevindingen bij lijkschouwen, geweld en mishandeling correct te kunnen beoordelen. 3. Het effect op de opleiding tot forensisch arts waar de MAZ nu onderdeel van is. De interesse in het vakgebied en daarmee de opleiding kan hierdoor afnemen, met als gevolg een weer verder oplopend tekort aan forensisch artsen. 4. Het effect op de zorg voor én het zicht op kwetsbare mensen vanuit de publieke gezondheid. - Het wegvallen van de MAZ beperkt het bredere maatschappelijke zicht op de ontwikkelingen in de samenleving op het gebied van zorg en veiligheid. Denk hierbij aan problematiek rondom verwardheid, drugs en misbruik. - De GGD'en in Nederland hebben geïnvesteerd in medische arrestantenzorg en leveren goed kwaliteit van zorg. Deze expertise zal verloren gaan en de publieke infrastructuur brokkelt daarmee af. 5. In de loop der jaren hebben de GGD'en het registratienetwerk forensische geneeskunde (Formatus) opgezet waarop, op regio Rotterdam na, alle GGD'en in Nederland zijn aangesloten. Formatus bevat inmiddels een schat aan gegevens die voor veel onderzoeksprojecten van belang zijn, maar dreigt straks nutteloos te worden. GGD'en en onderzoeksinstituten kunnen geen onderzoek meer uitvoeren met betrekking tot de medische arrestantenzorg. De doorontwikkeling van het vakgebied forensische geneeskunde komt hiermee onder druk te staan.
VNG/landelijk vraagstuk	<u>Toekomst FG</u> In het kader van de transitie van het stelsel van forensische geneeskunde zullen GGD'en en GGD GHOR Nederland de koers bepalen om te komen tot een robuuste organisatie voor de FG, waarin de uitkomsten van de aanbesteding worden meegenomen.
Argumenten voorgesteld besluit	
Eerdere besluiten	
Bijlagen	

Vergaderdatum	16 april 2025
Agendapunt	04
Onderwerp	Landelijk Crisisplan Infectieziektebestrijding (LCP-I)
Opgesteld door	Sander Banus en Trudi Peters
Status	Ter bespreking
Voorgestelde bespreek- en besispunten	De BacPG wordt geïnformeerd over het LCPI en bespreekt de gevolgen voor de praktijk. De BacPG brengt een positief advies uit aan het Veiligheidsberaad om het LCP-I te accorderen. Het Rijk werkt aan het Landelijk Crisisplan Infectieziekten (LCP-I , met als doel om in- en overzicht te geven van structuren en verhoudingen op nationaal en regionaal niveau, gericht op de beheersing van een (dreigende) crisis als gevolg van een A-infectieziekte met aanzienlijke maatschappelijke gevolgen. Een LCP is in principe beleidsarm, dat wil zeggen: het bundelt de bestaande afspraken i.r.t. een thema. Waar passend worden ook internationale structuren benoemd die invloed kunnen hebben op de infectieziektebestrijding in Nederland. Het plan is daarmee een uitwerking van de generieke aanpak van crises door het Rijk zoals beschreven in het Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing en het Nationaal Handboek Crisisbeheersing . Daarnaast draagt het plan bij aan een goede voorbereiding op crises in Nederland en daarmee onze weerbaarheid. GGD GHOR Nederland is op beleidsmedewerkerniveau vertegenwoordigt in de kerngroep LCP-I, en in de Stuurgroep zitten Yvonne van Duijnhoven en Henk Bril vanuit het GGD resp. GHOR perspectief. Op meerdere versies is schriftelijk commentaar gegeven en een recente versie is onlangs besproken in de zowel de Bestuurscommissie IZB als de Bestuurscommissie GHOR. De Stuurgroep heeft het LCP-I op 31 maart goedgekeurd met inachtneming van enkele kleine wijzigingen. Het LCP-I is gepresenteerd en ter accordering voorgelegd aan de DPG raad (10/11 april 2025). Het LCP-I wordt op 23 mei in de Bac GHOR besproken. De adviezen van Bac PG en BAC GHOR worden doorgeleid naar het Veiligheidsberaad. Bij een positief besluit zal het Veiligheidsberaad het LCP-I aanbieden aan het ministerie van J&V en VWS. Teneinde zal de Ministerraad het LCP-I bekrachtigen.
GGD/gemeentelijk vraagstuk	Op grond van artikel 6 lid 4 Wet publieke gezondheid draagt de voorzitter van de veiligheidsregio zorg voor de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte uit groep A . De Directeur Publieke Gezondheid is belast met de uitvoering daarvan. De DPG zal de infectieziektebestrijdingsplannen herijken aan het LCP-I.
VNG/landelijk vraagstuk	
Argumenten voorgesteld besluit	-Kennisnemen van het landelijk crisisplan infectieziektenbestrijding -Akkoord te geven met het aanbieden aan de Veiligheidsberaad

Eerdere besluiten	
Bijlagen	04a - Landelijk_Crisisplan_Infectieziekten_v4.5 (12 febr 2025)



Landelijk Crisisplan Infectieziekten

12 februari 2025- Intern vertrouwelijk12 februari 2025

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	3
Inleiding	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Doel en doelgroep LCP-I	3
1.3 Afbakening	5
1.4 Definities	5
1.5 Contextbeschrijving van infectieziektebestrijding	6
1.6 Specifieke aspecten van infectieziektebestrijding.....	9
1.7 Beheer en actualisatie crisisplan	12
1.8 Opleiden, trainen en oefenen.....	12
1.9 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2	14
Actoren in infectieziektebestrijding	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Overzicht crisisstructuur	14
2.3 Actoren in de functionele keten	16
2.4 Actoren in de nationale crisisstructuur.....	21
2.5 Actoren in de algemene keten	22
2.6 Advies bij een infectieziektecrisis.....	25
2.7 Internationale samenwerking	28
Hoofdstuk 3	32
Crisisprocessen.....	32
3.1 Melding en alarmering	32
3.2 Opschaling.....	33
3.3 Advisering	34
3.4 Leiding en coördinatie.....	38
3.5 Informatiemanagement.....	42
3.6 Risico- en crisiscommunicatie bij infectieziektebestrijding	43
3.7 Na de acute crisis	48
Hoofdstuk 4	51
Scenario's en sleutelbesluiten.....	51
4.1 Bouwstenen voor scenario's	51
4.2 Sleutelbesluiten	52
4.3 Scenario's.....	60
Bijlage 1. Juridisch kader	63
Bijlage 2. Beoordelingssysteem bij uitbraken van nieuwe infectieziekten	66
Bijlage 3. Afkortingenlijst	67
Bijlage 4. Koepelnotitie Communicatie.....	70
Referenties	71

HOOFDSTUK 1

Inleiding

1.1 Aanleiding

De coronapandemie heeft onderstreept hoe groot de impact van een uitbraak van een infectieziekte kan zijn. De effecten van de pandemie raakten de gehele maatschappij. Dat is één van de redenen waarom infectieziekten zijn meegenomen in de rijksbrede risicoanalyse. Deze gaat over de belangrijkste dreigingen die onze samenleving kunnen ontwrichten. Op basis van die dreigingen zijn de bijbehorende risico's vastgesteld en voor die risico's worden landelijke crisisplannen (LCP) opgesteld.

De bestrijding van een infectieziekte verschilt van de aanpak van andere crises, zoals natuurrampen of economische recessies, omdat maatregelen gericht tegen de verspreiding van infectieziekten belangrijke implicaties kunnen hebben voor het dagelijks leven. Dit plan richt zich op infectieziektebestrijding, waarbij steeds specifieke aandachtspunten en processen in het geval van een zoonose staan weergegeven. In het hele plan wordt uiteraard rekening gehouden met de maatschappelijke context en de maatschappelijke impact van maatregelen.

1.2 Doel en doelgroep LCP-I

Doel

Het LCP-I heeft als doel om in- en overzicht te geven van structuren en verhoudingen op nationaal en regionaal niveau, gericht op de beheersing van een (dreigende) crisis als gevolg van een (mogelijke) A-infectieziekte (en eventueel bij een grootschalige B1-infectieziektecrisis) met aanzienlijke maatschappelijke gevolgen. Waar passend worden ook de zoonosestructuur en internationale structuren benoemd die invloed kunnen hebben op de infectieziektebestrijding in Nederland. Het plan is daarmee een uitwerking van de generieke aanpak van crises door het Rijk zoals beschreven in het Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing en het Nationaal Handboek Crisisbeheersing¹. Daarnaast draagt het plan bij aan een goede voorbereiding op crises in Nederland en daarmee onze weerbaarheid.

Het LCP-I is een overkoepelend en kaderstellend plan voor operationele plannen en draaiboeken van betrokken organisaties. Het LCP-I vervangt de plannen van individuele organisaties of afspraken tussen organisaties *niet*. Wel worden in dit LCP-I verwijzingen gedaan naar relevante plannen en draaiboeken. Van betrokken actoren en organisaties wordt verwacht dat dergelijke plannen en draaiboeken, waar relevant, in overeenstemming zijn met het LCP-I.

Het ministerie van VWS heeft, in samenwerking met het ministerie van JenV, veiligheidsregio's en overige betrokken departementen, kennisinstituten, adviesorganen en (branche)organisaties, dit LCP-I opgesteld. Het LCP-I is zodanig opgesteld dat het voor verschillende typen (dreigende) infectieziektecrises toepasbaar is. De (maatschappelijke) context kan zeer bepalend zijn voor de meest effectieve aanpak. Daarom zal over de implementatie van collectieve maatregelen, vanwege

¹ <https://www.nctv.nl/documenten/publicaties/2022/12/06/nationaal-handboek-crisisbeheersing>

de grote maatschappelijke effecten daarvan, vrijwel altijd in de interdepartementale crisisstructuur besloten moeten worden. Het plan bevat handvatten om in een dreigende of daadwerkelijke crisis, of bij de voorbereiding daarop, de volgende vragen te beantwoorden:

1. Welke partijen worden betrokken en in welke rol, voor een adequate aanpak van de infectieziektecrisis?
2. Hoe verlopen de crisisbeoordeling- en besluitvormingsprocessen en de implementatie van besluiten tijdens een infectieziektecrisis op bovenregionaal en nationaal niveau?
3. Hoe verlopen de crisisprocessen, van melding en alarmering tot aan nafase?
4. Welke adviezen en afwegingen spelen een rol in de besluitvorming rondom de te nemen maatregelen ter voorkoming of beheersing van de gevolgen en effecten van de infectieziektecrisis?

Het LCP-I geeft invulling aan de aanbeveling van de Onderzoeksraad voor Veiligheid om de taken en verantwoordelijkheden van de minister van VWS, de LFI, de veiligheidsregio's en de GGD'en in de crisisaanpak helder te maken.

Doelgroep

De doelgroep van dit plan zijn organisaties en actoren, binnen of direct verbonden aan de opgeschaalde lokale, regionale en nationale crisisorganisatie, die een rol hebben bij de beheersing van een infectieziektecrisis. Het betreft een brede doelgroep van (crisis)medewerkers, leidinggevend en bestuurders van alle actoren en organisaties die binnen de opgeschaalde crisisorganisaties een rol kunnen hebben. Juist door de grootschalige neveneffecten van maatregelen ter bestrijding van een infectieziektecrisis zal de doelgroep naar gelang van de ernst van de crisis ook actoren buiten de geneeskundige keten bevatten, zoals het ministerie van Justitie en Veiligheid, veiligheidsregio's en gemeenten. Hierbij is het relevant dat het gaat om zowel publieke als private organisaties.

Ook de specifiek bij een zoönose, ziekten die van dier op mens overdraagbaar zijn, betrokken organisaties zoals de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) behoren tot de doelgroep.

In het kader van een zoönose zijn deels dezelfde actoren betrokken. Daarnaast is een aantal specifieke actoren te benoemen, bijvoorbeeld het ministerie van Landbouw, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur, specifieke adviesorganen als het BAO-Z en het OMT-Z; en internationale partijen waaronder de World Organisation for Animal Health (WOAH) en de Food and Agriculture Organization (FAO).

Caribisch Nederland

Het LCP-I kan van toepassing zijn op Caribisch Nederland, voor zover Caribisch Nederland te maken heeft met vergelijkbare maatregelen. Deze regio is echter, op voor een infectieziekte belangrijke aspecten, anders dan Europees Nederland, hierom zal daar maatwerk vereist zijn. De openbare lichamen van de Caribische delen van Nederland hebben een kleinschalig karakter. Bepaalde processen of aanpakken die van toepassing zijn op de situatie in Europees Nederland gaan daarom niet op in Caribisch Nederland. In Caribisch Nederland volgt men in principe dezelfde processen en aanpakken als in Nederland of men wijkt gefundeerd af.²

² De Schengen Grenscode is alleen van toepassing op het 'Europese' gedeelte van het Koninkrijk. Kortgezegd betekent dit dat de aanpassing van Schengengrenscode - waarin o.a. Volksgezondheids-gerelateerde zijn opgenomen - niet van toepassing zullen zijn op de Cariben. Meer informatie is te vinden via: [EUR-Lex - 52021PC0891 - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](#).

Er is in deze versie van het LCP_I voor gekozen om, vanwege het afwijkende karakter van Caribisch Nederland, niet precies uit te werken hoe de aanpak van een grootschalige infectieziekte met grote maatschappelijke impact er in deze gebieden uit zou zien. We volstaan daarom met bovenstaande constatering. In een volgende versie van het LCP-I kan, indien hier in de gebieden behoefte aan bestaat, een specifieke verkenning en uitwerking opgenomen worden.

1.3 Afbakening

Het LCP-I gaat over de samenwerking op het gebied van infectieziektebestrijding, bij een (dreigende) bovenregionale crisis van een (mogelijke) A-ziekte (en eventueel bij een grootschalige B1-infectieziektecrisis) met aanzienlijke maatschappelijke gevolgen.³ Dit crisisplan is bedoeld voor beleidsmatig gebruik en bevat daarom geen gedetailleerde operationele uitwerkingen van procedures. Deze zijn te vinden in de specifieke hand- en draaiboeken. Het bevat ook geen gedetailleerde uitwerking van de maatregelen voor specifieke infectieziekten, deze zijn te vinden in de LCI-richtlijnen⁴.

Mocht de uitbraak het gevolg zijn van opzettelijk menselijk handelen, dan zal ook het LCP extreem geweld en terrorisme⁵ of het LCP militaire dreigingen⁶ een rol spelen.

Op het moment van schrijven van dit LCP-I is er een aantal zaken rondom infectieziektecrisisbestrijding nog in ontwikkeling. Zaken die nog niet zijn vastgesteld, zijn daarom (nog) een witte vlek en niet opgenomen in het LCP-I. Waar mogelijk is de witte vlek wel benoemd.

1.4 Definities

Het LCP-I hanteert een aantal definities, die hieronder zijn uitgelegd.

- *Infectie*: het binnendringen en de ontwikkeling of vermenigvuldiging van een infectieus agens in het lichaam van mensen, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan.⁷
- *Epidemie van een infectieziekte*: een in korte tijd sterke toename of ongewoon aantal nieuwe patiënten lijdend aan een infectieziekte behorend tot groep A1, A2, B1, B2 of C.⁸
- *Pandemie*: een epidemie op wereldwijde schaal.
- *A-ziekte*: meldingsplichtige ziekten uit groep A1 en A2, opgenomen in de Wet publieke gezondheid.
- *Advies*: door een aangewezen/vastgesteld organisatie(onderdeel) gemaakte aanbevelingen/raad, gebaseerd op specifieke expertise, ter voorbereiding op besluitvorming, bijvoorbeeld een risicobeoordeling over het nemen van maatregelen ter bestrijding van de infectieziekte.
- *Besluit*: een keuze of een vastberaden actie die genomen wordt na zorgvuldige afweging van verschillende adviezen, informatie en overwegingen.⁹

³ Zoals opgenomen in de Wet Publieke Gezondheid.

⁴ <https://lci.rivm.nl/>

⁵ <https://www.nctv.nl/actueel/nieuws/2023/10/10/landelijk-crisisplan-rondom-extreem-geweld-en-terrorisme>

⁶ Oplevering verwacht in 2025

⁷ Artikel 1, sub m Wet Publieke Gezondheid.

⁸ Artikel 1, sub i Wet Publieke Gezondheid.

⁹ Deze definitie is breder dan de definitie in de Algemene wet bestuursrecht, waarin een besluit gedefinieerd wordt als een *schriftelijke beslissing van een bestuursorgaan, inhoudende een publiekrechtelijke rechtshandeling* (Art. 1:3 Awb).

- *Crisis*: een gebeurtenis waarbij de nationale veiligheid in het geding is doordat één of meerdere vitale belangen worden aangetast en waarbij de reguliere structuren en/of middelen niet toereikend zijn om de stabiliteit te handhaven.¹⁰
- *Infectieziektecrisis*: een situatie of gebeurtenis die ten gevolge van infectieziekten tot grote gezondheidsschade, onzekerheid of ongerustheid leidt of kan leiden onder de bevolking, urgent moet worden opgepakt en een hoge mate van onzekerheid kent.
- *Medisch-operationele voorzieningen*: voorzieningen in verband met het grootschalig testen van mensen, het grootschalig uitvoeren van bron- en contactonderzoek en het, indien aan de orde, grootschalig vaccineren van mensen of het grootschalig distribueren van genees- of hulpmiddelen om verspreiding en ziektelast te verminderen.

1.5 Contextbeschrijving van infectieziektebestrijding

Infectieziektebestrijding is in de eerste plaats een zaak van professionals (de huisarts, het ziekenhuis maar ook de GGD en het RIVM). Als het echter gaat om zeer besmettelijke infectieziekten die grote gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheid zijn maatregelen nodig die de professional niet zelf kan inzetten. Het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid is essentieel bij bijvoorbeeld het instellen van vrijheidsbeperkende maatregelen en verdeling van schaarse voorzieningen, maar ook bij communicatie naar het brede publiek of specifieke doelgroepen. In de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn deze verantwoordelijkheden beschreven en is hiertoe voor een aantal infectieziekten een meldingsplicht aan de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) opgenomen voor behandelend artsen en microbiologen.

In Nederland is de infectieziektebestrijding in principe decentraal belegd. De lokale GGD start, afhankelijk van het type infectieziekte, verschillende processen op. Soms is uitbraakonderzoek nodig, zoals bij voedselinfecties, bronchitis, zoals bij een melding van legionellose, contactonderzoek zoals bij kinkhoest, of een combinatie hiervan. De GGD'en maken hierbij gebruik van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) richtlijnen¹¹ en draaiboeken. Bij bovenregionale of landelijke uitbraken neemt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de coördinatie van de bestrijding op zich. Hiertoe zijn informatie- en opschalingsstructuren ingericht. Dit behoort tot de reguliere infectieziektebestrijding. Bij sommige infectieziekten is vroegsignalering en bestrijding dermate belangrijk dat de minister van VWS de leiding van de bestrijding krijgt. Deze worden als 'groep A' meldingsplichtige infectieziekten aangemerkt. De minister kan nieuwe bedreigende infectieziekten als groep A aanmerken, bijvoorbeeld in navolging van een World Health Organization (WHO) advies, en in de regel op advies van het Outbreak Management Team (OMT).

Niet elke infectieziekte-uitbraak leidt tot een infectieziektecrisis. Het Landelijk Crisisplan Infectieziekten (LCP-I) gaat over de samenwerking op het gebied van infectieziektebestrijding bij een (dreigende) bovenregionale crisis van een A infectieziekte (en eventueel bij een grootschalige B1-infectieziektecrisis), met aanzienlijke maatschappelijke gevolgen.

Een infectieziekte heb je nooit alleen en een infectieziektecrisis met aanzienlijke maatschappelijke gevolgen heeft over het algemeen ook internationale aspecten. Voor de aanpak van een grensoverstijgende infectieziektecrisis is internationale samenwerking cruciaal. De WHO heeft een rol in de wereldwijde crisisaanpak bij grootschalige infectieziekte-uitbraken. Het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) richt zich op de preventie en controle van (infectie)ziekten in lidstaten van de Europese Unie. Internationale adviezen van de WHO en het

¹⁰ Zie voor een uitgebreide definitie van 'Crisisbeheersing': Nationaal Handboek crisisbeheersing 2022.

¹¹ [LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](https://www.rivm.nl/lci-richtlijnen)

ECDC spelen een rol in het proces van advisering bij de bestrijding van een infectieziektecrisis in Nederland. Op EU-niveau is de Verordening Ernstige Grensoverschrijdende Gezondheidsbedreigingen (EU/2022/2371) het wettelijk kader voor internationale gezondheids crises waarin de taken en bevoegdheden van de Health Security Committee (HSC) vastliggen en de verplichtingen van lidstaten om infectieziekten te melden via het Early Warning Response System (EWRS). De Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA), de Europese autoriteit voor paraatheid en respons op ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, productie, gezamenlijke aankoop en verspreiding van geneesmiddelen en vaccins. In het geval van een zoonose zijn ook de World Organisation for Animal Health (WOAH) en de Food and Agriculture Organization (FAO) belangrijk in de internationale samenwerking.

Type infectieziekten

Hieronder zijn de verschillende groepen meldingsplichtige infectieziekten en de mate waarin door de GGD eventueel dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden om verspreiding te voorkomen en andere mensen te beschermen opgenomen (Tabel 1).¹² Voor elke groep bestaat een lijst met deze meldingsplichtige infectieziekten. Artikel 20 van de Wet publieke gezondheid (Wpg) gaat in op het aanmerken van een infectieziekte tot één van de infectieziektegroepen.

Infectieziekte groep	Mate waarin dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden om de bevolking te beschermen	Melden van vaststellen diagnose ¹³
A1, bij pandemisch potentieel	Bij A1-infectieziekten kunnen individuele en collectieve maatregelen genomen worden om verspreiding van de ziekte te voorkomen. Voorbeelden van collectieve maatregelen zijn: afstand houden tot anderen; het dragen van een neus-mondmasker in openbare ruimtes en/of het openbaar vervoer; een verbod op evenementen of het samenkomen van groepen; en controles op ziekteverschijnselen bij aankomst in Nederland.	(bij vermoeden) Arts meldt onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst
A2	Mogelijk wettelijke individuele maatregelen: gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, gedwongen quarantaine (inclusief medisch toezicht), verbod van beroepsuitoefening.	(bij vermoeden) Arts meldt onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst
B1	Mogelijk wettelijke individuele maatregelen: gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, verbod op beroepsuitoefening.	Arts meldt binnen 24h aan de gemeentelijke gezondheidsdienst, of – bij sommige infectieziekten – uiterlijk de volgende werkdag
B2	Mogelijk wettelijke individuele maatregelen: verbod op beroepsuitoefening.	Arts meldt uiterlijk de volgende werkdag aan de gemeentelijke gezondheidsdienst
C	Dwingende maatregelen voor personen kunnen niet opgelegd worden. Maar melding en persoonsgegevens zijn nodig om de inzet van vrijwillige/te adviseren maatregelen rondom de patiënt of anderen in de gemeenschap mogelijk te maken, of maatregelen m.b.t. gebouwen, goederen etc.	Arts meldt uiterlijk de volgende werkdag aan de gemeentelijke gezondheidsdienst

Tabel 1. Verschillende groepen infectieziekten.

Bij een melding of uitbraak van een infectieziekte is het aan het bevoegd gezag om, afhankelijk van de ernst en omvang, bovenstaande mogelijke wettelijke maatregelen af te dwingen.

¹² RIVM, meldingsplicht infectieziekten <https://www.rivm.nl/meldingsplicht-infectieziekten/welke-infectieziekten-zijn-meldingsplichtig>

¹³ Hoofdstuk V, paragraaf 2 van de Wet publieke gezondheid <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2024-02-01#HoofdstukV>.

- Bij een individuele of kleinschalige uitbraak van een infectieziekte uit groep B1, B2 of C, geeft de burgemeester in beginsel leiding aan de bestrijding. Indien de uitbraak meer dan lokale effecten heeft, geeft de voorzitter van de veiligheidsregio leiding.
- Bij een uitbraak van een infectieziekte uit groep A1 of A2, draagt de voorzitter (dan wel het bestuur) van de veiligheidsregio zorg voor de bestrijding waarbij de minister van VWS de leiding heeft. De minister van VWS kan een opdracht geven aan de voorzitter hoe de bestrijding ter hand te nemen. Daarnaast kan (bij inwerkingtreding van de Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid) de minister van VWS opdrachten geven aan de directeur publieke gezondheid van de GGD'en, wanneer het om medisch-operationele voorzieningen gaat. Daarover wordt de voorzitter van de veiligheidsregio geïnformeerd.
- Bij bestrijding van een A1-infectieziekte met enkel plaatselijke betekenis¹⁴ kan de burgemeester ook bevoegd zijn tot het nemen van collectieve maatregelen als bedoeld in hoofdstuk V, paragraaf 8 van de Wpg.

Voor het nemen van maatregelen kan onderscheid gemaakt worden tussen *collectieve* en *individuele* maatregelen. Eventuele maatregelen gericht op het individu staan opgenomen in hoofdstuk V, paragraaf 3 van de Wpg. Collectieve maatregelen staan beschreven in hoofdstuk V, paragraaf 7 van de Wpg.

Humane infectieziekten en zoönosen

Ziekten kunnen van dier op dier overdraagbaar zijn, dan wordt gesproken over dierziekten. Indien een ziekte van dier op mens overdraagbaar is, is sprake van een zoönose. Wanneer deze ziekte vervolgens ook van mens op mens wordt overgedragen, kan een zoönose – al dan niet – geleidelijk overgaan in of zich (voornamelijk) gaan presenteren als een humane infectieziekte.

De categorisering voor meldingsplichtige dierziekten en humane infectieziekten kan verschillen. Een zoönotische ziekteverwekker in mensen kan een andere categorie kennen dan dezelfde ziekteverwekker in dieren. De categorisering voor dierziekten valt buiten de scope van dit plan.

Risicoanalysestructuur voor humane infectieziekten en zoönosen

Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM is verantwoordelijk voor de dagelijkse risicoanalyse van infectieziekten in Nederland. Het CIb volgt infectieziekten, beoordeelt of deze een bedreiging vormen voor de volksgezondheid en coördineert de advisering, eventueel met inbreng van experts van buiten het RIVM, over mogelijke maatregelen indien sprake is van een bovenregionale of landelijke uitbraak. In Nederland zijn gemeenten (college van Burgemeester & Wethouders) verantwoordelijk voor de dagelijkse bestrijding van (uitbraken van) infectieziekten. De GGD'en voeren, zoals eerder genoemd, de bestrijding uit.

In verschillende gremia monitort het CIb (signalen over) infectieziekten en coördineert zij de bestrijding:

- **Signaleringsoverleg (SO):** Artsen en onderzoekers van het CIb bespreken meldingen en signalen van mogelijke uitbraken van infectieziekten tijdens een wekelijks signaleringsoverleg. Daarbij kijken ze ook welke infectieziekten rondgaan in Nederland en in het buitenland. Specifiek voor zoönosen vindt één keer per maand een SO-Z plaats. Daarnaast is er, eveneens één keer per maand, specifiek voor problemen met Antimicrobiële Resistentie (AMR) in zorginstellingen het signaleringsoverleg Zorginstellingen en Antimicrobiële Resistentie (SO-ZI/AMR).
- **Afstemmingsoverleg (AO):** Bij een afstemmingsoverleg bespreken deskundigen van het RIVM een signaal van een bepaalde infectieziekte en de verspreiding ervan. Daarbij wordt vaak

¹⁴ Zie artikel 6, lid 5, Wpg.

een risicoanalyse gemaakt. Soms zijn hierbij ook artsen van een GGD aanwezig of andere experts. Een afstemmingsoverleg vindt vaak meerdere keren plaats. Zo onderzoeken en volgen de experts het verloop van een uitbraak zorgvuldig. Ook start er soms onderzoek om extra informatie over de ziekte en de uitbraak te verzamelen, zoals bijvoorbeeld bij een voedselinfectie met patiënten over meerdere GGD-regio's verspreid. Specifiek voor zoönosen kan een AO-Z georganiseerd worden.

- **Responsteam (RT):** Bij een (dreigende) ernstige uitbraak van een infectieziekte waarbij landelijke coördinatie en communicatie nodig is komt een responsteam bijeen. Het responsteam beoordeelt de ernst van de uitbraak en de noodzaak voor aanvullende maatregelen. Het responsteam informeert en zorgt voor de afstemming tussen de betrokken partijen en coördineert de bestrijding. Een responsteam kan eenmalig of meerdere keren plaatsvinden. Dit hangt af van de ernst en omvang van een uitbraak. Specifiek voor zoönosen kan een RT-Z georganiseerd worden.

De structuur voor de aanpak van een zoönose is in veel gevallen vergelijkbaar met die voor humane infectieziekten. Een cruciaal aspect dat bij zoönosen in elk geval anders is, is dat het ministerie van LNV en het ministerie van VWS gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor de aanpak.

In het geval van een zoönose die overgaat op mensen maar nog geen mens-menstransmissie kent is er sprake van een gecombineerde zoönosenstructuur. Waarbij het ministerie van VWS leidend is. Het kan ook voorkomen dat een infectieziekte start als zoönose, en op den duur enkel nog humane effecten heeft (bijvoorbeeld COVID-19) dan wordt de humane infectieziektestructuur gevolgd. Zie ook paragraaf 1.6.

Dit LCP-I heeft betrekking op de humane infectieziektestructuur. Specifieke aandachtspunten bij een zoönose zijn weergegeven.

Partijen betrokken bij infectieziektebestrijding

Bij de bestrijding en aanpak van infectieziekten is een breed scala aan actoren betrokken. De actoren bevinden zich in verschillende ketens en op verschillende niveaus. Het is van belang bewust te zijn van de positionering en verschillende taken van deze verschillende ketens en niveaus. Actoren in de functionele keten infectieziektebestrijding zijn gericht op het specifieke beleidsterrein van infectieziektebestrijding, en actoren in de algemene keten zijn gericht op crisisbeheersing en de (multidisciplinaire) crisisaanpak in het algemeen. In de algemene keten zijn de algemene rampenbestrijding, openbare orde en veiligheid belegd. Daarnaast is er een onderscheid te maken tussen de taken en verantwoordelijkheden op landelijk niveau en op regionaal niveau. Specifiek voor zoönosen kan binnen de functionele keten ook nog onderscheid gemaakt worden tussen de humane en veterinaire keten.

In dit LCP-I wordt de rol van en verhouding tussen de actoren inzichtelijk gemaakt.

1.6 Specifieke aspecten van infectieziektebestrijding

- *Specifieke wetgeving rondom infectieziektebestrijding: Wet publieke gezondheid*

De Wet publieke gezondheid (Wpg) heeft specifieke aandacht voor de infectieziektebestrijding. Deze wet beschrijft de lokale, regionale en landelijke structuur rondom de infectieziektebestrijding, beginnende bij het melden en alarmeren van een besmetting tot aan het implementeren van noodwetgeving voor de bestrijding bij een grootschalige infectieziektecrisis.

De Wpg wordt aangepast, o.a. op basis van geleerde lessen uit voorgaande infectieziektebestrijdingen, en de adviezen die zijn gegeven. Als de aanpassingen in de Wpg worden doorgevoerd is dat aanleiding om het LCP-I op die punten te herzien.

- *Zoönosen: infectieziekten die van dier op mens worden overgedragen*

Een belangrijk deel van de bekende infectieziekten bij mensen is in oorsprong afkomstig van dieren. Zoönosen zijn dus een belangrijke factor om rekening mee te houden. Dit betekent dat er mogelijk maatregelen gericht op dieren nodig zijn in de aanpak van een zoönose waarbij andere partijen betrokken zijn. Hiervoor is een gezamenlijke zoönosestructuur¹⁵ van het ministerie van VWS met het ministerie van LNV ingericht. Als een zoönose zich zodanig ontwikkelt, dat uitsluitend of overwegend sprake is van mens-tot-mens overdracht, dan is er sprake van een infectieziekte, waarbij dieren geen rol meer spelen in de verspreiding en maatregelen voor dieren geen factor meer zijn.

- *Besmettelijkheid en verspreiding*

Infectieziekten worden veroorzaakt door ziekteverwekkers zoals virussen, bacteriën of schimmels. Het unieke kenmerk van deze ziekten is dat ze in meerdere of mindere mate besmettelijk kunnen zijn en zich daardoor verspreiden. Sommige infectieziekten vereisen ingrijpen, bijvoorbeeld als ze ernstig verlopen en zich gemakkelijk verspreiden, door onder andere het opsporen van potentieel besmette personen middels bron- en contactonderzoek. Dit laatste is zeker het geval als het om een infectieziekte gaat, waarvoor nog geen of beperkte immuniteit in de bevolking bestaat of als mensen er heel ziek door kunnen worden. Er kan sprake zijn van een infectieziektebron waarbij maatregelen nodig zijn, zoals bij zoönosen of een bron in voedsel of milieu. Infectieziekte verwekkers kunnen in bijzondere situaties ook doelbewust verspreid worden.¹⁶

Bij een nieuwe infectieziekte, die mogelijk een pandemie wordt, is het belangrijk (internationale) verspreiding snel te stoppen met als doel de ziekte te elimineren. Juist in de beginfase kunnen hiervoor snel vergaande maatregelen nodig zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot het internationaal reizigersverkeer. Naarmate de uitbraak van een infectieziekte groter wordt, wordt deze steeds moeilijker in te dammen en zal het beleid gewijzigd worden om verspreiding te beperken ('containment'), of de gevolgen te beperken door bijvoorbeeld de kwetsbaren te beschermen ('mitigeren').

- *Immuniteit en vaccinatie*

Voor veel infectieziekten kunnen mensen immuniteit opbouwen. De immuniteit kan ontstaan door het doormaken van een infectie, zowel bij iemand met weinig klachten of bij iemand met een ernstig ziektebeeld. Vaccins wekken ook immuniteit op, met geen of minder ziektelast, en kunnen zorgen voor verminderde of afwezige besmettelijkheid. Dit is afhankelijk van de infectieziekte en het vaccin. De ontwikkeling en inzet van vaccins spelen daarom een rol bij de preventie en bestrijding van infectieziekten. Door het uitrollen van vaccinatieprogramma's kan immuniteit opgebouwd worden om de verspreiding van infectieziekten te beperken en ziektelast te voorkomen. Het ontwikkelen, produceren en distribueren van vaccins is een complex (internationaal) proces dat tijd kost en specifieke expertise vereist.

- *Mutatie van de ziekteverwekker*

¹⁵ [Signaleren van zoönosen | RIVM](#)

¹⁶ Bij doelbewuste verspreiding is sprake van een biologisch incident. Zo'n incident wordt vaak gevat onder de term CBRN-incident: Chemische, biologische, radiologische of nucleaire incidenten.

Ziekteverwekkers kunnen muteren en de opgebouwde immuniteit (deels) 'omzeilen', hetgeen de bestrijding van infectieziekten complexer kan maken. Het vermogen van ziekteverwekkers om te muteren is afhankelijk van de specifieke verwekker en kan ook invloed hebben op de effectiviteit van vaccins en behandelingen. Dit vraagt om voortdurende monitoring en eventueel aanpassing van strategieën.

- *Maatregelen om verspreiding te beperken*

Bij de bestrijding van snel verspreidende infectieziekten spelen maatregelen zoals hygiëne, quarantaine en isolatie een cruciale rol. Mensen die (mogelijk) besmet zijn, kunnen anderen infecteren. Daarom kan het nodig zijn om hygiënemaatregelen te stimuleren, desinfectieproducten beschikbaar te maken of mensen zelfs te isoleren om verdere verspreiding te voorkomen. Quarantaine kan geïndiceerd zijn indien sprake is van mogelijke besmettelijkheid voorafgaand aan de symptomen. Hiertoe worden (nog) niet zieke, blootgestelde, potentieel besmette personen afgezonderd om onopgemerkte verspreiding te voorkomen. Quarantaine en isolatie hebben ingrijpende gevolgen voor het dagelijks leven van individuen, en indien het om veel personen gaat, voor de samenleving als geheel. Verschillende vormen van quarantaine en isolatie zijn denkbaar, bijvoorbeeld thuisisolatie of opvang van patiënten op (specifiek aangewezen) zorglocaties.

- *Het grensoverschrijdende karakter van infectieziekten*

Infectieziekten kennen geen landsgrenzen en de bestrijding ervan vereist vaak internationale samenwerking, onderlinge afstemming en coördinatie tussen landen. Het delen van informatie, middelen en technologie tussen landen is van vitaal belang om nieuwe uitbraken te signaleren, de verspreiding van de ziekte te beheersen en effectieve maatregelen te implementeren. De *NATO Strengthening Resilience Guidelines*¹⁷, *International Health Regulations (IHR)*¹⁸ van de WHO en de *EU Regulation on serious cross-border threats to health (SCBTH)*¹⁹ zijn belangrijke kaders hierbij. Ook kan internationale samenwerking helpen om draagvlak voor maatregelen te ontwikkelen en te behouden.

- *Informatieverspreiding en publiekscommunicatie*

Het doelgericht inzetten van informatie en het communiceren met het publiek spelen een cruciale rol bij de bestrijding van infectieziekten. Het is belangrijk om betrouwbare, accurate en begrijpelijke informatie te verstrekken om onnodige ongerustheid te voorkomen en begrip, medewerking, naleving en draagvlak van de bevolking te verkrijgen bij preventieve (gedrags)maatregelen. Deze maatregelen zijn vaak cruciaal bij het bestrijden van een infectieziektecrisis. Verwachtingsmanagement en communicatie over de risico's zijn in dat geval van belang. Doordat veel van de bestrijdingsmaatregelen gericht zijn op (gedrag van) het collectief, is communicatie extra belangrijk. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor de verspreiding van desinformatie. In hoofdstuk 3.6 wordt ingegaan op de risico- en crisiscommunicatie bij infectieziekten. Bij het LCP-I hoort ook een koepelnotitie over communicatie rond infectieziekten crises, deze is opgenomen in bijlage 3.

- *Een grootschalige uitbraak van infectieziekten raakt iedereen*

De aard van een infectieziektecrisis brengt met zich mee dat de effecten breed in de samenleving doorwerken. Niet alleen raakt het potentieel grote groepen mensen, ook de maatregelen die ingezet worden ter bestrijding van een infectieziektecrisis kunnen verstrekkende effecten in de samenleving hebben. Dit betekent dat potentieel vrijwel alle sectoren en beleidsterreinen geraakt

¹⁷ https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_132722.htm

¹⁸ <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241580410>

¹⁹ <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/summary/serious-cross-border-threats-to-health.html>

worden door (neven)effecten van een infectieziektecrisis en dat indien mogelijk mitigerende maatregelen, met flankerend beleid om de negatieve effecten daarvan te dempen, moeten worden ingezet.

- *Lucht, water, spoor- en wegvervoer als noodzakelijke transportmodaliteiten*

Ten tijde van een grootschalige uitbraak van een infectieziekte vervullen lucht, water, spoor- en wegvervoer als transportmodaliteiten ook een noodzakelijke vervoersfunctie. Denk daarbij aan het vrachttransport van medische apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's), vaccins en geneesmiddelen, repatriëring van Nederlanders, patiëntenvervoer en het waarborgen van economische activiteiten (o.a. voedsel en grondstoffen voor geneesmiddelen). Dit betekent dat noodzakelijk vervoer moet kunnen plaatsvinden.²⁰

- *Mogelijke langdurigheid*

Infectieziektecrises kunnen relatief lang duren, in tegenstelling tot sommige andere crisistypen. Dit betekent dat allen die in de crisisstructuur betrokken zijn zich steeds bewust moeten afvragen of die crisisstructuur (met alle bijbehorende noodbevoegdheden) nog steeds de meest passende vorm is om de crisis te bestrijden. Daarnaast vraagt de mogelijke langdurigheid van de crisis erom dat er goed wordt nagedacht over de duurzame inzetbaarheid van hen die bij de bestrijding van de crisis betrokken zijn.

Kortom, de bestrijding van infectieziekten, waaronder zoönosen, vereist een multidisciplinaire aanpak, waarbij medische, verpleegkundige, gedragswetenschappelijke, logistieke, maatschappelijke, bestuurlijke, economische, ethische en communicatieve aspecten samenkomen. Het is een uitdaging, die zowel op lokale, landelijke als op wereldwijde schaal aandacht vereist; dat maakt de bestrijding van een infectieziektecrisis complex. Juist in de bestrijding van een infectieziektecrisis is coördinatie en verbinding binnen en tussen het Rijk (en met internationale partners) enerzijds en de regionale partijen anderzijds, en tussen sectoren, van essentieel belang. Het LCP-I is daarom een belangrijk instrument in de gezamenlijke voorbereiding op een infectieziektecrisis.

1.7 Beheer en actualisatie crisisplan

De minister van VWS en de minister van JenV, als coördinerend minister voor crisisbeheersing, zijn eigenaar van en verantwoordelijk voor het beheer en de actualisatie van het LCP-I, in samenwerking met de veiligheidsregio's en betrokken crisispartners. Het ministerie van VWS beziet periodiek, tenminste eens per vier jaar, in overleg met de minister van JenV en de betrokken actoren en organisaties of actualisering van het LCP-I nodig is.

1.8 Opleiden, trainen en oefenen

Het LCP-I kan worden gebruikt als basis voor de opleiden-, trainen- en oefencyclus in het kader van crisisbeheersing. Opleidingen, trainingen en oefeningen rondom het LCP-I zijn nodig om de kennis en ervaring van de betrokken partijen en professionals met betrekking tot de beheersing van een infectieziektecrisis actueel te houden. Hierbij dient met name aandacht besteed te worden aan de raakvlakken van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van betrokken actoren, de dilemma's die hieruit voortkomen en hoe hier in de praktijk mee omgegaan kan worden.

²⁰ Zie voor de luchtvaartsector het Nationaal Emergency Plan pandemische paraatheid (NEP3), pagina 5.

Periodieke landelijke oefeningen waarmee het gehele proces geoefend wordt, dragen bij aan het doorleven van de planvorming en de voorbereiding in de praktijk.

Actoren hebben ook zelf een verantwoordelijkheid in de zorg voor een adequate preparatie. Ten behoeve van een vlotte leiding en coördinatie tijdens een crisis dienen regelmatig activiteiten gericht op opleiden, trainen en oefenen van infectieziektecrises plaats te vinden. Een belangrijk thema in deze oefeningen moet de samenwerking tussen de ketenpartners zijn.

De reguliere zorgpartijen en de besturen van de veiligheidsregio's spelen een rol in de ketenvoorbereiding voor crises. Samenwerking in, onder meer, het ROAZ is in de voorbereiding en preparatie van belang. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) in de regio's speelt in de voorbereiding op crises een verbindende en signalerende rol tussen de publieke gezondheid (Wpg) en de crisisbeheersing (Wvr).

1.9 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de actoren in de infectieziektebestrijding toegelicht. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de crisisprocessen. Hoofdstuk 4 biedt scenario's en een overzicht van mogelijke sleutelbesluiten tijdens een infectieziektecrisis.

In dit document wordt veel verwezen naar andere informatiebronnen. Wanneer deze documenten voor het eerst worden geïntroduceerd, wordt gewerkt met een voetnoot. Bij herhaling van dezelfde informatiebronnen, worden deze niet herhaald. Een overzicht van alle informatiebronnen is terug te vinden in bijlage 3.

HOOFDSTUK 2

Actoren in infectieziektebestrijding

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de verschillende actoren die betrokken zijn bij een dreigende infectieziektecrisis en de bestrijding en het beperken van de impact van een infectieziekte. Het betreft zowel de actoren in het infectieziektedomein (functionele keten), als in de generieke crisisbeheersingsketen (algemene keten). Daarnaast gaat het hoofdstuk in op de rollen van de centrale actoren tijdens een crisis.²¹ Specifieke verantwoordelijkheden omtrent communicatie door of vanuit verschillende actoren is terug te lezen in hoofdstuk 3.6.

2.2 Overzicht crisisstructuur

In de bestrijding van een infectieziekte werken organisaties vanuit de algemene keten en de functionele keten samen. De algemene keten richt zich op de openbare orde en veiligheid. Voor ieder specifiek beleidsterrein dat te maken heeft met crisis bestaat een functionele keten. In dit geval betreft het de functionele keten infectieziektebestrijding. Gelet op de maatschappelijke effecten van mogelijke maatregelen worden nationaal en regionaal ook andere partners in de keten betrokken (andere departementen, planbureaus, adviesorganen zoals het Maatschappelijk Impact Team (MIT), colleges van B&W).

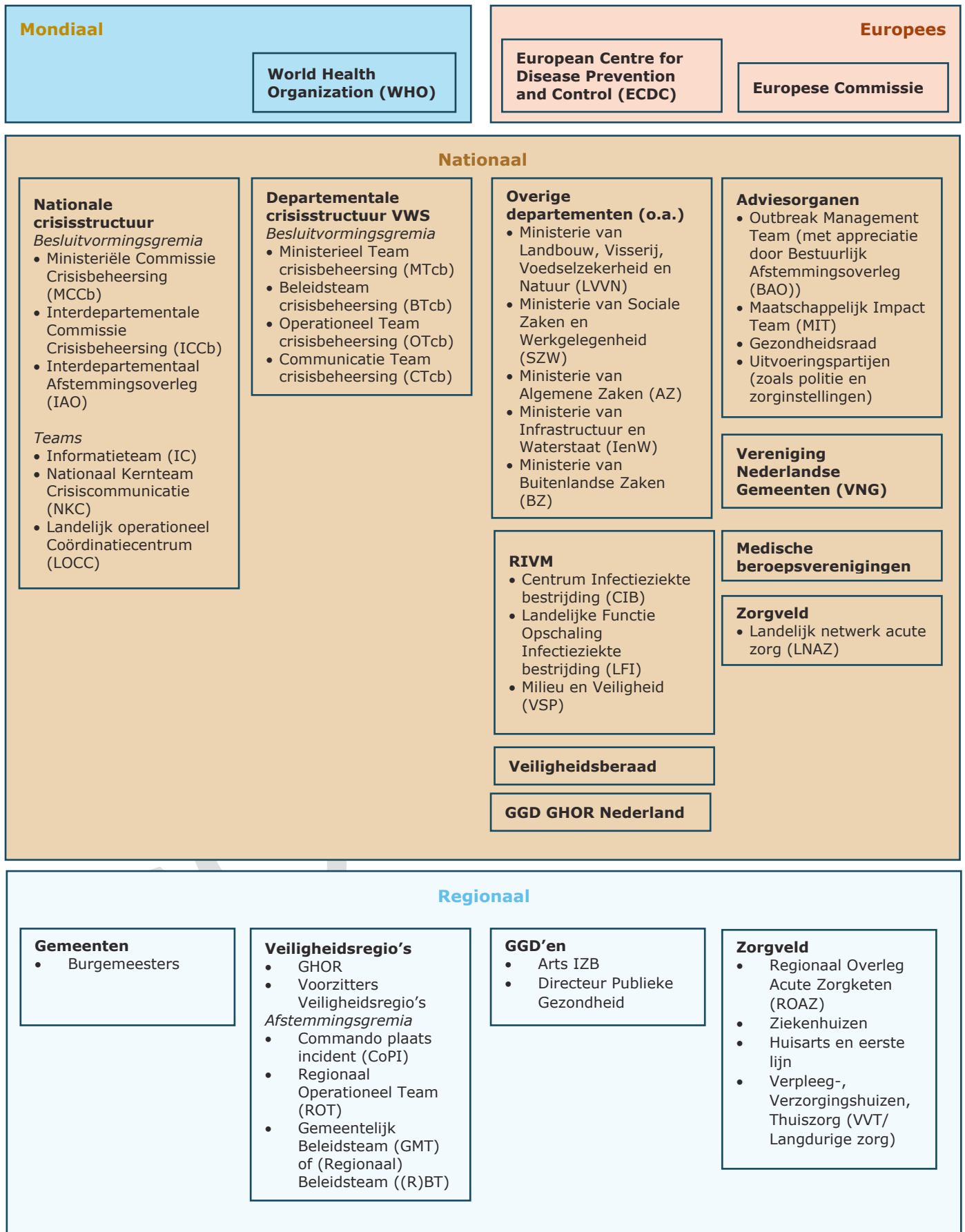
In onderstaand schema zijn de betrokken actoren in zowel de functionele als de algemene keten, en op internationaal, nationaal en regionaal niveau weergegeven. Dit schema geeft een overzicht van de actoren in de niet-zoönotische infectieziektebestrijding. De actoren die specifiek in het kader van de zoönosestructuur actief worden, zijn niet in dit schema opgenomen. Zij zijn wel te vinden via de website van het RIVM²². Onderstaand schema is nooit volledig, vanwege de voortdurende beweging van het veld.

In de volgende paragrafen lichten we de rol, taak en verantwoordelijkheden van de meeste²³ actoren nader toe.

²¹ Bronnen die voor dit hoofdstuk zijn geraadpleegd: Nationaal Handboek Crisisbeheersing (2022); Bestuurlijke netwerkaart 7: Infectieziekte (2018); Bevoegdheidenschema Geneeskundige hulpverlening en infectieziektebestrijding (2018); Wet publieke gezondheid; Wet veiligheidsregio's; Websites van de betrokken partijen; Planvorming in het kader van pandemische paraatheid vanuit sectoren (o.a. het Nationale Emergency Plan Pandemische Paraatheid (NEP3) vanuit de luchtvaartsector).

²² [4. De nationale risicoanalysestructuur voor zoönosen | RIVM.](#)

²³ Actoren in het zorgveld zijn genoemd, maar hebben geen formeel vastgelegde rol in de crisisstructuur. Deze actoren worden niet nader toegelicht.



Figuur 1 Betrokken actoren bij een infectieziektecrisis.

2.3 Actoren in de functionele keten

Actoren in de functionele keten zijn de GGD'en, het RIVM, het ministerie van VWS en actoren in de zorgketen. In het geval van een zoönose behoort het ministerie van LNVN ook tot de functionele keten, net als de NVWA.

2.3.1 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en)

De GGD'en voeren namens de burgemeester en wethouders de wettelijke taken uit op het gebied van volksgezondheid en infectieziekten. Hierbij heeft de directeur publieke gezondheid (DPG), als leiding van de GGD en de GHOR, een verbindende rol. De DPG brengt vanuit de verantwoordelijkheid voor zowel de publieke gezondheid (functionele keten) als de crisisbeheersing (algemene keten) partijen samen. Hierbij bewaakt hij de zorgcontinuïteit, waarbij hij met het Zorgrisicoprofiel van zijn regio zorgpartijen kan adviseren over de voorbereiding op rampen en crises, zorg kan dragen voor afstemming van de planvorming tussen zorg en veiligheid, inzicht kan krijgen in de mate van voorbereiding van de zorgpartijen op rampen en crises en verbindingen kan leggen met het openbaar bestuur.

Tijdens een opgeschaalde fase is de DPG belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening.

In de voorbereidende fase heeft de DPG tevens een rol als toezichthouder op de geneeskundige keten. Indien de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening of de voorbereiding daarop naar het oordeel van de DPG tekort schiet, treedt het bestuur van de veiligheidsregio in overleg met een organisatorisch verband of zorgaanbieder. De voorzitter van de veiligheidsregio kan vervolgens, indien hij geen verbetering constateert, het desbetreffende organisatorisch verband en de desbetreffende zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.

De GGD'en spelen een centrale rol in de regionale preventie van infectieziekten en in de uitvoering van infectieziektebestrijding. Infectieziektebestrijding omvat het voorkomen, signaleren en bestrijden van infectieziekten, die vanwege hun verspreidingskans een risico vormen voor de volksgezondheid. Het gaat om een grote variëteit aan ziekterisico's, zoals kinkhoest, hepatitis, legionellose, meningokokkenziekte en tuberculose (tbc). Tbc-bestrijding is een aparte taak binnen de infectieziektebestrijding voor de GGD'en. Er zijn ook infectieziekten die in Nederland niet of zeer sporadisch voorkomen, maar in het buitenland frequent(er) voorkomen, zoals MERS, malaria en ebola.

De uitvoering van infectieziektebestrijding door de GGD'en wordt uitgevoerd in opdracht van de colleges van B&W van gemeente(n). Tegelijkertijd is de voorzitter van de veiligheidsregio verantwoordelijk voor de bestrijding van A-infectieziekten en beschikt deze over noodbevoegdheden om hierin maatregelen te nemen. Dit onderstreept de duale rol en verantwoordelijkheden van de directeur publieke gezondheid: De DPG is verantwoordelijk voor zowel de GGD-organisatie als de GHOR-organisatie. De DPG legt verantwoording af aan het bestuur van de van de veiligheidsregio en geeft advies over de geneeskundige keten.

Rondom infectieziektebestrijding hebben de GGD'en één hoofddoel: het voorkomen van besmettingen door infectieziekteverwekkers en de verspreiding ervan ter bescherming van de volksgezondheid. Om dit hoofddoel te bereiken zijn, zoals omschreven in het rapport 'de kerntaken

van de infectieziektebestrijding'²⁴, voor de GGD zeven kerntaken benoemd bij infectieziektebestrijding:

- Bestrijding van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding (zoals bijvoorbeeld het uitvoeren van testen, vaccinatie en bron- en contactonderzoek tijdens de COVID-19 pandemie. Infectieziektebestrijding wordt uitgevoerd volgens de LCI-richtlijnen van het RIVM)
- Surveillance
- Beleidsadvisering
- Preventieactiviteiten
- Netwerk en regie
- Voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken
- Kennis en onderzoek

GGD'en werken in de bestrijding van infectieziekten samen met het RIVM, de NVWA en regionale ketenpartners zoals laboratoria, huisartsen, ziekenhuizen en veterinaire deskundigen. Er is specifieke aandacht voor instellingen waar mensen verblijven of samenkomen die kwetsbaar zijn voor infectieziekten, zoals de VVT-sector (verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg), ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, kindercentra, basisscholen en asielzoekerscentra.

GGD Rotterdam-Rijnmond en GGD Kennemerland vervullen een bijzondere rol voor respectievelijk de Port of Rotterdam en Luchthaven Amsterdam Schiphol, welke zijn aangewezen als "designated Points of Entry", ofwel respectievelijk zogenaamde A-haven en A-luchthaven. Hier is het risico op binnenkomst van een infectieziekte groter, gezien de internationale reisbewegingen die hier samenkomen. Vanwege de uitgebreide preparatie en ervaringen kunnen deze GGD'en goede voorbeelden uitwisselen richting GGD'en elders in het land met lucht- en zeehavens. De aangewezen havens en luchthavens hebben specifieke verantwoordelijkheden. Deze staan beschreven in paragraaf 6 van de Wpg en in het Besluit behorende bij de Wpg.

GGD GHOR Nederland is de ambtelijke brancheorganisatie van de directeurs publieke gezondheid van de GGD'en. GGD GHOR Nederland is een verbindende schakel tussen de GGD'en, GHOR-bureaus, veiligheidsregio's, kennisinstituten, ministeries en andere landelijke partners.

2.3.2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Het RIVM bestaat uit meerdere specialistische kenniscentra of domeinen, waaronder het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb). Binnen het CIb zijn er centra die zich bezighouden met epidemiologie (EPI), zoönotische aspecten (Z&O), diagnostiek (IDS), vaccins en immuniteit (IIV), en coördinatie van infectieziektebestrijding (LCI). Binnen het RIVM is er een centrum biociden voor desinfectie en vector bestrijding (VSP) en wordt gewerkt aan een nieuw domein preventieprogramma's en opschaling publieke gezondheid (PPG).

Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)

Het CIb is het kenniscentrum van het RIVM, dat de bestrijding van infectieziekten *medisch-inhoudelijk* coördineert. Het gaat hierbij om effectieve preventie, hoge waakzaamheid en snelle reactie bij een uitbraak. In het geval van een landelijke A1-infectieziektecrisis gebeurt dit onder aansturing van de minister van VWS. Daarnaast formuleert het CIb het gewenste preventie- en bestrijdingsbeleid en geeft advies aan de overheid en de professionals in de praktijk. Het verricht hiertoe zelf wetenschappelijk onderzoek. Het CIb draagt bij aan de expertiseontwikkeling, kwaliteit en uniformiteit van de infectieziektebestrijding. Het zorgt voor heldere en betrouwbare

²⁴ [Adviesrapport-De-Kerntaken-van-de-IZB_sept-22.pdf \(ggdghor.nl\)](#)

communicatie naar publiek en professionals en voor een effectieve internationale samenwerking. Daarnaast beheert het CIB verschillende berichtenservices die zijn bedoeld om professionals in de infectieziektebestrijding op de hoogte te houden van infectieziektesignalen.

Het wekelijkse signaleringsoverleg dat door het CIB georganiseerd wordt, speelt een rol in de melding en alarmering rond een infectieziektecrisis. Dat geldt ook voor het maandelijks signaleringsoverleg voor zoönosen. Zie voor een nadere toelichting paragraaf 3.1.

Het CIB bestaat uit vijf onderdelen: Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding en Infectieziekteonderzoek, Diagnostiek en laboratorium Surveillance worden hieronder genoemd. Daarnaast bestaat het uit de onderdelen Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten, Zoönosen en Omgevingsmicrobiologie en Immunologie van Infectieziekten en Vaccins die allen bij de bestrijding een eigen rol hebben.

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)

Binnen het CIB is er de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI). De LCI voert regie op de infectieziektebestrijding vanuit een bovenregionale, nationale en internationale optiek. Dat betekent dat bij grote (landelijke) uitbraken de coördinatie van en communicatie over de bestrijding in handen is van de LCI, dit in aansluiting op lokale en regionale infectieziektebestrijding. De LCI ontwikkelt samen met professionals uit het veld de landelijke LCI-richtlijnen en -draaiboeken.²⁵ Sinds 1995 werkt de LCI hiervoor samen met het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), wiens opdracht het is om landelijke uniforme afspraken over de bestrijding van infectieziekten vast te stellen. Indien deze richtlijnen ontoereikend zijn, dan kan de directeur van het CIB een OMT bijeenroepen. Zie voor een nadere toelichting paragraaf 2.6.1.

Het Centrum Infectieziekteonderzoek, Diagnostiek en laboratorium Surveillance (IDS)

Binnen het CIB is IDS verantwoordelijk voor microbiologisch onderzoek en (bijzondere) patiëntgeoriënteerde en epidemiologische diagnostiek van infectieziekten. IDS organiseert en beheert een landelijk dekkend netwerk van medisch-microbiologische referentielaboratoria en bij een grote uitbraak staan de outbreak assistance-labs klaar om te helpen.

²⁵ [LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](https://rivm.nl/lci-richtlijnen)

Preventieprogramma's en opschaling Publieke Gezondheid (PPG)

In de Tijdelijke Werkorganisatie (TWO) werkt het RIVM aan een nieuw domein dat preventieprogramma's goed en herkenbaar voor de burger organiseert. De primaire taak van dit nieuwe RIVM-domein is regie op en coördinatie van de uitvoering van bevolkingsonderzoeken, screenings, vaccinatieprogramma's en opschaling bij grote uitbraken van infectieziekten. Hierin zijn de Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma (DVP), het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) en de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) ondergebracht. DVP beheert de centrale voorraden ten behoeve van alle vaccinatieprogramma's en zorgt voor de 24-uurs beschikbaarheid van producten waarvoor snelle toediening van levensbelang is voor de individuele patiënt zoals immunoglobulinen, antivirale middelen en antitoxa.

Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI)

De LFI maakt onderdeel uit van het domein PPG en heeft twee taken, waarbij de focus ligt op de *medisch-operationele* processen. Ten eerste geeft de LFI bij een uitbraak van een A-infectieziekte die om landelijke bestrijding vraagt, sturing aan snelle opschaling van de medisch-operationele voorzieningen en de opgeschaalde operatie zoals vaccineren, BCO en testen. Via een voorgenomen wijziging van de Wpg wordt verankerd dat de minister van VWS in afwijking van de getrapte aanwijzing via de voorzitter veiligheidsregio via de LFI direct kan sturen op DPG'en ten tijde van een epidemie van een A-infectieziekte met landelijke impact of directe dreiging daarvan.

Ten tweede voert de LFI de centrale regie op de voorbereiding op dergelijke grootschalige medisch operationele processen bij een uitbraak. De LFI werkt in de uitvoering nauw samen met de GGD'en waarbij de DPG als hoofd GHOR, namens de voorzitter van de veiligheidsregio, ook rekening houdt met de GHOR-belangen.

Waar het CIB gericht is op medisch-inhoudelijke regie en medisch-operationele regie bij beperktere uitbraken, neemt de LFI, in opdracht van de minister van VWS, de sturing op de medisch operationele processen over bij grootschalige uitbraken van A-infectieziekten.

2.3.3 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De minister van VWS is politiek en beleidsmatig verantwoordelijk voor beleid ten aanzien van infectieziekten en de aanpak van infectieziektecrises, binnen de maatschappelijke context en met oog voor proportionaliteit. De directie Infectieziektebeleid (IZB) van het ministerie van VWS heeft daarin een centrale rol.

Bij de uitbraak van een landelijke A-infectieziekte heeft het ministerie van VWS de regie in de besluitvorming omtrent maatregelen. Artikel 7 lid 1 Wpg bepaalt dat de minister van VWS leiding geeft aan de bestrijding van een epidemie behorend tot groep A en de voorzitters van de veiligheidsregio's kan opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder het opdragen tot het toepassen van maatregelen als bedoeld in hoofdstuk V van de Wpg.²⁶ De leiding vindt plaats binnen de context van een samenhangende kabinetsaanpak in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb), andere onderraden of de ministerraad.

²⁶ Zie ook uitgebreidere toelichting in het juridisch kader (Bijlage 1).

VWS crisisstructuur

Bij een infectieziektecrisis zal het ministerie van VWS de crisisstructuur activeren, waarin de crisisbesluitvorming wordt voorbereid voor de DG Volksgezondheid en de minister. Deze crisisstructuur bestaat uit een Ministerieel Team Crisisbeheersing (MTcb), Operationeel Team Crisisbeheersing (OTcb), een Beleids team Crisisbeheersing (BTcb) en een Communicatie Team Crisisbeheersing (CTcb). Wanneer het een zoönose betreft en er gezamenlijke opschaling met het ministerie van LNV plaatsvindt, heten deze teams respectievelijk Gezamenlijk Adviesteam van VWS en LNV (GAT) en Gezamenlijk Beleids team van VWS en LNV (GBT). Dit sluit aan bij de algemene crisisstructuur binnen het departement, zoals beschreven in het Departementaal Handboek Crisisbeheersing van het ministerie van VWS.²⁷

Specifiek voor de processen binnen het ministerie van VWS bij een infectieziektecrisis is er een Beleidsdraaiboek Infectieziekten, waarin de interne structuur en processen nader beschreven worden. Ook bestaat er een apart Beleidsdraaiboek crisisbesluitvorming en crisiscommunicatie zoönose, in samenwerking met het ministerie van LNV (zie paragraaf 2.3.4).

2.3.4 Ministerie van Landbouw, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur (LNV)

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De minister van LNV is politiek en beleidsmatig verantwoordelijk voor de bestrijding van bepaalde aangewezen dierziekten. Dierziekten kunnen worden aangewezen als de ziekte aan bepaalde criteria voldoet (bijvoorbeeld als deze een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan opleveren, artikel 5.3, tweede lid van de Wet dieren). Op basis de Wet dieren kan de minister van LNV vervolgens besluiten de nodige maatregelen tot bestrijding van een besmettelijke dierziekte te treffen. Hierbij kan gedacht worden aan maatregelen die gericht zijn op een specifieke inrichting of het vaststellen van een regeling met verplaatsingsverboden in de beperkingsgebieden. Voor verdere details over het Europees en Nederlands rechtskader omtrent bestrijding van dierziekten wordt verwezen naar het algemeen deel van het Beleidsdraaiboek bestrijdingsplichtige dierziekten van het ministerie van LNV.²⁸

LNV crisisstructuur

Specifiek voor uitbraken van zoönosen is het Beleidsdraaiboek crisisbesluitvorming en crisiscommunicatie zoönose van toepassing. Dit draaiboek beschrijft de gezamenlijke opschaling en besluitvorming (GAT en GBT) van het ministerie van VWS en het ministerie van LNV.

Binnen het ministerie van LNV wordt de bestrijding van dierziekten gecoördineerd door de DG Agro (DGA). De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) is als uitvoeringsorganisatie verantwoordelijk voor het uitvoeren van eventuele maatregelen en houdt toezicht op de naleving van de regelgeving. Het team NVWA Incident- en Crisiscentrum (NVIC), dat onderdeel is van de afdeling Incident- en Crisisbeheersing (ICB) van de NVWA, staat dag en nacht paraat om dierziekte- en zoönosemeldingen af te handelen.

2.3.5 Actoren in het zorgveld

De actoren in het zorgveld hebben een rol in de bestrijding van infectieziekten en zullen direct effecten merken van een crisis. Deze actoren kunnen ingedeeld worden in eerstelijns, zoals huisartsenzorg, tandarts en fysiotherapie, en tweedelijns zorg, zoals medisch specialistische zorg.

²⁷ Zie departementaal handboek crisisbeheersing VWS.

²⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/diergezondheid/documenten/rapporten/2023/03/01/bijlage-5-draaiboek-bestrijdingsplichtige-dierziekten-algemeen-deel>

De huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn voorbeelden van actoren die betrokken zijn in de infectieziektebestrijding. Zorgverzekeraars zijn ook onderdeel van het zorgveld, en hebben met name een rol in de financiering van de toename in de zorgvraag.

Belangrijk hierbij is om op te merken dat een infectieziektecrisis deze partijen (potentieel) raakt in het primaire proces, op twee manieren. Aan de ene kant zal de vraag naar zorg toenemen, doordat er meer patiënten zijn die zorg nodig hebben. Aan de andere kant zal de zorgcapaciteit afnemen:

- vanwege zorgmedewerkers die geraakt worden door de infectieziekte;
- en vanwege de maatregelen die genomen worden die de capaciteit mogelijk beperken.

Hiermee komt de toegankelijkheid van de zorg bij een uitbraak van een infectieziekte direct onder druk te staan. De opvang van besmettelijke patiënten op specifieke zorglocaties heeft een grote impact op de zorgketen en hiermee op de samenleving als geheel.

Afstemming in het zorgveld verloopt in de reguliere situatie via het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Op deze structuur zijn ook de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT/ langdurige zorg) aangesloten. Deze overlegstructuur kan ook bij grootschalige infectieziektecrises benut worden.

Het ROAZ maakt afspraken met de zorgaanbieders over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. In Nederland zijn elf regionale acute zorgnetwerken. Ieder netwerk is verbonden aan een regionaal traumacentrum, die door het ministerie van VWS is aangewezen. Het traumacentrum heeft de regie voor het initiëren van het ROAZ.

Het adagium is dat crisisbeheersing gestoeld is op reguliere zorg; veranderingen die impact hebben op de reguliere zorg hebben daarmee effect op de ketenvoorbereiding van rampen en crises.

Afspraken over de sturing op de zorgketen zijn nog in ontwikkeling. Hier wordt onder andere aan gewerkt in het landelijk opschalingsplan infectieziekten van het LNAZ

2.4 Actoren in de nationale crisisstructuur

De nationale crisisstructuur verbindt de actoren in de functionele keten met de actoren in de algemene keten. Hiernavolgend wordt een beschrijving gegeven van de actoren uit de nationale crisisstructuur. Voor een gedetailleerde toelichting wordt verwezen naar het Nationaal Handboek Crisisbeheersing 2022²⁹.

- De *Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb)* is belast met de coördinatie van en voorbereiding op besluitvorming over het geheel aan maatregelen en voorzieningen met het oog op een kabinetsbrede samenhangende aanpak van de infectieziektecrisis, van de hierdoor veroorzaakte cascade-effecten en van overige crises.
- De *Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb)* is een coördinerend en besluitvormend orgaan op hoogambtelijk niveau en bereidt het MCCb voor.
- Het *Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO)* adviseert en ondersteunt de besluitvorming van de ICCb en de MCCb.
- Het *Nationaal Crisiscentrum (NCC)* is het interdepartementaal coördinatiecentrum en knooppunt van en voor de bestuurlijke informatievoorziening en de crisiscommunicatie.

²⁹ <https://www.nctv.nl/documenten/publicaties/2022/12/06/nationaal-handboek-crisisbeheersing>

- Het *Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)* ontwikkelt en coördineert de communicatie van het Rijk en de rijksoverheid en stemt deze waar nodig af met de betrokken andere publieke en private partners.
- Het *Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC)* is een organisatorische en multidisciplinaire organisatie, met medewerkers uit verschillende disciplines binnen het veiligheidsdomein, die werkt aan onder andere de coördinatie rondom bijstand en het opstellen van het multidisciplinair Landelijk Operationeel Beeld.
- Ieder departement beschikt over een *Departementaal Coördinatiecentrum Crisisbeheersing (DCC)*, dat een knooppunt vormt van en voor bestuurlijke informatievoorziening en de crisiscommunicatie in het departement.
- Het *Informatieteam (IT)* stelt een actueel doorlopend landelijk beeld- en duiding op van de situatie ten behoeve van de nationale crisisstructuur en besluitvorming.

De samenstelling van de genoemde teams staat beschreven in het Nationaal Handboek Crisisbeheersing. Op initiatief van de voorzitters kunnen desgewenst liaisons of gemandateerde vertegenwoordigers vanuit de zorgpartners en vanuit andere betrokken domeinen uitgenodigd worden. Hiermee kan een op de situatie toegesneden inrichting en werkwijze van de ondersteuning en advisering van de ICCb en/of MCCb gerealiseerd worden.

2.5 Actoren in de algemene keten

Actoren in de algemene of generieke keten van crisisbeheersing bestaan uit de nationale crisisstructuur en het ministerie van JenV op nationaal niveau en de veiligheidsregio's en gemeenten op regionaal niveau. Zij houden zich bezig met brede effecten op de samenleving en openbare orde en veiligheid en kunnen bijdragen aan de uitvoering van maatregelen.

Infectieziektebestrijding is binnen de publieke gezondheid zowel een taak van de gemeenten als van het Rijk. Afhankelijk van de ernst en omvang van een infectieziektecrisis ligt de verantwoordelijkheid voor de aanpak ervan bij het college van burgemeester en wethouders, de burgemeester, de voorzitter van de veiligheidsregio of de minister van JenV.

2.5.1 Gemeenten

Naast de rol van de burgemeester in het bestuur van de veiligheidsregio, ligt de rol van gemeenten vooral op uitvoering en handhaving van maatregelen op lokaal niveau.

2.5.2 Veiligheidsregio's

De 25 veiligheidsregio's in Nederland zijn op grond van de Wet veiligheidsregio's (Wvr) verantwoordelijk voor brandweezorg, rampenbestrijding, crisisbeheersing en het in stand houden van de geneeskundige hulpverleningsorganisatie (GHOR). De colleges van B&W zijn verantwoordelijk voor de geneeskundige hulpverlening, terwijl de directeur publieke gezondheid (DPG) belast is met de operationele leiding van de GHOR. Het bestuur van de veiligheidsregio is verantwoordelijk voor de voorbereiding op crises in het algemeen (Wvr) en ook op de voorbereiding op de bestrijding van een uitbraak van een A infectieziekte (Wpg). Bij ingang van de 2^e tranche Wpg zal, in de warme fase, wanneer er sprake is van een A infectieziekte of een directe dreiging daarvan, de voorzitter van de veiligheidsregio zorgdragen voor de bestrijding, maar heeft de minister van VWS de leiding hierover. De voorzitter van de veiligheidsregio is verantwoordelijk voor de aanpak van de effecten van een (dreigende) A-infectieziektecrisis op de openbare orde en veiligheid in zijn of haar veiligheidsregio. Binnen de veiligheidsregio kan opgeschaald worden in de GRIP-crisisstructuur. Hierin kunnen de volgende teams actief worden:

- Commando Plaats Incident (CoPI): operationeel team.
- Regionaal Operationeel Team (ROT): operationeel/tactisch team.
- Gemeentelijk Beleidsteam (GBT) of (Regionaal) Beleidsteam ((R)BT): strategisch team, voorgezeten door de burgemeester van de betreffende gemeente of voorzitter veiligheidsregio.

Veiligheidsregio en DPG

Het bestuur van de veiligheidsregio is op basis van de Wpg verantwoordelijk voor de voorbereiding op een uitbraak van een A-infectieziekte vanuit het publiek belang van passende geneeskundige zorg bij A-infectieziekten. De DPG (voor zowel GHOR- als GGD-taken) is hierbij de functionaris die cruciaal is, ook om aandacht te (blijven) vragen bij de zorgpartijen voor kwetsbaren in de samenleving. Vanuit de GHOR-taken heeft de DPG zowel in de koude als de warme fase van een crisis een regisserende, adviserende en signalerende rol voor het openbaar bestuur (bijvoorbeeld veiligheidsregio, minister JenV/VWS), evenals voor partners in de zorg en in het veiligheidsdomein.

De DPG zorgt, via zijn positie in het ROAZ, dat de gehele zorgketen in gezamenlijkheid optimaal voorbereid is op crises (Artikelen 32-34 Wvr), in plaats van enkel voorbereiding door individuele zorginstellingen.

Een voorwaarde voor het verlenen van passende geneeskundige zorg, juist ook tijdens crises, is vroegtijdige bestuurlijke betrokkenheid van het bestuur en/of de voorzitter van de veiligheidsregio en in het verlengde hiervan van de DPG in relatie tot het ROAZ. Dit maakt het mogelijk dat het publieke belang van adequate geneeskundige zorg, van crisisbeheersing en van kwetsbaren in de samenleving geborgd is. De DPG heeft hierbij een belangrijke verbindende rol, vanuit diens verantwoordelijkheid voor zowel de publieke gezondheid (functionele keten) als de crisisbeheersing (algemene keten). Het op elkaar afstemmen van beide ketens, met de bijbehorende actoren en de bestuurlijke besluitvorming daarover is noodzakelijk voor het voorkomen van gezondheidsschade in de samenleving.

Met de Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid wordt de sturing vanuit VWS via de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) op de DPG'en mogelijk gemaakt bij een nieuwe epidemie van een A-infectieziekte met landelijke impact. Die is nodig om in crisistijd en in de voorbereiding daarop slagvaardiger te kunnen handelen en sneller op te kunnen schalen. Deze aansturing namens de minister van VWS vult de bestaande sturingsmogelijkheden van de minister van VWS op de voorzitters van de veiligheidsregio's aan.

Ten tweede wordt voorzien in een grondslag om regels te kunnen stellen die gaan over de wijze waarop GGD'en hun gemeentelijke taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding uitvoeren. Zo kan via kaderstelling (in een koude fase) worden bijgedragen aan een meer uniforme werkwijze van de GGD'en. Hierdoor kan binnen de infectieziektebestrijdingsketen sneller en adequater worden opgeschaald. Deze kaderstelling zal per Algemene Maatregel van Bestuur verder worden uitgewerkt. Deze bevoegdheid om kaders aan de GGD'en te stellen vult de al bestaande bevoegdheid van de minister van VWS aan om het bestuur van de Veiligheidsregio maatregelen op te dragen ter voorbereiding op de bestrijding van een infectieziekte uit groep A1 of A2.

De WPG Tweede tranche is op moment van schrijven nog niet in werking getreden.

GHOR

De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) is onderdeel van en valt onder de verantwoordelijkheid van de veiligheidsregio. De DPG geeft leiding aan zowel de GGD als de GHOR.

De DPG heeft daarmee een verbindende rol vanuit diens verantwoordelijkheid voor zowel de publieke gezondheid (functionele keten) als de crisisbeheersing (algemene keten). De DPG heeft in de GGD-organisatie ondersteuning van experts, zoals een arts Maatschappij en Gezondheid gespecialiseerd in Infectieziektebestrijding (M+G IZB) die geraadpleegd kan worden. De DPG is tijdens een crisis belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening.

Het Veiligheidsberaad

Het Veiligheidsberaad is ingericht als een overleg tussen alle voorzitters van de veiligheidsregio en de minister van JenV. Het is daarmee geen (bestuurs) orgaan. In het algemeen wordt dit overleg gebruikt buiten de crisissetting. Het Veiligheidsberaad heeft het Protocol Interregionaal Beleidsteam (IRBT) vastgesteld. Het IRBT kan op basis van dit protocol in de warme fase fungeren als overlegorgaan om tot consensus te komen. Besluitvorming binnen het IRBT impliceert het innemen van een gezamenlijk standpunt, dat vervolgens wordt bekrachtigd door afzonderlijke voorzitters binnen hun eigen Regionale Beleidsteams (RBT's). Het protocol is bedoeld voor bovenregionale crises of rampen niet zijnde landelijk. Daarmee wordt bedoeld dat er meer dan een veiligheidsregio betrokken is, maar niet alle veiligheidsregio's. Bij nationale crises waarin alle veiligheidsregio's betrokken zijn, is een centrale regierol voor de minister van JenV logisch.

De Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio (RCDV) heeft in de praktijk een verbindende en voorbereidende rol tussen het Veiligheidsberaad en de veiligheidsregio die ook ingezet kan worden tijdens crisis of rampen. Daarnaast is er een bestuurlijk/operationele verbinding tussen het IRBT en de regionaal operationeel leiders van de (betrokken) veiligheidsregio's.

De rol van het Veiligheidsberaad ligt niet vast in planvorming of wetgeving, maar staat op dit moment wel ter discussie in de wetgevingstrajecten Wet veiligheidsregio's en de Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid. Het doel van het Veiligheidsberaad is op grond van artikel 38 Wet veiligheidsregio's afstemmingsgremium tussen veiligheidsregio's en het ministerie van JenV. Ook de rol van de Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio (RCDV) wordt in de praktijk benut bij een infectieziektecrisis voor overleg en afstemming tussen veiligheidsregio's, maar is niet formeel vastgelegd.

2.5.3 Kabinet en ministerraad

Het kabinet ontwikkelt een integrale en samenhangende aanpak bij de uitbraak van een A1-infectieziekte in de MCCb, de ministerraad of andere onderraden. Binnen deze kabinetsbrede aanpak heeft de minister van VWS de leiding over de infectieziektebestrijding.

De ministerraad besluit op voorstel van de minister van VWS over het nemen van collectieve maatregelen, zoals beschreven in paragraaf 8 van de Wpg.³⁰ De minister van VWS bereidt deze voorstellen voor in de MCCb of andere breed samengestelde onderraden, zodat naast het perspectief van de infectieziektebestrijding ook de economische, maatschappelijke en mensenrechtelijke gevolgen van pandemiebestrijding worden meegenomen in de besluitvorming.³¹

³⁰ Artikel 58c lid 1 Wet publieke gezondheid

³¹ Artikel 58b Wet publieke gezondheid

2.5.4 Ministerie van Justitie en Veiligheid

De minister van JenV is de coördinerend minister op het gebied van crisisbeheersing. Deze is verantwoordelijk voor de inrichting, de werking, de samenhang en de integrale aanpak van het crisisbeheersingsbeleid en het bijbehorende stelsel. Ook heeft hij, in nauwe samenwerking met de andere ministeries, de regie voor het versterken van de nationale veiligheid. De NCTV geeft invulling aan deze coördinerende verantwoordelijkheid van de minister van JenV. De interdepartementale afspraken over de inrichting en werkwijze van de nationale crisisorganisatie zijn vastgelegd in het Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing en uitgewerkt in het Nationaal Handboek Crisisbeheersing. Samen met de minister-president is de minister van JenV verantwoordelijk voor het activeren van de MCCb.

Bij het ministerie van JenV zijn onder meer het Nationaal Crisiscentrum (NCC) en het Landelijke Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC) ondergebracht.

2.5.5 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Als het Maatschappelijk Impact Team (MIT) om advies wordt gevraagd, zal de SG van het ministerie van SZW de adviesaanvraag naar hen versturen en ook het advies over de sociale, maatschappelijke en economische aspecten ontvangen.

2.5.6 Ministerie van Defensie

Vanuit het ministerie van Defensie kan voor specifieke taken binnen de infectieziektebestrijding hulp (bijstand) aangevraagd worden, dit loopt via de reguliere lijnen van bijstandsaanvragen.

In het geval van een infectieziektecrisis die veroorzaakt wordt door een doelgerichte actie, is sprake van een CBRN-scenario. CBRN staat voor chemische, biologische, radiologische of nucleaire incidenten. Defensie zal in dit geval gebruikmaken van de planvorming op het gebied van CBRN³², in nauwe samenwerking met de NCTV. Verder zal dan ook het LCP extreem geweld en terrorisme of het LCP militaire dreiging relevant worden.³³

2.5.7 Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW)

Het ministerie van IenW heeft een verantwoordelijkheid voor onder andere luchtvaart, maritieme zaken, mobiliteit, leefomgeving en transport. Dit maakt dat effecten van een infectieziektecrisis vrijwel altijd ook raken aan de beleidsterreinen van dit ministerie. Het is ook mogelijk dat maatregelen getroffen worden in de bestrijding van de infectieziektecrisis, die effect hebben binnen het beleidsdomein van het ministerie van IenW, waaronder het beschikbaar maken van biociden voor desinfectie en vectorbestrijding.

Bij crises die de luchtvaart betreffen, kan de minister van IenW diverse besluiten nemen en bestaan er noodbevoegdheden die wettelijk zijn vastgelegd. Besluiten die, ook in het kader van pandemische paraatheid, genomen kunnen worden zijn onder andere het sluiten van het luchtruim en het aanwijzen van een luchthaven voor een aankomend luchtvaartuig.

2.6 Advies bij een infectieziektecrisis

Voor de samenhang tussen de adviesorganen en het proces van advisering verwijzen wij de lezer naar paragraaf 3.3.

³² Defensie CBRN Centrum

³³ <https://www.nctv.nl/actueel/nieuws/2023/10/10/landelijk-crisisplan-rondom-extreem-geweld-en-terrorisme>

2.6.1 Outbreak Management Team (OMT)

In het geval van een infectieziektecrisis kan het OMT bijeengeroepen worden door de directeur van het CIB. De voorzitter van het OMT is de directeur van het CIB. De secretaris van het OMT is het hoofd van de LCI.

Het OMT bestaat uit deskundigen met specifieke kennis of ervaring op het gebied van infectieziekten en gezondheidszorg. Een OMT wordt gevormd door experts van het RIVM en externe deskundigen. De directeur van het CIB nodigt de deskundigen uit die zij/hij nodig en geschikt acht om deel te nemen aan een OMT-vergadering, gegeven de aard en stand van zaken van de onderhavige infectieziektecrisis en eventueel voorliggende adviesvragen³⁴.

Hoewel het OMT geen onafhankelijk adviesorgaan is in de zin van de Kaderwet Adviescolleges, geven de OMT-leden wel onafhankelijk advies. De onafhankelijkheid van het OMT als activiteit van het RIVM is geborgd in artikel 5 van de Wet op het RIVM en in het OMT-reglement. Om transparant te zijn en belangenverstrengeling te voorkomen, vult elk lid voor toetreding OMT een belangenverklaring in. Wanneer het advies niet unaniem is opgesteld, worden de verschillende opvattingen weergegeven in het adviesrapport.

Het OMT-overleg is vertrouwelijk. De leden hebben een geheimhoudingsverklaring getekend en spreken op persoonlijke titel. De notulen worden gemaakt door een beleidsmedewerker van de LCI en zijn niet openbaar. Het advies van het OMT wordt door de minister van VWS verstuurd naar de Eerste en Tweede Kamer en is wel openbaar.

OMT-Zoönose

Voor de risicoanalyse van zoönotische infectieziekten is de zoönosestructuur bedoeld.³⁵ Inhoudelijke argumenten voor besluiten aangaande zoönosen worden opgesteld in het OMT-zoönose (OMT-Z), voorgezeten door de directeur van het CIB.

Het OMT-Z brengt wetenschappelijke kennis met betrekking tot risico's voor volksgezondheid en diergezondheid, en eventueel entomologische en ecologische kennis bijeen. Het OMT-Z stelt een schriftelijk advies op dat gericht is aan de directeuren-generaal van de ministeries van VWS en LVVN, respectievelijk de directeur-generaal Volksgezondheid (DGV) en directeur-generaal Agro (DGA). In het advies komt idealiter naar voren welk risico er bestaat, hoe groot dit risico is, welke mogelijkheden er zijn om het risico te verkleinen en in welke orde van grootte de te bereiken resultaten liggen.

2.6.2 Bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO)

Bij een OMT-advies volgt een BAO-appreciatie voor de minister van VWS. Het BAO beoordeelt de door het OMT voorgestelde maatregelen op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid. Het BAO wordt voorgezeten door de Directeur-Generaal Volksgezondheid (DGV) van het ministerie van VWS, het secretariaat wordt gevoerd door de directie Infectieziektebeleid (IZB). Aan het BAO nemen deel: de directeur van het Centrum infectieziektebestrijding, een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, vertegenwoordigers van: de GHOR-burgemeesters, GGD GHOR Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de bij het onderwerp van de vergadering betrokken lokale bestuurders en zij die op uitnodiging van de voorzitter van het BAO de vergaderingen bijwonen. Hieronder wordt met name verstaan een vertegenwoordiger van de NVWA. Daarnaast kunnen, ambtenaren van betrokken ministeries worden uitgenodigd evenals vertegenwoordigers van getroffen sectoren.

³⁴ <https://www.rivm.nl/documenten/reglement-voor-outbreak-management-team-omt>

³⁵ <https://www.onehealth.nl/van-signaal-tot-respons>

BAO-Zoönosen

In geval van een BAO-zoönosen (BAO-Z) zijn naast de bovengenoemde bezetting, ook de Directeur-Generaal Agro (DGA) van het ministerie van LNV, de Chief Veterinary Officer (CVO) en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) vaste leden. Hier kunnen ook vertegenwoordigers van de betrokken sector uitgenodigd worden om input te leveren, zij nemen echter geen deel aan de appreciatie door het BAO-Z. Het BAO-Z adviseert zowel de minister van VWS als de minister van LNV.

2.6.3 Maatschappelijk Impact Team (MIT)

Het Maatschappelijk Impact Team (MIT) is een adviescommissie, die is ingesteld om te adviseren over de maatschappelijke impact van pandemieën en pandemiemaatregelen. Het MIT is per 1 september 2022, richting het einde van de coronapandemie, ingesteld bij ministeriële regeling en geënt op de Kaderwet adviescolleges. Het MIT bestaat uit wetenschappers en praktijkdeskundigen zoals economen, sociologen en gedragsdeskundigen. Expertleden van het MIT zijn de directeurs van de planbureaus (SCP, CPB en PBL), de voorzitter van de Sociaal-Economische Raad (SER) en een expert van de RIVM-afdeling Gedrag en Gezondheid. Het MIT brengt gevraagd en ongevraagd advies uit aan de secretaris-generaal (SG) van het ministerie van SZW over de sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen van de voorstellen van het kabinet in het kader van bestrijding van infectieziekten met pandemisch potentieel. In samenwerking met de expertleden geeft het MIT ook een maatschappelijk beeld.

Het MIT is in de context van de coronacrisis opgericht, de huidige inrichting van het MIT is vastgesteld tot 1 september 2024. In de kabinetsreactie op het evaluatierapport Maatschappelijk Impact Team is besloten om het MIT hierna in waakstand te brengen. De verdere uitwerking daarvan vindt momenteel plaats. Zodra meer bekend is over de rol en invulling van het MIT, moet deze paragraaf aangevuld worden.

2.6.4 Overige adviseurs

Naast de hierboven genoemde adviesorganen zijn er ook raden die om advies gevraagd kunnen worden (niet limitatief).

Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad heeft als onafhankelijke adviesraad de wettelijke taak om te adviseren op het gebied van volksgezondheid en gezondheidszorg. Ook in het kader van infectieziekten kan de Gezondheidsraad adviseren vanuit wetenschappelijke kennis. VWS vraagt bij de inzet van vaccins in een crisis advies aan het OMT (dit heet dan het OMT-vaccinaties, of OMT-V) of de GR, soms adviseren zij ook in gezamenlijkheid.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving brengt onafhankelijk advies uit op het gebied van zorg en sociaal domein. In het kader van infectieziekten kan de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving adviseren vanuit kennis en expertise op strategisch niveau.

Deskundigengroep dierziekten

De deskundigengroep dierziekten is een door de minister van LNV bij instellingsbesluit ingestelde groep adviseurs die risicobeoordelingen uitvoert ten behoeve van maatregelen in de diersectoren.

De deskundigengroep brengt zowel gevraagd als ongevraagd schriftelijk advies uit aan de minister, via de Chief Veterinary Officer (CVO) van het directoraal-generaal voor Agro van het Ministerie van LNV.

2.7 Internationale samenwerking

Een infectieziektecrisis kan een beperkte (regionale) omvang hebben, maar heeft ook de potentie om zich te verspreiden over landsgrenzen. Reisbewegingen tussen landen hebben hier een effect op. Voor de aanpak van een grensoverschrijdende infectieziektecrisis is internationale samenwerking cruciaal en indien dit nodig is voert het ministerie van VWS hierop de regie. Deze samenwerking kan op operationeel niveau een bilateraal karakter hebben (bijvoorbeeld bij het uitwisselen van patiënten tussen ziekenhuizen in de grensregio's), ook kan dit grootschaliger vorm krijgen (bijvoorbeeld door het vormgeven van EU-breed inkoopbeleid voor vaccins of het internationaal afstemmen van mitigerende maatregelen).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is onderdeel van de Verenigde Naties (VN) en heeft een rol in de wereldwijde crisisaanpak bij grootschalige infectieziekte-uitbraken. Het mandaat voor het uitroepen van een *public health emergency of international concern* (PHEIC, een internationale gezondheidscrisis) ligt bij de WHO. Dit op grond van de Internationale Gezondheidsregeling (IHR, 2005) waarin een escalatiemechanisme voor internationale gezondheids crises is opgenomen. De IHR is in 2024 gewijzigd, waarbij er ook pandemische noodsituatie (pandemic emergency) is toegevoegd aan het instrumentarium, als een 'ernstige' PHEIC.

De definitie van een PHEIC is in de International Health Regulations opgenomen als volgt: "*an extraordinary event which is determined to constitute a public health risk to other States through the international spread of disease and to potentially require a coordinated international response*".

Het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) is een agentschap van de Europese Unie dat zich richt op de versterking van preventie en controle van (infectie)ziekten in lidstaten van de Europese Unie. Dit doet het ECDC bijvoorbeeld door het analyseren van data en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Internationale adviezen van de WHO en het ECDC spelen een rol in het proces van advisering bij de bestrijding van een infectieziektecrisis in Nederland.

Op EU-niveau is in 2022 de Verordening Ernstige Grensoverschrijdende Gezondheidsbedreigingen (EU/2022/2371) aangenomen, waarmee de Europese Unie een aantal extra bevoegdheden heeft gekregen rondom internationale gezondheids crises. De taken en bevoegdheden van de Health Security Committee (HSC, een comité met alle lidstaten voorgezeten door de Europese Commissie) zijn daarbij uitgebreid, maar ook de verplichtingen van lidstaten om eventuele infectieziekten te melden via het Early Warning Response System (EWRS), nationale maatregelen met andere lidstaten te coördineren en af te stemmen. De EU kan een Noodsituatie van de Volksgezondheid op Unieniveau: *public health emergency at Union level* (PHEUL) uitroepen.

De HSC monitort en coördineert de snelle response vanuit de EU op ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen, waaronder infectieziekten. Het is een belangrijk forum voor de uitwisseling van informatie over zich ontwikkelende bedreigingen, over specifieke maatregelen die door elk land zijn genomen en het bepaalt samen met de Europese Commissie de te volgen acties op het gebied van paraatheid, planning en response.

De HSC werkt samen met de *Health Emergency Preparedness and Response Authority* (HERA), een Directoraat-Generaal van de Europese Commissie, die de Europese autoriteit voor paraatheid en respons op ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen is. Zij is onder andere verantwoordelijk voor de ontwikkeling, productie, gezamenlijke aankoop en verspreiding van

geneesmiddelen, vaccins en andere medische maatregelen ten behoeve van de preventie, paraatheid en bestrijding van een gezondheids crisis.

Wanneer de bovengenoemde PHEUL wordt uitgeroepen door de Europese Commissie, kan de Commissie het kader voor het verstrekken van crisisrelevante medische tegenmaatregelen in geval van een noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid op het niveau van de Unie (EU/2022/2372) uitroepen, waarmee ook de (tijdelijke) Health Crisis Board (HCB) zal worden ingesteld. Hierin hebben naast de Commissie, EU-agentschappen en het Europees Parlement ook alle lidstaten zitting. De HCB kan voorstellen doen rondom de beschikbaarheid en leveringszekerheid van medische producten.

In het geval van een zoönose zijn ook internationale organisaties waaronder de World Organisation for Animal Health (WOAH) en de Food and Agriculture Organization (FAO) belangrijk in de internationale samenwerking.

2.7.1 Internationale wettelijke grondslagen

Verschillende verordeningen van de WHO en de EU worden gebruikt om de maatregelen te coördineren die worden genomen als reactie op ziekte-uitbraken met een grote geografische verspreiding en (mogelijke) internationale grensoverschrijding. De verordeningen hebben bijvoorbeeld betrekking op rapportageverplichtingen, regels voor samenwerking op het gebied van surveillance, preventie en bestrijding van infectieziekten, de coördinatie van maatregelen en mogelijkheden voor gezamenlijke aanschaf in het geval van een pandemie. De belangrijkste van deze verordeningen zijn:

- Internationale Gezondheidsregeling 2005 (IHR) van de WHO;
- Verordening (EU) 2022/2371 van het Europees Parlement en de Raad van 23 november 2022 betreffende ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid en tot intrekking van Besluit nr. 1082/2013/EU;
- Verordening (EU) 2022/123 van het Europees Parlement en de Raad van 25 januari 2022 inzake een grotere rol voor het Europees Geneesmiddelenbureau bij crisisparaatheid en crisisrespons met betrekking tot geneesmiddelen en medische hulpmiddelen;
- Verordening (EU) 2022/2370 van het Europees Parlement en de Raad van 23 november 2022 tot wijziging van Verordening (EG) nr. 851/2004 tot oprichting van een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding;
- Verordening (EU) 2022/2372 van de Raad van 24 oktober 2022 betreffende een kader voor het verstrekken van crisisrelevante medische tegenmaatregelen in geval van een noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid op het niveau van de Unie.

2.7.2 Internationale gezondheids crisis

Een infectieziekte kan in veel gevallen ook buiten Nederland ontstaan. Op Europees en internationaal niveau zijn er verschillende mogelijkheden waarbij een crisis kan worden uitgeroepen. Op EU-niveau kan op basis van Verordening EU (2022)/ 2371 een noodsituatie op het gebied van de Volksgezondheid op Unieniveau (PHEUL) worden uitgeroepen door de Europese Commissie. Het betreft hier een breed scala aan gezondheidsbedreigingen, waaronder ook infectieziekten en antimicrobiële resistentie. Op mondiaal niveau is de Wereldgezondheidsorganisatie bevoegd om een noodsituatie op gebied van de Volksgezondheid van Internationaal belang uit te roepen. Naar aanleiding van de Covid-19 pandemie, is aan dit dreigingsniveau de pandemische noodsituatie toegevoegd die per september 2026 van kracht zal zijn.

Het uitroepen van een Europese of internationale gezondheidscrisis heeft niet direct gevolgen voor de situatie in Nederland. Voor het uitroepen van een nationale infectieziekte-crisis is immers een besluit van de minister van VWS nodig. Echter, een internationale crisis zal al snel gevolgen hebben voor samenwerking, afstemming en mogelijk ook leiden tot niet-dwingende aanbevelingen of adviezen vanuit EU of WHO-niveau.

Type crisis	Criteria	Maatregelen
Noodsituatie op het gebied van de Volksgezondheid op Unieniveau (PHEUL)	Art. 2 lid 1: a) bedreigingen van biologische oorsprong, te weten: i) overdraagbare ziekten, met inbegrip van overdraagbare ziekten van zoönotische oorsprong; ii) antimicrobiële resistentie en gezondheidszorg gerelateerde infecties die verband houden met overdraagbare ziekten ("gerelateerde bijzondere gezondheidsvraagstukken"); iii) biotoxines of andere schadelijke biologische agentia die niet gerelateerd zijn aan overdraagbare ziekten;	Via het EU-gezondheidsbeveiligingscomité wordt door lidstaten, Europese Commissie en relevant EU-agentschappen samengewerkt om zo: - Een gecoördineerd optreden op EU-niveau mogelijk te maken; - De risico- en crisiscommunicatie en de respons van lidstaten in overleg met de Commissie te coördineren; Adviezen en richtsnoeren aan te nemen, onder meer over specifieke responsmaatregelen voor de bestrijding van een crisis, op basis van deskundig advies van de betrokken technische agentschappen of organen van de Unie.
Noodsituatie van de Volksgezondheid van internationaal belang (PHEIC)	Bij een internationale noodsituatie van de Volksgezondheid van Internationaal Belang is voor wat betreft infectieziekten sprake van een situatie waarbij een (ongebruikelijke) infectieziekte is gedetecteerd, die potentieel ernstige gevolgen kan hebben, die een risico in zich draagt van internationale verspreiding en die mogelijk tot gevolg heeft dat er internationale reis- of handelsbeperkingen worden ingesteld.	De Directeur-Generaal van de WHO kan bij een PHEIC of pandemische noodsituatie: Tijdelijke aanbevelingen doen met betrekking tot gezondheidsmaatregelen en/ of maatregelen ter beperking van het internationale reis- of handelsverkeer (artikel 15 IHR) Permanente aanbevelingen doen (zoals permanente maatregelen ter voorkoming van verdere verspreiding van infectieziekten (artikel 16 IHR) Aanbevelingen met betrekking tot personen, bagage, vracht, containers, vervoermiddelen, goederen en postpakketten.

Type crisis	Criteria	Maatregelen
Nieuw: Pandemische noodsituatie <i>(vanaf september 2026 van kracht)</i>	Hiermee kan beter onderscheid gemaakt worden tussen een PHEIC rondom een ernstige infectieziekte in één of meer WHO-regio's, zoals mpox en Ebola, en een PHEIC rondom een grootschalige uitbraak die: (a) een hoog risico in zich draagt op brede geografische verspreiding in meerdere landen; (b) de capaciteit van nationale zorgsystemen dreigt te overstijgen of al overstijgt; (c) een hoge mate van sociale en/of economische verstoring kan veroorzaken of al veroorzaakt, inclusief van het internationale verkeer en handel, en; (d) een snelle, gecoördineerde en integrale aanpak vereist. NB: deze wijziging van de IHR dient nog het parlementaire goedkeuringsproces te doorlopen voor wat betreft eventuele gevolgen voor Nederland.	N.t.b.

HOOFDSTUK 3

Crisisprocessen

Dit hoofdstuk gaat in op de relevante crisisprocessen in infectieziektebestrijding. Achtereenvolgend wordt ingegaan op:

- Melding en alarmering
- Opschaling
- Advisering
- Leiding en coördinatie
- Informatiemanagement
- Crisiscommunicatie
- Na de acute crisis

3.1 Melding en alarmering

Een infectieziektecrisis ontwikkelt zich van een dreiging van een uitbraak in het buitenland of in Nederland, eerste casus(sen) tot een uitbraak, en in sommige gevallen tot een epidemie of pandemie. De melding van een uitbraak van een infectieziekte kan op meerdere manieren naar voren komen en zorgen voor alarmering van de crisisstructuur. Signalen van een uitbraak van een infectieziekte kunnen afkomstig zijn uit het buitenland, uit surveillancebronnen van het RIVM of contacten met artsen-microbioloog en artsen-infectieziektebestrijding van de GGD'en. Deze signalen worden meteen beoordeeld en afhankelijk van de ernst direct opgepakt (hiertoe heeft de LCI een 24/7 bereikbaarheidsdienst) of in het wekelijkse signaleringsoverleg van het RIVM besproken. Uit het signaleringsoverleg volgt een vertrouwelijk wekelijks overzicht van infectieziektesignalen, bedoeld voor professionals in het veld van infectieziektebestrijding.³⁶

In het geval van een zoönose zal dit in het maandelijkse signaleringsoverleg zoönosen besproken worden, en indien urgent kan dat eerder.

- De uitbraak kan in het buitenland ontstaan en leiden tot een dreiging voor de volksgezondheid in Nederland. Bij dit type uitbraken komt de melding bijvoorbeeld via internationale alerteringsroutes vanuit de ECDC of via de WHO.
- De uitbraak kan in Nederland ontstaan en geconstateerd worden via bijvoorbeeld meldingen van infectieziekten conform de Wpg, vanuit surveillancebronnen of virologische weekstaten, via berichten uit het veld of via laboratoriumdiagnostiek van het RIVM.

Een hoge mate van media-aandacht voor een infectieziektedreiging kan voor de leden van het signaleringsoverleg ook een reden zijn om melding te maken en alarmering te overwegen.

Het RIVM is voor Nederland het *National Focal Point* in de internationale signalering van infectieziekten. Dit betekent dat het RIVM de meldingen van de WHO en ECDC ontvangt, en ook meldingen van infectieziektesignalen in Nederland doorzet naar de WHO en de ECDC.

³⁶ Indien nodig, kan ook tussentijdse informatie verstrekt worden via berichten naar professionals binnen de infectieziektebestrijding.

Conform de Wpg wordt een constatering van bijzondere ziektesignalen door een arts-infectieziektebestrijding ook direct doorgegeven aan de DPG, en via de DPG en/of GGD aan de veiligheidsregio en de gemeente waarin de besmette persoon zich bevindt.

3.2 Opschaling

Na het proces van melding en alarmering kan er aanleiding zijn om op te schalen in de crisisstructuren zoals beschreven in het Nationaal Handboek Crisisbeheersing.³⁷ Binnen de nationale crisisstructuur wordt allereerst departementaal binnen het ministerie van VWS opgeschaald of in het geval van een zoönose binnen de ministeries van VWS en LVVN gezamenlijk. Wanneer de (dreigende) infectieziektecrisis ook andere beleidsdomeinen raakt, volgt interdepartementale opschaling.

Afhankelijk van de aard, omvang en dreiging van een infectieziektecrisis bepalen de betrokken organisaties hun eigen opschalingsniveaus, volgens hun eigen crisisstructuren. Hierbij worden de gebruikelijke op- en afschalingsprocedures van de betreffende organisaties (zoals uitgewerkt in hun handboeken) gehanteerd. Voor een zoönose is een specifiek beleidsdraaiboek beschikbaar.

De crisispartners informeren elkaar over opschalingen, via de gebruikelijke informatiedeling (o.a. middels het Landelijk Crisis Management Systeem (LCMS)).

Wanneer er vanuit de meldingen en het signaleringsoverleg aanleiding is voor het RIVM om vanwege een dreiging of een uitbraak over te gaan tot alarmering, dan kan het CIb opschalen naar een responsteam. Tevens kan de voorzitter van het CIb van het RIVM besluiten om een Outbreak Management Team (OMT) bijeen te brengen. Het MIT kan dit moment gebruiken om te bepalen of het nodig is dat zij geactiveerd worden en brengt hierover een signaal over aan de SG van SZW.

Het OMT kan ook de minister van VWS adviseren om een onbekende opkomende infectieziekte te classificeren als A-ziekte. De minister van VWS kan dit besluit overnemen en binnen een dag de meldplicht daadwerkelijk instellen.

In het geval van een zoönose komt de aanleiding tot opschaling meestal uit het SO-Z. Bij urgente signalen vanuit de CVO, NVWA of anders kan er via het CIb ook direct worden opgeschaald naar OMT-Z. Signalen van (mogelijk) zoönotische aard kunnen afkomstig zijn vanuit zowel de humane als de veterinaire sector, en ook van organisaties die zich bezighouden met de leefomgeving.

De voorzitters van de veiligheidsregio's zijn op basis van de Wpg verantwoordelijk voor de bestrijding van A-infectieziektecrises (inclusief bijzondere maatregelen op basis van de Wpg). Bij de uitbraak van een A-ziekte kan worden besloten tot centrale sturing op de opgeschaalde operatie waarbij de LFI namens de minister van VWS sturing geeft aan de opschaling van medisch-operationele processen in de crisis. Voor de werkwijze rond dit besluit verwijzen we naar paragraaf 3.4.1. Op hoofdlijnen, na advisering door het BAO, adviseert het BTCb de minister van VWS om centraal te sturen op de landelijke operatie. De minister van VWS brengt het voorgestelde besluit in bij de ministerraad. Bij akkoord van de ministerraad wordt aanspraak gemaakt op de bevoegdheden uit de Wpg waarbij de minister van VWS centrale sturing heeft op de bestrijding van de crisis, en zal de LFI de medisch-operationele processen aansturen.

³⁷ [Nationaal Handboek Crisisbeheersing](#)

3.3 Advisering

3.3.1 Type advisering

Tijdens een infectieziektecrisis zijn gedegen adviezen essentieel om tot besluitvorming te komen. Maatregelen moeten steeds gebaseerd zijn op noodzaak, effectiviteit, subsidiariteit en proportionaliteit.³⁸ Daarbij is het belangrijk om verschillende typen adviezen naast elkaar af te kunnen wegen. Voor het LCP-I wordt de volgende definitie van een advies gehanteerd: *door een aangewezen/vastgesteld organisatie(onderdeel) gemaakte aanbevelingen/raad, gebaseerd op specifieke expertise, ter voorbereiding op besluitvorming, bijvoorbeeld over het nemen van maatregelen ter bestrijding van de infectieziekte*. Voorbeelden van type adviezen, specifiek voor infectieziektecrisis (niet zijnde zoönose), zijn:³⁹

Type advies	Omschrijving	Adviesorgaan
Medisch-inhoudelijk	Gericht op de medisch-inhoudelijk aspecten en risicobeoordeling van mogelijke bestrijdingsmaatregelen, zoals bijvoorbeeld het verwachte effect op verdere verspreiding van het virus.	OMT
Maatschappelijke impact	Gericht op de maatschappelijke impact van infectieziekten met pandemisch potentieel en de mogelijke bestrijdingsmaatregelen, bijvoorbeeld over de verwachte sociaalmaatschappelijke en economische gevolgen.	MIT
Uitvoering	Gericht op de uitvoeringsaspecten van mogelijke bestrijdingsmaatregelen en/of publiekscommunicatie over uitvoeringsaspecten	Afhankelijk van type crisis en voorgestelde maatregelen. Bijvoorbeeld: LFI, GGD, zorginstellingen, politie, VNG, NKC

Tabel 3. Type adviezen⁴⁰.

Een toets of advies op juridische haalbaarheid is niet formeel ingeregeld. Dit kan wel gewenst zijn en dient in dat geval ad hoc ingericht te worden. Een dergelijke toets kan eventueel uitgevoerd worden door de stafdirectie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ) van het ministerie van VWS. Dit type advies is gericht op de juridische mogelijkheden om bestrijdingsmaatregelen te implementeren. Hierbij is afstemming met het NKC essentieel.

Inzichten over draagvlak en naleving van maatregelen van de afdeling gedrag en gezondheid van het RIVM kunnen door zowel het OMT als het MIT betrokken worden in de advisering.

3.3.2 Advisering door OMT, MIT en uitvoeringspartners

Om de juiste adviezen mee te kunnen nemen in de besluitvorming en deze tegen elkaar af te wegen, is het proces van advisering van belang.⁴¹ Hieronder zijn twee processen specifiek voor infectieziektecrisis, niet zijnde een zoönose weergegeven. Het eerste proces gaat over de situatie waarin alleen de departementale crisisstructuur van het ministerie van VWS is aangezet. Het

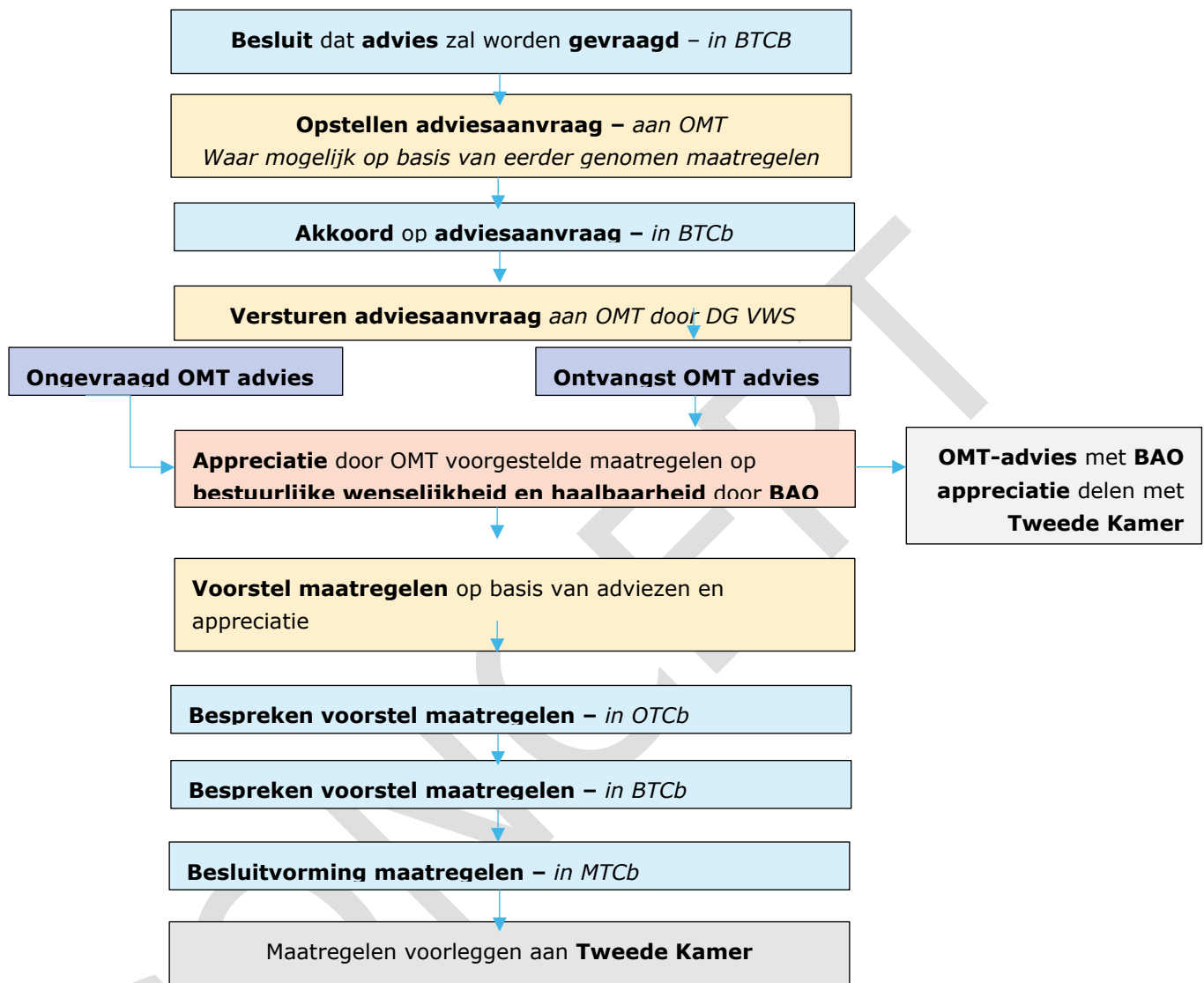
³⁸ De Onderzoeksraad voor de Veiligheid is in haar coronaonderzoeken ingegaan op hoe integrale advisering tot stand komt.

³⁹ Dit is geen uitputtende opsomming van adviesorganen. Het is ook mogelijk om, indien nodig, andere adviesorganen om advies te vragen, zoals bijvoorbeeld de Nationale Politie, inspecties, veiligheidsregio's of de Onderwijsraad, of specifieke partijen in het geval van een zoönose.

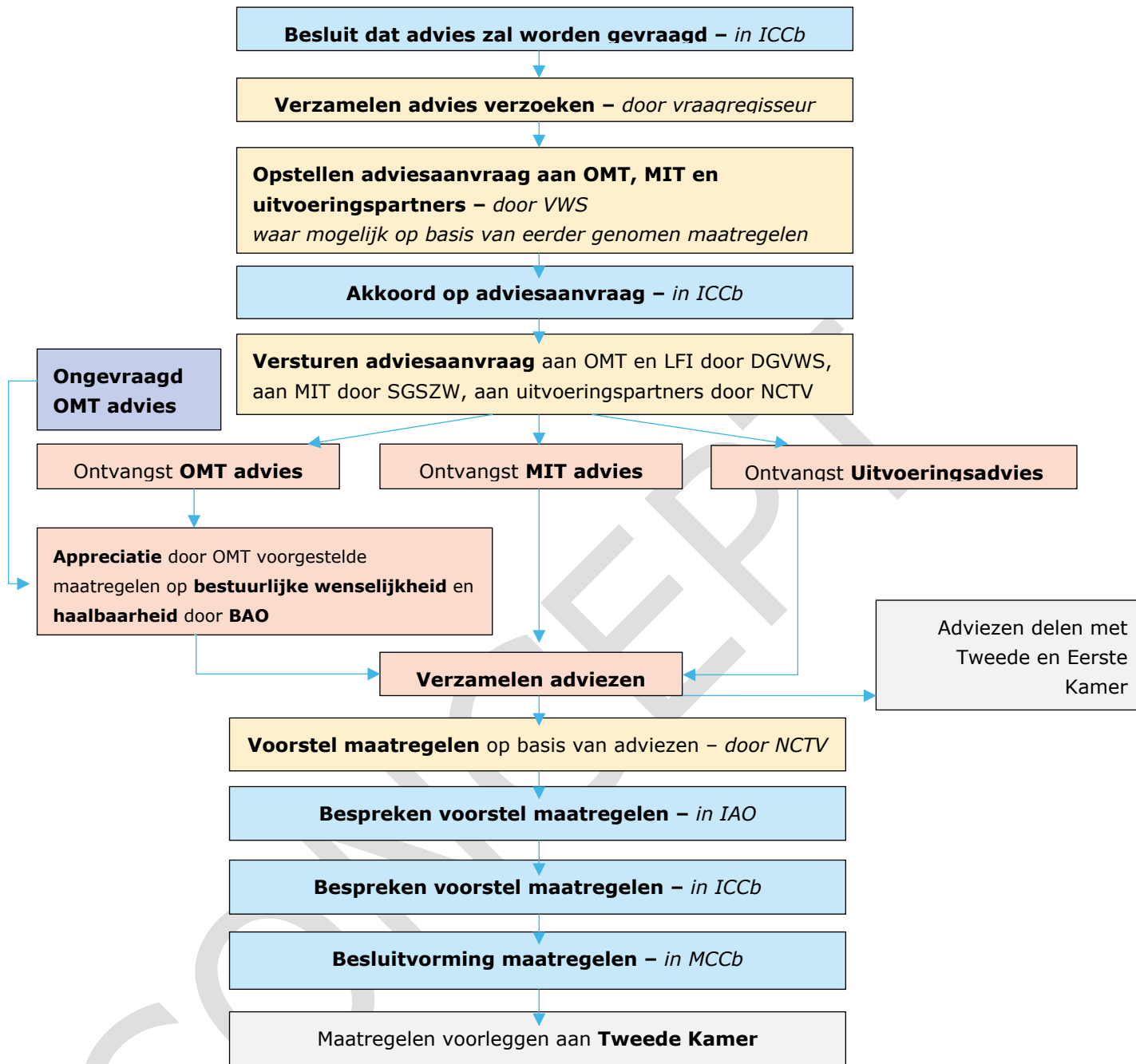
⁴⁰ Deze indeling is niet absoluut. Bijvoorbeeld gedrag, impact en risico communicatie hebben ook een plek in het OMT.

⁴¹ In het geval van een zoönose verloopt dit proces van advisering met een OMT-Z en een BAO-Z.

tweede proces beschrijft de situatie waarin de nationale crisisstructuur in werking is getreden. Daarnaast is het mogelijk dat het OMT met een ongevraagd advies komt.



Figuur 2 Proces bij departementale besluitvorming binnen het ministerie van VWS



Figuur 3 Proces bij interdepartementale besluitvorming

Departementale crisisstructuur ministerie van VWS

Indien er alleen sprake is van departementale opschaling, wordt het besluit tot het vragen van advies genomen in het BTCb. In deze situatie zal alleen nog een OMT-advies gevraagd worden. Er wordt een adviesaanvraag opgesteld, waar mogelijk op basis van eerder genomen maatregelen. De definitieve adviesvraag wordt geaccordeerd in het BTCb en daarna verstuurd door de DGV van het ministerie van VWS. Als het OMT hun advies af heeft wordt dit gedeeld met het BAO, die het advies van een appreciatie zal voorzien. Daarna zal het advies worden doorgeleid naar de minister van VWS, die besluit over eventuele maatregelen en het OMT-advies met een bijgevoegde beleidsreactie naar de Tweede Kamer stuurt. Op basis van het advies zal een voorstel worden gedaan voor maatregelen.

Het is ook mogelijk dat het OMT ongevraagd advies geeft. Ook in dat geval zal er een BAO plaatsvinden waarna het advies wordt doorgeleid naar de minister van VWS.

De DGV kan, op basis van de adviezen van het OMT en na activering van de LFI, een aanvraag doen voor een advies over medisch-operationeel processen. Zie hiervoor het kopje 'Besluit tot centrale sturing op de GGD'en onder 3.4.1.

In de totstandkoming van de adviesvraag speelt de vraagregisseur een belangrijke rol, dit is nader toegelicht in paragraaf 3.3.4.

Interdepartementale crisisstructuur

Als de interdepartementale crisisstructuur is geactiveerd, wordt het besluit om advies te vragen genomen in het ICCb. Het ministerie van VWS zal een voorstel doen voor een adviesvraag die moet worden geaccordeerd in het ICCb. Vervolgens wordt aan het OMT advies gevraagd over medisch-inhoudelijke aspecten, aan het MIT over sociaalmaatschappelijke en economische effecten en aan de uitvoeringspartners over uitvoeringsaspecten. De DGV van het ministerie van VWS zal de vraag versturen aan het OMT, de SG van het ministerie van SZW aan het MIT en de NCTV aan de uitvoeringspartners. Deze adviezen worden verzameld en naar de Eerste en Tweede Kamer verstuurd door het ministerie van VWS. Het BAO zal de door het OMT voorgestelde maatregelen beoordelen op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid en brengt haar bevindingen over aan de minister van VWS. De NCTV zal op basis van de adviezen een voorstel voor maatregelen doen.

Internationale crisisstructuur

Bij een gezondheidscrisis waarbij zowel de (inter-)departementale crisisstructuur is geactiveerd, zal er ook sprake zijn van coördinatie en afstemming binnen de Health Security Committee (HSC) alsook de Health Crisis Board van de Europese Unie, en bij een crisis met bredere impact op andere maatschappelijke sectoren, ook van het Integrated Political Coordination Mechanism (IPCR) van de Europese Raad van Ministers. Daarnaast zal op WHO-niveau (bij een internationale crisis) ook de Standing Committee on Health Emergency Prevention, Preparedness and Response (SCHEPPR) worden geactiveerd, waarin lidstaten van de WHO samen kunnen afstemmen.

De aansluiting van met name de EU-crisismechanismen op de departementale crisiscoördinatie dient nader uitgewerkt te worden, gezien de noodzaak tot internationale coördinatie en afstemming, maar ook vanwege de nieuwe mogelijkheden die de EU-wettelijke kaders, structuren en mechanismen bieden om – onder meer – een crisis te monitoren en de beschikbaarheid van medische producten te borgen. Hiertoe dient een gestructureerd proces te worden ingericht.

Uitvoeringstoets

Voordat het IAO een advies bij het ICCb aanbiedt ter besluitvorming wordt een uitvoeringstoets gedaan bij het lokale gezag en andere betrokken partijen die met de uitvoering van de besluiten gemoeid zijn. De NCTV zorgt hierbij voor de desbetreffende adviesaanvraag aan de partijen. De DGV van VWS zal eenzelfde adviesaanvraag doen bij het LFI voor een medisch operationele uitvoeringstoets. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties om intern te regelen dat de benodigde informatie voor de uitvoeringstoets beschikbaar is. Hierbij geldt het principe van brengen en halen: de ministeries halen de informatie en de betrokken organisaties brengen benodigde informatie richting de ministeries.

De uitvoeringstoetsen worden situationeel ingericht: wie, hoe en wanneer is afhankelijk van het scenario, de verwachtingen en de te toetsen maatregelen. Partijen die betrokken zijn bij het uitvoeren van de maatregel, kunnen gevraagd worden om een uitvoeringstoets te doen op hun eigen domein. Hierbij kan gedacht worden aan politie, maar ook apothekersbranche, scholen,

horeca et cetera. De uitvoeringstoets resulteert in een uitvoeringsadvies, dat wordt opgesteld door de NCTV.

3.3.3 Andere openbare en internationale advisering

Naast de adviezen zoals hierboven beschreven, worden ook andere openbare en internationale adviezen benut. Zo worden internationale adviezen, zoals die van de WHO, de Europese Commissie en ECDC benut door het OMT als input voor de advisering. Daarnaast kunnen de Gezondheidsraad, de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) en andere adviesgremia zoals het College voor de Rechten van de Mens en de Sociaal-Economische Raad (SER) (on)gevraagd advies geven en deze adviezen openbaar delen, zodat ze gebruikt kunnen worden in de besluitvormende gremia. De Gezondheidsraad kan daarnaast ook een specifieke adviesvraag ontvangen vanuit de minister van VWS, zoals over vaccinatie. Deze adviezen worden direct teruggekoppeld aan de minister van VWS en openbaar beschikbaar gesteld.

3.3.4 Vraagregie

Om het proces van adviseren bij een infectieziektecrisis te optimaliseren, wordt er een vraagregisseur ingesteld. De definitie van een vraagregisseur is opgenomen in het Beleidsdraaiboek Infectieziekten van het ministerie van VWS en het Beleidsdraaiboek crisisbesluitvorming en crisiscommunicatie zoönose van het ministerie van LNVN en VWS:

Een vraagregisseur is verantwoordelijk voor het bundelen van adviesvragen van de Rijksoverheid (alle departementen) die beantwoord moeten worden door een adviesorgaan. Eventueel stemt de vraagregisseur de kennisvragen af met een vraagregisseur van de veiligheidsregio.

Voor het LCP-I specifiek betreft het een vraagregisseur die verantwoordelijk is voor het bundelen van adviesvragen van de Rijksoverheid (alle departementen) en andere overheden (waaronder veiligheidsregio's), die beantwoord moeten worden door OMT, MIT of uitvoeringspartners.

De vraagregisseur is tijdens het schrijven van het LCP-I nog niet definitief ingericht. Enkele suggesties: bij het DCC van het ministerie van VWS kan een centrale plek worden ingericht waar de vragen binnenkomen en verzameld worden, vanuit de regio, het veld en vanuit andere betrokken departementen. De beleidsdirectie van het ministerie van VWS brengt vervolgens een prioritering aan in de voorgelegde vragen. Daarnaast kijkt de beleidsdirectie ook welk adviesorgaan de vraag dient te beantwoorden. De beleidsdirectie stemt af met de secretaris van het OMT en het MIT of de vragen geschikt zijn voor agendering in de adviesorganen. Hierbij geldt dat het adviesorgaan vervolgens zelf besluit de voorgestelde prioritering te volgen en de inhoudelijke duiding van de vragen doet.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de vraagregie en prioritering bij voorkeur niet ten koste gaat van de tijd die staat voor de advisering en afstemming. De adviesorganen kunnen daarom te allen tijde alsnog ongevraagd advies geven.

Voor de rol van vraagregisseur is er een Model Handreiking Vraagregisseur vastgesteld door IOCB/DOCB.

3.4 Leiding en coördinatie

3.4.1 Leiding en coördinatie van besluitvorming

De leiding en coördinatie bij een (dreigende) infectieziektecrisis is afhankelijk van het type infectieziekte en de groep waartoe de infectieziekte behoort. In geval van een infectieziekte behorend tot groep B1, B2 of C heeft de burgemeester de leiding. Bij een A-ziekte draagt de

voorzitter van de veiligheidsregio, in de uitvoering, zorg voor de bestrijding. De minister van VWS kan de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen.⁴² Voor wat betreft de medisch-operationele aangelegenheden (bijvoorbeeld testen, vaccineren en bron- en contactonderzoek) kan de minister van VWS besluiten centraal te sturen op de GGD'en via de LFI.

Departementale besluitvorming

In het geval van een uitbraak van een infectieziekte, die alleen effecten heeft op het beleidsdomein van het ministerie van VWS, volstaat departementale besluitvorming. Dit is ingericht in de departementale crisisstructuur, en beschreven in de departementale crisishandboeken.⁴³ De besluitvorming ligt bij de minister van VWS.

Besluit tot centrale sturing op de GGD'en

Bij een dreiging van een A-infectieziekte met landelijke impact kan de LFI in afstemming met de DGV starten met opschaling van een aantal interne processen om zich voor te bereiden op de specifieke dreiging.

De DGV ontvangt (gevraagd of ongevraagd) advies van het OMT waarin staat dat opgeschaalde medisch-operationele voorzieningen nodig zijn voor de bestrijding van de A-infectieziekte.⁴⁴ De LFI kan gevraagd of ongevraagd informatie aan de DGV verstrekken over de medisch-operationele aspecten van opschaling. Het BAO maakt een weging van het OMT-advies op de punten van bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid en vervat dit in een advies aan de minister van VWS. In hetzelfde BAO brengt de DGV het voorstel in om de medisch-operationele processen voor de bestrijding van de infectieziektecrisis centraal aan te sturen, waarbij de LFI opdracht tot sturing op de medisch-operationele processen bij de GGD'en ontvangt. Daarbij kan de DGV ontvangen informatie van de LFI delen met het BAO. Na advisering door het BAO en (vervolg)advisering van het BTCb, legt de minister van VWS het voorgenomen besluit om via de LFI centraal te sturen op de medische-operationele processen voor in de ministerraad. Wanneer de ministerraad hiermee instemt, zal er aanspraak op de bevoegdheden uit de Wpg worden gedaan waarbij de Minister van VWS centrale sturing heeft op de bestrijding van de A-infectieziektecrisis (en de LFI de medisch-operationele processen gaat aansturen). Hierover worden de volgende partijen onmiddellijk geïnformeerd: Tweede Kamer, Voorzitters Veiligheidsregio's, DPG'en, GGD GHOR Nederland en DG RIVM. DPG'en en DG RIVM ontvangen daarbij ook de opdracht om uitvoering te geven aan de landelijk aangestuurde opschaling van medisch-operationele processen.

Besluit tot beëindigen centrale sturing op de GGD-en

Wanneer de situatie daartoe ontstaat, geeft het OMT advies waaruit blijkt dat er geen centrale sturing op medisch-operationele processen meer nodig is ter bestrijding van de infectieziekte. Het BAO maakt een weging van dit advies, en wordt specifiek gevraagd om te adviseren over het voorgenomen besluit om de centrale sturing op de crisis te beëindigen. Na advisering door het BAO legt de minister, na voorbereiding in het BTCb, het voorgenomen besluit voor in de ministerraad en bij akkoord wordt de bevoegdheid om direct te sturen op de DPG'en zoals omschreven in de Wpg niet meer ingezet. Daarnaast keren we terug naar de situatie waarin de voorzitters van de veiligheidsregio's zorgdragen voor de bestrijding van infectieziekten. De LFI heeft geen sturing meer op de uitvoering van medisch-operationele processen. Hierover worden de volgende partijen

⁴² Bestuurlijke netwerkkaart 7: Infectieziekte

⁴³ Departementale handboeken VWS.

⁴⁴ Eventueel kan dit signaal ook komen van de GGD'en die aangeven ondersteuning nodig te hebben.

geïnformeerd: Tweede Kamer, Voorzitters Veiligheidsregio's, DPG'en, GGD GHOR Nederland en DG RIVM.

Interdepartementale besluitvorming

Indien de infectieziektebestrijding in de acute fase ook beleidsterreinen van andere ministeries treft, vindt de besluitvorming plaats in de interdepartementale crisisstructuur, gecoördineerd door het ministerie van JenV (NCTV). De besluitvorming in de nationale crisisstructuur volgt de gebruikelijke lijnen van leiding en coördinatie, conform het Nationaal Handboek Crisisbeheersing (2022).⁴⁵

In de praktijk kan besluitvorming over een infectieziektecrisis dus op verschillende niveaus plaatsvinden, afhankelijk van de omvang en reikwijdte van de crisis. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de functionele (witte) kolom en de algemene kolom. In onderstaande tabel is weergegeven welk besluitvormingsgremium waarover besluit bij een A-ziekte met landelijke impact:

Wie besluit?	Waarover?
Minister van VWS (eventueel gedelegeerd aan de DG Volksgezondheid als voorzitter BAO voor het onderdeel publieke gezondheid)	- Maatregelen m.b.t. de medische bestrijding van de ziekte - Maatregelen m.b.t. de acute, curatieve en langdurige zorg
Ministerraad	Alle maatregelen beschreven in paragraaf 8 van de Wet publieke gezondheid:
Voorzitter veiligheidsregio	Maatregelen m.b.t. de lokale/regionale openbare orde en veiligheid

Tabel 4. Besluitvormingsgremia en besluiten gedurende A infectieziekte uitbraak

Besluitvorming over maatregelen die leiden tot maatschappelijke verstoring, en over mitigerende maatregelen om de gevolgen te dempen, zal in de praktijk in alle besluitvormingsgremia aan de orde komen, omdat de scheidslijn tussen medisch-inhoudelijke ontworping en maatschappelijke verstoring dun is. Bovendien is het onderscheid tussen landelijke en regionale verstoring niet altijd eenduidig te maken.

Indien het een zoönose betreft, heeft de minister van LNVN de bevoegdheid om een scala aan maatregelen te treffen met betrekking tot dieren, dierlijke producten en locaties ter bestrijding en preventie van zoönosen. Deze maatregelen moet de minister nemen in overeenstemming met de minister van VWS.

3.4.2 Leiding en coördinatie van de uitvoering

De uitvoering van specifieke maatregelen wordt gecoördineerd door het betreffende ministerie waar de maatregel betrekking op heeft, door de veiligheidsregio of als het gaat om medisch-operationele processen van de GGD'en bij een A-ziekte met landelijke impact door de LFI. Wanneer meerdere ministeries betrokken zijn bij een maatregel, wordt dit interdepartementaal afgestemd via de interdepartementale crisisstructuur. Enkele voorbeelden zijn maatregelen op het gebied van reisbeperkingen, waarin de minister van IenW een verantwoordelijkheid heeft, of maatregelen op het gebied van testen en vaccinatie, waarin de minister van VWS via de LFI coördineert op de uitvoering, of het sluiten van scholen, waarbij het ministerie van OCW de leiding neemt. De inhoud

⁴⁵ <https://www.nctv.nl/documenten/publicaties/2022/12/06/nationaal-handboek-crisisbeheersing>

van de maatregelen wordt vastgelegd in richtlijnen van de LCI. Afstemming over zorg en openbare orde en veiligheid in de regio's vindt plaats tussen de DPG en de voorzitter veiligheidsregio.

Voor de uitvoering van de besluiten zijn de volgende richtlijnen opgesteld:

- Richtlijn voor de uitvoering van besluiten over medisch-operationele processen die door de GGD'en uitgevoerd worden: coördinatie loopt via de lijn: VWS (RIVM) – DPG – GGD'en. Medisch-inhoudelijk is binnen het RIVM het CIB hiervoor verantwoordelijk. Bij grootschalige medisch-operationele processen is binnen het RIVM de LFI hiervoor verantwoordelijk, bij kleinschalige medisch-operationele processen is dat de LCI.
- Richtlijn voor de uitvoering van besluiten over medisch inhoudelijke processen: coördinatie loopt via de lijn: LCI - arts Maatschappij en Gezondheid infectieziektebestrijding bij de GGD'en.
- Richtlijn voor de uitvoering van besluiten door de voorzitter van de veiligheidsregio: coördinatie loopt via de minister van JenV (in nauwe afstemming met minister van VWS) naar de voorzitter van de veiligheidsregio (eventueel via het Veiligheidsberaad). Deze besluiten gaan niet over medisch-operationele maatregelen, maar bijvoorbeeld over de bijzondere maatregelen op basis van de Wpg of de handhaving van de openbare orde en veiligheid.
- Richtlijn voor de uitvoering van besluiten door de zorgpartijen: zorgpartijen zijn zelf verantwoordelijk voor het nemen van maatregelen.

Voor medische besluiten worden richtlijnen opgesteld door de beroepsgroepen. Om maatregelen op te leggen is een juridische basis nodig. De mogelijkheden hiervoor worden op dit moment onderzocht.

- Alle andere type besluiten worden via de reguliere dan wel crisis lijnen van de betreffende ministeries tot uitvoering gebracht.

De uitvoering van de medisch-operationele voorzieningen ligt in veel gevallen bij de GGD'en en in het geval van een pandemie via de LFI en de uitvoering en crisisbeheersing van de overige maatregelen bij de veiligheidsregio's. Hiervoor is afstemming noodzakelijk tussen het Rijk en de regio. De afvaardiging van liaisons van het Rijk in de regionale crisisteams en vice versa (liaisons vanuit de veiligheidsregio's in de nationale crisisstructuur), kan wenselijk zijn, dit wordt situationeel bepaald. In de regio's vindt afstemming over zorg en openbare orde en veiligheid plaats tussen de DPG en de voorzitter veiligheidsregio.

In het geval van een zoonose kunnen liaisons vanuit het Rijk in de regio ingezet worden. Vanuit VWS kan de liaison-rol worden ingevuld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op bestuurlijk niveau. Vanuit LNVN wordt de liaison-rol ingevuld door de landsdeelcoördinatoren op bestuurlijk niveau. Op uitvoeringsniveau zijn er vanuit RIVM en NVWA liaisons bij de GGD, dit wordt ingevuld door regionaal veterinaire consulenten (RVC) en regionale arts-consulenten (RAC).

Verbinding Rijk – regio

De volgende gremia vormen in het geval van een (dreigende) infectieziektecrisis een (formele of informele) verbindingsschakel tussen Rijk en regio:

- *Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)*
- *Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI)*
- *Knooppunt Coördinatie Regio-Rijk (KCR2)*: Dit knooppunt is opgezet om informatiemanagement tussen veiligheidsregio's, ministeries en andere crisispartners te verbeteren tijdens een

(dreigende) crisis, en operationele coördinatie te faciliteren. Ook in een infectieziektecrisis wordt KCR2 gebruikt.

- *Veiligheidsberaad*: Het veiligheidsberaad bestaat uit alle voorzitters van de veiligheidsregio's in Nederland. Het Veiligheidsberaad kan dus gebruikt worden als aanspreekpunt voor de minister van JenV richting de veiligheidsregio's. Het veiligheidsberaad heeft geen formele rol in de crisisorganisatie.
- *GGD GHOR Nederland*: Vanuit GGD Nederland⁴⁶ sluit een vertegenwoordiger namens de directeuren Publieke Gezondheid van de GGD'en aan in het BAO.
- *Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)*: Dit landelijke netwerk is bedoeld voor ondersteuning van acute zorgnetwerken bij de uitvoering van hun taken en coördinatie van landelijke projecten. Tijdens een crisis kan dit netwerk ingezet worden voor samenwerking en coördinatie in de crisis. Naar aanleiding van de COVID-19 pandemie heeft het LNAZ gewerkt aan het opschalingsplan, dat benut kan worden bij een volgende infectieziektecrisis.
- *Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)*: Vanuit de publiekscommunicatie kent de NKC een formele lijn tussen de communicatieorganen op landelijk niveau en de communicatie netwerken binnen de veiligheidsregio's.

3.5 Informatiemanagement

Informatie is tijdens een crisis essentieel om de juiste keuzes te kunnen maken. In de crisisstructuur heeft elke actor en ieder team een specifieke taak die om gerichte informatie vraagt. Informatie wordt waar mogelijk netcentrisch gedeeld via het Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC) met gebruikmaking van het LCMS, zodat alle relevante actoren tijdig over de juiste informatie beschikken, hetzelfde beeld van de crisis hebben en op de hoogte zijn van elkaars interventies.

Op regionaal niveau organiseren de veiligheidsregio's het informatiemanagement in LCMS. Het LOCC verzamelt de operationele informatie van de veiligheidsregio's en andere relevante crisispartners en maakt hier een landelijk operationeel beeld van. Het NCC en/of het Informatieteam (IT) verzamelt de (bestuurlijke) informatie vanuit de veiligheidsregio's, departementen en andere relevante crisispartners.

LCMS-GZ (Geneeskundige Zorg)

Specifiek voor gezondheidscrises of crises met een gezondheidscomponent bestaat het LCMS-GZ. Dit deel, waarop veel zorginstellingen zijn aangesloten, stelt de GHOR-bureaus van de veiligheidsregio's in staat om een gedeeld geneeskundig beeld voor hun eigen regio te maken: iedere aangesloten zorginstelling schetst een beeld van de geneeskundige situatie in hun eigen instelling. De koppeling van alle geneeskundige beelden in de regio's geeft vervolgens inzicht voor het landelijk geneeskundig beeld.

⁴⁶ In het instellingsbesluit van het BAO is opgenomen dat "een vertegenwoordiger van GGD Nederland" aansluit. In de praktijk kan dit bijvoorbeeld de voorzitter van de bestuurscommissie Infectieziektebeleid van GGD GHOR Nederland kunnen zijn.

Op het moment van schrijven van het LCP-I zijn wel alle veiligheidsregio's maar niet alle zorginstellingen aangesloten op LCMS-GZ. Het is belangrijk om hier duidelijke richtlijnen en afspraken over op te stellen. Er loopt een traject om de informatiesystemen van het LNAZ, LOCC/KCR2 en GGD GHOR Nederland op elkaar aan te sluiten.

Op het moment van schrijven is nog niet afgesproken wie de actiehouders is om van de regionale beelden één landelijk geneeskundig beeld te maken.

Knooppunt Coördinatie Regio's – Rijk (KCR2)

In de Contourennota Versterking Crisisbeheersing en Brandweerbzorg van het Ministerie van Justitie en Veiligheid is opgenomen dat door het LOCC de doorontwikkeling van het KCR2 plaats vindt met een wettelijke borging. Het huidige LOCC en bijbehorende taken (totstandkoming bovenregionaal en landelijk operationeel beeld en coördinatie bijstand) zullen opgaan in het nieuw te vormen organisatie Knooppunt Coördinatie Regio's-Rijk (KCR2).

In de Contourennota wordt de onderstaande uitleg gegeven over het KCR2:

- Het *Knooppunt Coördinatie Regio's – Rijk (KCR2)* wordt het gezamenlijke 24/7 centrale koppelvlak voor bovenregionale en landelijke informatiestromen van onder andere vitale ketens naar regio's en andersom. Hierin werken veiligheidsregio's, Rijk en andere partners samen. KCR2 ontwikkelt het landelijk beeld, heeft het overzicht en de kwaliteit om ketens in iedere fase (koud, lauw en warm) met elkaar te verbinden. Het onderhoudt en activeert benodigde netwerken voor een eenduidig informatiebeeld en duiding. Het biedt landelijke operationele ondersteuning in coördinatie tussen veiligheidsregio's, Rijk en crisispartners. Via het Nationaal Crisiscentrum (NCC) vindt aansluiting plaats tussen KCR2 en de nationale crisisstructuur.

Op het moment van schrijven van het LCP-I is het KCR2 nog niet live. De aanbeveling is, zodra dit wel het geval is, bij een infectieziektecrisis gebruik te maken van het KCR2 als centraal informatieknooppunt. Wanneer dit live gaat, is het belangrijk dat het ministerie van VWS aansluit.

3.6 Risico- en crisiscommunicatie bij infectieziektebestrijding

Risico- en crisiscommunicatie spelen een belangrijke rol bij het tegengaan van verspreiding van infectieziekten. Door over risico's te communiceren zijn mensen beter op de hoogte van de impact van een infectieziekte en kunnen ze maatregelen nemen om de risico's voor zichzelf en anderen te verminderen. En hoe beter mensen zich houden aan adviezen en maatregelen om verspreiding te voorkomen, hoe effectiever de bestrijding. Het is daarom belangrijk om adviezen over gedrag en communicatie als integraal onderdeel mee te nemen in het beleid en de besluitvorming.

Tijdens een grote uitbraak kan crisiscommunicatie schade beperken door aan te geven wat mensen zelf kunnen doen om zichzelf, hun omgeving en de bredere samenleving te beschermen tegen ziekte. Een ander onderdeel van crisiscommunicatie is het geven van betekenis aan wat er speelt, zodat mensen informatie en handelingsperspectieven beter kunnen begrijpen, wat het draagvlak voor maatregelen en adviezen vergroot.

Uitbraken van infectieziekten brengen voor crisiscommunicatie unieke uitdagingen met zich mee, omdat de risico's vaak (nog) niet zichtbaar zijn, complex zijn vanwege de kans op exponentiële groei, en bijna altijd ontspringen aan nieuw geëvolueerde ziekteverwekkers waarover veel kennis nog ontbreekt of nog niet eenduidig is.

Deze paragraaf geeft inzicht in de doelen van communicatie bij infectieziektebestrijding, de uitdagingen en de rol- en taakverdeling van de kernpartners. Voor handvatten om met de communicatie-uitdagingen aan de slag te gaan wordt verwezen naar de koepelnotitie risico- en crisiscommunicatie die als bijlage aan het LCP-I is toegevoegd.

Doelstellingen en doelgroep

De doelgroep van communicatie door de Rijksoverheid bij een landelijke uitbraak van een A-infectieziekte is iedere inwoner van Nederland met aandacht voor Caribisch Nederland, specifieke doelgroepen en de rol van diverse stakeholders.

De doelstellingen van de communicatie vanuit de Rijksoverheid tijdens de landelijke uitbraak van een A-infectieziekte zijn:

1) Informatie verstrekken

- Helderheid geven over de situatie: wat is er aan de hand? Wat zijn de mogelijke gevolgen voor mensen en hun omgeving, nu en op termijn?
- Procesinformatie geven: wat wordt er gedaan om de situatie te verbeteren?
- Benoemen wat nog niet bekend is en wat er wordt gedaan om meer informatie te verkrijgen.

2) Schade beperken

- Aangeven wat het handelingsperspectief is: wat kunnen mensen zelf doen om verspreiding te voorkomen, om zichzelf en hun omgeving te beschermen?
- Uitleggen en onderbouwen van adviezen en maatregelen die worden genomen om een uitbraak te voorkomen, in te dammen of de gevolgen te verkleinen.
- Stimuleren dat maatregelen worden opgevolgd, onder andere door gedrag in verschillende situaties concreet te maken.
- Faciliteren dat maatregelen worden opgevolgd door het verlagen van drempels en nudging.

3) Betekenis geven

- Aansluiten bij de beleving van het publiek door het ongemak en de onzekerheid, emoties en zorgen die een infectieziekte met zich meebrengt te benoemen en erkennen.
- Creëren van draagvlak voor de aanpak door aan te sluiten op wat er leeft in de samenleving.

Uitdagingen bij de bestrijding van infectieziekten

De ervaring met COVID-19 heeft geleerd dat de uitbraak van een infectieziekte diverse uitdagingen met zich meebrengt die relevant zijn voor communicatie:

- Het kan zijn dat er nog weinig informatie beschikbaar is aan het begin van een uitbraak met een nieuwe ziekteverwekker. Dit brengt **dilemma's en onzekerheden** met zich mee.
- Door onbekendheid en onzekerheid is er mogelijk weinig perspectief. Daarbij kan de uitbraak van een infectieziekte lang duren en kunnen adviezen en maatregelen een grote impact hebben op het dagelijks leven van mensen. **Vertrouwen in de overheid en draagvlak in de samenleving** om (gedrags)maatregelen (langer) en collectief vol te houden is essentieel met een belangrijke rol voor **sociale- en gedragswetenschappen**.
- Bij de bestrijding van een infectieziekte moet rekening gehouden worden met **specifieke doelgroepen**. Maatregelen kunnen sommige groepen harder raken dan anderen. En niet alle inwoners van Nederland zijn ontvankelijk of bereikbaar voor overheidscommunicatie. Het is belangrijk om inzicht te krijgen in wie deze doelgroepen zijn, wat er bij hen speelt,

wat hen beweegt en welke partijen en sleutelpersonen dichtbij hen staan. **Goede communicatie met en tussen de partners** en een heldere taakverdeling is daarbij van belang om alle inwoners van Nederland te bereiken.

- o **Desinformatie** en politisering van neutrale informatie zijn groeiende problemen die bijzondere aandacht behoeven bij de bestrijding van infectieziekten en epidemieën. Dat maakt het extra belangrijk om in de communicatie helder onderscheid te maken tussen neutrale informatie en bestuurlijke keuzes, ook bij de keuze voor goede boodschappers.
- o Infectieziekten komen meestal niet alleen in Nederland voor. Daarom speelt de **internationale component** altijd een grote rol bij de bestrijding. Ook in de communicatie.
- o Het publiek zal teruggrijpen naar wat ze al kennen: de komende jaren zal dat hun ervaring tijdens de coronacrisis zijn en welke regels en adviezen er toen golden. Dat kan **impact hebben op de mate waarop handelingsperspectief wordt opgevolgd. Hiermee moet rekening gehouden worden** in de communicatie.

Koepelnotitie risico- en crisiscommunicatie

De koepelnotitie risico- en crisiscommunicatie in de bijlage van dit document biedt handvatten voor communicatieprofessionals om met deze uitdagingen aan de slag te gaan. Daarbij is het belangrijk om te benadrukken dat communicatie niet op zichzelf staat. Het is onlosmakelijk verbonden aan helder beleid, goede besluitvorming, eenduidig optreden van de overheid, de situaties waar de handelingsperspectieven van toepassing zijn en de mate waarop naleving gecontroleerd wordt. Maatregelen en adviezen moeten voor de samenleving logisch zijn om op te volgen. Een goede communicatiestrategie levert een belangrijke bijdrage aan de bestrijding van infectieziekten, vooral als het een integraal onderdeel is van beleid dat al start in de koude fase.

Organisatie van de communicatie

In Nederland is de infectieziektebestrijding en de communicatie daarover decentraal belegd bij de GGD'en, de huisartsen en de ziekenhuizen. Bij bovenregionale of landelijke uitbraken neemt het RIVM de coördinatie van de bestrijding en van de communicatie op zich. Bij een landelijke uitbraak van een A-infectieziekte heeft de minister de leiding over de bestrijding en over de communicatie daarover. Als de landelijke uitbraak van de A-infectieziekte aanzienlijke maatschappelijke gevolgen heeft, wordt de Nationale Crisisstructuur actief. Het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) is onderdeel van de Nationale Crisisstructuur en tijdens een nationale crisis of incident met grote maatschappelijke impact het informatieknoppunt vanuit de Rijksoverheid op het gebied van pers- en publiekscommunicatie. Het NKC kan worden geactiveerd door de NCTV, de directeur Communicatie J&V, of de directeur Communicatie van VWS. Het hoofd van afdeling Communicatie van de NCTV zorgt vervolgens voor de noodzakelijke organisatorische, logistieke en facilitaire zaken zodat het NKC snel aan de slag kan. Als het NKC fysiek bijeenkomt gebeurt dat in een eigen werkruimte bij het Nationaal Crisiscentrum. Meer informatie over de activering van de Nationale Crisisstructuur is beschreven in het Nationaal Handboek Crisisbeheersing.

Samenstelling NKC

Leiding

Leiding en vertegenwoordiging ICCb/MCCb

Directeur Communicatie J&V (Hoofd NKC)

Dagelijkse coördinatie en aansturing

Coördinator VWS (focus inhoud)

Leiding

Directeur Communicatie VWS (Hoofd NKC)

Hoofd Afdeling Communicatie NCTV (focus inhoud, logistiek, proces)

Uitvoering

Basisbezetting NCTV/J&V	VWS	Flexibel (proces)	Flexibel (inhoud)	DPC
Woordvoerder	Woordvoerder	Liaison	(Gedrags)-onderzoeker	(Web)redacteur(s)
Communicatieadviseurs	Communicatieadviseurs	Informatiemanager	Campagnemanager	
(Web)redacteur	(Web)redacteur	Procesbegeleider	Single Point of Contact (SPOC)	
Ondersteuner	Social media adviseur	Stakeholder manager		
Coördinator publiekscommunicatie	Speechschrijver			
	Omgevingsanalist			
	Online adviseur			
	Aangevuld met dezelfde rollen en taken van andere betrokken ministeries, veiligheidsregio's en (maatschappelijke) partners			

Tabel 5. Samenstelling NKC

In het NKC wordt de communicatiestrategie op nationaal niveau ontwikkeld. Daarnaast formuleert het communicatiekaders en kernboodschappen en stemt deze af met betrokken communicatiepartners. Het NKC is geen afzender van de communicatie. Betrokken organisaties blijven verantwoordelijk voor de eigen communicatie. De taakverdeling tussen de kernpartners bij de uitbraak van een infectieziekte is daarbij als volgt:

Organisatie	Verantwoordelijk voor	Doelgroep
NKC (bestaande uit NCTV, VWS en andere betrokken departementen)	Landelijke communicatie over beleid en maatregelen	Algemeen publiek*
RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)	Landelijke communicatie over medische inhoud en wetenschappelijke inzichten	Professionals en het algemeen publiek*
RIVM, Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI)	Landelijke communicatie over opgeschaalde medisch-operationele processen	Algemeen publiek* en professionals

Organisatie	Verantwoordelijk voor	Doelgroep
Veiligheidsregio's	Regionale communicatie over beleid en maatregelen	Inwoners regio*
Gemeenten	Lokale communicatie over beleid en maatregelen	Inwoners regio*
GGD'en/ GGD GHOR Nederland	Regionale en lokale communicatie over de uitvoering van opgeschaalde medisch-operationele processen	Inwoners regio*
* met aandacht voor specifieke doelgroepen		

Tabel 6. Taakverdeling tussen de ketenpartners.

3.7 Na de acute crisis

Na de eerste acute bestuurlijke fase van een infectieziektecrisis, waarin de crisisprocessen plaatsvinden en in een crisissetting gewerkt wordt aan de bestrijding van de infectieziekte, volgt een nieuwe bestuurlijke fase, de beheer fase. In deze fase zijn vraagstukken aan de orde over de vorm waarin de crisis wordt aangepakt, de maatregelen die afgeschaald kunnen worden en uiteindelijk de processen die in de nafase belangrijk zijn. In deze paragraaf besteden we achtereenvolgens aandacht aan de overgang van crisisorganisatie naar een andere vorm voor de bestrijding van de infectieziekte, het afschalen of stopzetten van maatregelen en de aandachtspunten na de infectieziektecrisis.

3.7.1 Overgang van acute fase naar beheer fase

Na verloop van tijd kan blijken dat het werken in een crisisorganisatie niet langer past bij de aard van een infectieziektecrisis of de inzet die van een organisatie wordt gevraagd. Gelet op de mate van beheersing die nodig is om de crisis te beheersen kan worden beoordeeld of een aangepaste structuur passender is. Dit kan samenhangen met bepaalde ontwikkelingen van de infectieziekte, een verminderde werklast in de infectieziektebestrijding, de overbelasting van crisisfunctionarissen vanwege de duur van een crisis of het feit dat ander werk blijft liggen door inzet van crisisfunctionarissen in de infectieziektecrisis. Er zijn dan verschillende mogelijkheden:

- Een organisatie schaaft de crisisorganisatie volledig af en verdere afhandeling van de infectieziektecrisis gebeurt in de lijnorganisatie;
- Een organisatie schaaft de crisisorganisatie volledig af en geeft verdere afhandeling van de infectieziektecrisis vorm in een andere organisatievorm (zoals een projectorganisatie);
- Een organisatie schaaft de crisisorganisatie gedeeltelijk af en houdt enkele teams actief (bijvoorbeeld in een waakvlam-constructie of in een lage frequentie);
- Een organisatie schaaft de crisisorganisatie geleidelijk af en gaat over naar een andere mate van beheersing, waarin de infectieziektebestrijding nog steeds een gecoördineerde aanpak vereist, maar zonder de volledige crisisstructuur. (In deze fase blijven kernactiviteiten operationeel terwijl andere onderdelen van de crisisorganisatie worden afgebouwd).

Vuistregel is dat organisaties hun crisispartners informeren wanneer de crisisorganisatie overgaat in een andere vorm, zodat duidelijk is wat de consequenties zijn bij de eigen en de andere organisatie. Daarbij is van belang dat de informatielijnen en contactpersonen voor de crisispartners wel in stand blijven en helder zijn voor betrokkenen.

Er kunnen op voorhand situaties uitgewerkt worden wanneer afgeschaald kan worden in de crisis en welke voorwaarden daarbij gelden. Hierbij geldt te allen tijde dat het noodzakelijk is om maatwerk toe te passen en rekening te houden met de omstandigheden van de specifieke gevallen.

Deze situaties zijn op het moment van schrijven van het LCP-I nog niet uitgewerkt.

Het is van belang dat degenen die actief zijn in de crisisorganisatie zich steeds de vraag stellen of afschalen al aan de orde is, en hoe de overdracht aan de beheersorganisatie vorm dient te krijgen.

Asynchrone afschaling

Het verdient aanbeveling om binnen het Rijk synchroon af te schalen en te markeren wanneer een bepaalde infectieziekte weer volledig beleidsverantwoordelijkheid is van het vakdepartement (ministerie van VWS). Een aandachtspunt bij afschaling is dat het goed mogelijk is dat de crisisorganisatie voor de infectieziektecrisis op Rijksniveau eerder afschaalt dan de crisisorganisatie in de regio (veiligheidsregio of ROAZ-regio) ofwel vice-versa. Het is belangrijk dat betrokken

crisispartners zich bewust zijn van het feit dat afschaling binnen de eigen organisatie niet altijd betekent dat hiermee de crisis voorbij is.

3.7.2 Afschalen en stopzetten van maatregelen

Na verloop van tijd in een infectieziektecrisis kan het afschalen of stopzetten van maatregelen aan de orde zijn, bijvoorbeeld vanwege een dalende besmettingsgraad. Hierover wordt op een vergelijkbare manier advies ingewonnen en besloten als over het instellen en verlengen van een maatregel, namelijk op basis van advisering en door middel van besluitvorming in de daartoe aangewezen besluitvormingsgremia (zoals beschreven in de voorgaande paragrafen). Maatregelen kunnen in principe niet langer duren dan de wettelijke termijn (nu acht weken). Bij maatregelen met maatschappij-ontwrichtende effecten is het advies deze korter te laten duren. Bij iedere verandering dient een proportionaliteitsafweging te worden gemaakt.

Vuistregel is dat al bij het besluiten tot het invoeren van een maatregel nagedacht is over het afschalen en stopzetten van een maatregel. Dit betekent dat bij het nemen van een maatregel nagedacht is over de voorziene termijn voor de afschaling van de maatregel en de mogelijke manieren van afbouwen.

Aandachtspunt is dat het stopzetten van een maatregel en daarna opnieuw nemen van een vergelijkbare of zelfde maatregel in een infectieziektecrisis effect kan hebben op de naleving van en het draagvlak voor de maatregel.

3.7.3 Aandachtspunten na de infectieziektecrisis

In het Nationaal Handboek Crisisbeheersing (2022) is in bijlage B een themalijst opgenomen met thema's die in het algemeen relevant zijn in de nafase en bij herstel na een crisis, inclusief verantwoordelijke en betrokken ministeries. Specifiek na een infectieziektecrisis lichten we de volgende aandachtspunten uit:

- Verantwoording afleggen
- Financiële afwikkeling
- Evaluatieonderzoek
- Herdenking
- Herstelbeleid

Verantwoording afleggen

In de nasleep van een infectieziektecrisis kunnen betrokken bestuurders en de volksvertegenwoordiging gevraagd worden om verantwoording af te leggen over gemaakte keuzes in de crisis. Keuzes die specifieke vakdepartementen of ministers maken in de crisis, die leiden tot maatregelen voor de maatschappij, kunnen vergaande gevolgen hebben in de sectoren of vakdepartementen van andere ministers. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om onderwijsachterstanden bij jonge kinderen, de mentale gezondheid van de bevolking, het vertrouwen in de overheid.

Financiële afwikkeling

Op verschillende manieren is er in de nasleep van een infectieziektecrisis behoefte aan de afwikkeling van financiële zaken. Voor een groot deel van deze financiële zaken geldt dat hier aan de voorkant, bijvoorbeeld bij het instellen van maatregelen, al over nagedacht moet worden.

Bij financiële afwikkeling na een infectieziektecrisis valt te denken aan:

- Het afbouwen van financiële steun voor bedrijven en bevolking;
- De financiële consequenties van maatregelen, zoals bijvoorbeeld gederfde inkomsten door sluiting van bedrijven;

- Het tijdelijk nog opslaan, verkopen, afvoeren of ter beschikking stellen van de overgebleven medische of beschermende materialen;
- De kosten die het zorgvuldig bewaren van medische gegevens met zich meebrengen.

Evaluatieonderzoek

Vanwege de impact op de samenleving van een infectieziektecrisis ligt het in lijn der verwachtingen dat een evaluatievraag volgt na afloop van de crisis. Hierbij kunnen lessen over het handelen van betrokken organisaties en diensten gebruikt worden voor de aanpak van toekomstige infectieziektecrises.

Na afloop van eerdere infectieziektecrises zien we dat er evaluatieonderzoeken zijn gedaan, door onder andere de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV). Na de coronacrisis is daarnaast een parlementaire enquête gestart. Het is wenselijk om tijdens een lopende crisis al informatie te verzamelen over de effectiviteit van de maatregelen van de OVV en deze in een zo vroeg mogelijk stadium te onderzoeken.

Herdenking

Na een uitbraak met een grote maatschappelijke impact kan er behoefte zijn aan een nationale herdenking. Hiervoor ligt het primaat bij de minister van JenV.

Herstelbeleid

In de nafase is aandacht nodig voor de langetermijneffecten van de pandemie en de pandemiemaatregelen. Sommige effecten blijven langer na-ijlen dan andere. Vanuit de coronapandemie zijn er bijvoorbeeld langetermijneffecten waarneembaar op onderwijsprestaties, studieschulden, mentaal welzijn van jongeren en op het vertrouwen in de overheid. Ook blijken restverschijnselen van de coronapandemie op te treden in de vorm van post-COVID. In de nafase van de pandemie dienen de langetermijneffecten goed in kaart te worden gebracht, zodat hierop gericht beleid kan worden gevoerd.

Daarnaast is het belangrijk om de inzet van betrokkenen bij de crisis blijvend te waarderen en waar nodig ondersteuning te bieden bij het verwerken van eventuele ingrijpende ervaringen die betrokkenen tijdens de crisis hebben meegemaakt.

HOOFDSTUK 4

Scenario's en sleutelbesluiten

Dit hoofdstuk gaat over scenario's en sleutelbesluiten rondom infectieziekten. Een scenario is een fictieve beschrijving van mogelijke gebeurtenissen in een infectieziektecrisis. Een scenario-uitwerking is een standaard onderdeel van de landelijke crisisplan-systematiek. Het is een hulpmiddel om inzicht te verkrijgen in het mogelijk verloop van een infectieziektecrisis. De scenario's in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op fictieve scenario's die het RIVM heeft ontwikkeld voor het ministerie van VWS en die zijn vereenvoudigd om te kunnen worden gebruikt in het LCP-I. De scenario's zijn opgebouwd vanuit een aantal variabelen die van invloed zijn op verschillende verlopen van de crisis.

Een sleutelbesluit wordt in het kader van het LCP-I omschreven als een noodzakelijk en impactvol besluit dat onder tijdsdruk wordt genomen door bevoegd gezag om tijdens een infectieziektecrisis passende maatregelen te treffen met grote maatschappelijke gevolgen.

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk zijn drie fictieve scenario's op hoofdlijnen uitgewerkt, met de daarbij passende sleutelbesluiten.

Als een infectieziektecrisis lang duurt, is het van belang om steeds te reflecteren op de vraag of de maatregelen en doelen in de infectieziektebestrijding nog passen bij de fase van de pandemie. Dit heeft te maken met het verloop van de pandemie, de draagkracht in de samenleving, de effecten op zorg en het draagvlak voor maatregelen die op andere (sociaaleconomische of maatschappelijke) vlakken ernstige neveneffecten kunnen hebben. Zie voor verdere toelichting de aanbevelingen van het MIT over bestuurlijke fasering van pandemieën.

4.1 Bouwstenen voor scenario's

Het beloop van infectieziekten kan sterk verschillen. Om de ernst en het risico op een grootschalige uitbraak goed in kaart te brengen heeft het RIVM in 2024 een risico-matrix opgesteld rondom infectieziektecrisis ten behoeve van haar responsstructuur⁴⁷. Zij heeft op basis daarvan een beoordelingssysteem gepubliceerd (zie bijlage 2). Het beoordelingssysteem biedt inzicht in relevante variabelen van een infectieziektecrisis.

Kenmerken van infectieziekten clusteren zich onder andere in: (1) transmissieroute, (2) reservoir, (3) ziekteverwekker, (4) herkomst, (5) risicogroepen besmetting en (6) risico groepen ernstig beloop. Het beoordelingssysteem brengt daarnaast nog verschillende onderdelen in kaart, waaronder de variabelen rondom verspreiding, monitoring en surveillance routes, diagnostiekmogelijkheden, mogelijke maatregelen, communicatie en zorg & zorgimpact.

⁴⁷ Beoordelingssysteem bij uitbraken van nieuwe infectieziekten – RIVM.

In de voorbereiding op infectieziekten (koude fase) ondersteunt het beoordelingssysteem met de onderliggende risico-matrix bij het ontwikkelen van scenario's, verhaallijnen en oefeningen. En daarmee aan de voorbereiding op mogelijke uitbraken. Bij een daadwerkelijke uitbraak of dreiging ervan (warme fase) helpt het beoordelingssysteem bij het vormen van een beeld over de uitbraak en om de risicobeoordeling en respons te structureren. Zo kan een uitbraak systematisch in kaart gebracht worden, gemonitord worden en verschillende dreigingsscenario's gestructureerd uitgewerkt worden.

4.2 Sleutelbesluiten

Tijdens een infectieziektecrisis zal op verschillende domeinen besluitvorming (moeten) plaatsvinden om te komen tot passende maatregelen om de infectieziekte en bijbehorende effecten te bestrijden. Deze besluiten kunnen zeer impactvol zijn en worden daarom sleutelbesluiten genoemd. Elk sleutelbesluit gaat gepaard met een heldere onderbouwing. Waar nodig vinden besluiten plaats in nauwe afstemming met de betreffende publieke en private partners.

In deze paragraaf is een overzicht van mogelijke sleutelbesluiten bij infectieziekten opgenomen. Dit overzicht geeft houvast en richting, maar elke infectieziekte kan specifieke sleutelbesluiten vragen vanwege de specifieke context en effecten. Het overzicht van besluiten is niet uitputtend. De sleutelbesluiten kunnen worden benut ter voorbereiding op crises en wanneer een crisis zich voordoet.

Waar mogelijk is in onderstaande tabellen het bevoegd gezag voor een sleutelbesluit en de wettelijke grondslag daarvoor opgenomen. Het bevoegd gezag verwijst naar het bestuursorgaan dat op grond van wet- en regelgeving verantwoordelijk is voor de besluitvorming. Voor een deel van de besluiten geldt dat een besluit op landelijk niveau, vanuit de nationale crisisstructuur, uitwerking en uitvoering zal vragen van decentrale bevoegd gezagen zoals gemeenten, veiligheidsregio's en GGD'en. Daarbij geldt op grond van art. 7 Wpg dat de minister van VWS leiding geeft aan de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte (of een directe dreiging daarvan), waarbij hij de voorzitter van de veiligheidsregio kan opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen. Dit betekent dat de voorzitter van de veiligheidsregio de epidemie bestrijdt waarbij de minister van VWS afhankelijk van de epidemiologische situatie kan sturen op de voorzitter. Indien voorgaande van toepassing is, informeert de minister van VWS zowel de minister van BZK als de minister van J&V hierover. Dit vraagt om afstemming tussen Rijk en regio.

Toezicht en handhaving

Voor veel sleutelbesluiten geldt dat er een component van toezicht en handhaving aan verbonden is. Dit kan variëren van naleving van publieksmaatregelen tot grenscontroles en mobiliteitsbeperkingen. De verantwoordelijkheid voor toezicht en handhaving zal afhangen van de aard en schaal van de maatregel en kan terechtkomen bij verschillende handhavende instanties:

- Gemeenten: Toezicht en handhaving op lokale maatregelen, vaak uitgevoerd door gemeentelijke BOA's en de politie.
- Veiligheidsregio's: Coördinatie van handhaving bij grootschalige maatregelen, mogelijk via noodverordeningen.
- Politie en Koninklijke Marechaussee: Handhaving van landelijke maatregelen en grenscontroles bij internationale reisrestricties.
- Inspecties en toezichthouders: Specifieke maatregelen kunnen vallen onder de handhaving van organisaties zoals de NVWA, ILT of de Arbeidsinspectie.

Op voorhand is niet voor alle maatregelen exact vast te leggen welke instantie verantwoordelijk is voor toezicht en handhaving. Dit vraagt om een flexibele benadering, waarbij bij de uitwerking van maatregelen uitvoeringsadvies wordt ingewonnen bij relevante partijen. In sommige gevallen kan dit leiden tot aanvullende besluiten, zoals een apart toezicht- en handhavingsbesluit.

Bij de besluitvorming over maatregelen wordt structureel advies gevraagd over de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid ervan. Dit wordt meegewogen in het afwegingsproces zoals beschreven in paragraaf 3.3.1 (Advisering).

Classificering van de infectieziekte

Een classificering van A1 of A2 bepaalt welke verantwoordelijkheidsverdeling er is voor de verdere aanpak en bestrijding van de ziekte. De aanwijzing van de classificering gebeurt door de minister van VWS, op basis van een advies van experts.

In het geval dat er voor de aanpak van een zoönotische infectieziekte ook maatregelen genomen moeten worden bij dieren, dan kan de minister van LVVN deze ziekte op basis van artikel 5.3 van de Wet dieren aanwijzen als meldings- en bestrijdingsplichtige dierziekte.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Aanwijzen van infectieziekte als A1 of A2 infectieziekte	Ministerie van VWS	Artikel 20 Wpg

Afstandsmaatregelen, contactbeperkende maatregelen en persoonlijke beschermingsmiddelen

Afhankelijk van de aard van een infectieziekte kan besloten worden om algemene maatregelen te nemen die voorkomen of verminderen dat een infectieziekte zich verspreidt. Hiervoor zijn verschillende soorten maatregelen mogelijk, waaronder maatregelen om meer afstand te houden en maatregelen om contacten tussen mensen te beperken. Dit type maatregelen kan een ingrijpend effect op de samenleving hebben, waardoor ook flankerende maatregelen nodig zijn in uiteenlopende sectoren. Voor afstandsmaatregelen geldt bijvoorbeeld dat dit voor scholen, universiteiten, openbaar vervoer, de horeca en de cultuursector, maar ook voor de luchtvaart ingrijpende gevolgen heeft. Dit vraagt om verder uitwerking in aanvullende besluiten.

Categorieën van maatregelen welke te nemen zouden zijn in het geval van uitbraak van een A infectieziekte betreffen⁴⁸:

- Individuele maatregelen (uit te voeren door het individu): zoals handhygiëne, thuisblijven bij klachten (isolatie), thuisblijven na contact met een geïnfecteerd persoon (quarantaine), dragen van mondneusmaskers, thuis werken, afstand houden, etc.
- Sociaal-maatschappelijke maatregelen (met betrekking op groepen of locaties): zoals restricties voor evenementen, horecasluiting, groepsgrootte, avondklok, etc.;
- Omgevingsmaatregelen: zoals ventilatie, spatschermen, hygiëne oppervlakken, maatregelen om een besmette omgevingsbron weg te nemen (water, voedsel), etc.;
- (Inter)nationale reis- en handelsmaatregelen: zoals reisbeperkingen, entry screening, quarantaine na reizen, importbeperkingen, etc.

⁴⁸ <https://open.overheid.nl/documenten/429b7b65-b3ef-422d-ad1d-dc24fbc818b2/file>

Daarbij kunnen (uitbraakonderzoeks)maatregelen, al dan niet in internationaal verband, nodig zijn met betrekking tot:

- Bronopsporing (bij mensen, dieren, vectoren, voedsel, overige producten, milieu (water, aarde etc.), epidemiologisch uitbraakonderzoek).
- Contactonderzoek (bij mensen, dieren, milieu etc.)
- Eliminatiemaatregelen (bv recall besmette producten, vectorbestrijding)
- Primaire preventie (bv vaccinatie, antivirale middelen, persoonlijke beschermingsmaatregelen om blootstelling te voorkomen zoals op het werk, in de zorg etc.)
- Secondaire preventie: vroegopsporing na blootstelling of van ziektegevallen, testen, postexpositieprofylaxe of vroegbehandeling van blootgestelde mensen, dieren etc.

Daarnaast kan in het beleidsbesluit nog het onderscheid gemaakt worden tussen 'noodzakelijke' activiteiten versus 'niet-noodzakelijke' (recreatieve) activiteiten waarop beperkingen worden ingezet. Dit vereist aanvullende besluiten over het aanwijzen van noodzakelijke en niet-noodzakelijke activiteiten.

Het kan nodig zijn om te besluiten tot het verplicht gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals bijvoorbeeld mondneusmaskers. Ook dit type maatregel kan een ingrijpend effect op de samenleving hebben, waardoor flankerende maatregelen nodig zijn in uiteenlopende sectoren.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag ⁴⁹	Grondslag
Afstandsmaatregelen	Ministerie van VWS of voorzitters veiligheidsregio's	Veilige afstand: art. 58f Wpg Art. 39 Wvr
Contactbeperkende maatregelen	Ministerie van VWS of voorzitters veiligheidsregio's	Openstelling van publieke plaatsen: art. 58h Wpg Evenementen: art 58i Wpg
(Gedwongen) quarantaine en isolatie (maatregelen gericht op het individu)	Voorzitters veiligheidsregio's	In ziekenhuis voor onderzoek: art. 30-34 Wpg Quarantaine: art. 35, 36 Wpg
Instellen van hygiëne maatregelen	Ministerie van VWS of voorzitters veiligheidsregio's)	Veilige afstand: art. 58f Wpg Hygiënemaatregelen en persoonlijke beschermingsmiddelen: art. 58g Wpg
Verplichten van persoonlijke beschermingsmiddelen	Minister van VWS of voorzitters veiligheidsregio's)	Persoonlijke beschermingsmiddelen: art. 58g Wpg
<i>Overige sleutelbesluiten</i>		

⁴⁹ Voor de BES eilanden gelden afwijkende processen en ligt het bevoegd gezag anders. Vanwege het overzicht is dit hier niet opgenomen.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag ⁴⁹	Grondslag
Adviseren over gebruik persoonlijke beschermingsmiddelen		
Inzetten grootschalig testen		
Inzetten op grootschalig vaccineren		

Tabel 7. Typen sleutelbesluiten rondom afstandsmaatregelen, contactbeperkende maatregelen en persoonlijke beschermingsmiddelen.

Verdeling van schaarse middelen

Als een infectieziektecrisis lang duurt en er sprake is van een groot aantal getroffen, dan kan dat leiden tot schaarste aan middelen. Dit kan gaan om medische middelen, zoals apparatuur, geneesmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen, maar ook om een tekort aan desinfectiemiddelen, opvanglocaties voor patiënten of capaciteit van mensen. Dit heeft zeker grote gevolgen als (zorg)medewerkers zelf getroffen worden door de infectieziekte. Het is aan het bevoegd gezag (bij een nationale infectieziektecrisis is dit de minister van VWS) om in dit geval te prioriteren en de schaarse middelen te verdelen. Zie ook Code Rood van het CEG⁵⁰.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Prioritering van inzet schaarse medische middelen	Ministerie van VWS	Verdeling vaccins en therapeutische farmaceutische producten: Art. 11 Wpg Distributiewet [PM]
Prioritering van inzet/rantsoenering desinfectiemiddelen	Ministerie van VWS	Art. 11 Wpg
Prioritering van inzet/ rantsoenering persoonlijke beschermingsmiddelen	Zorginstellingen Ministerie van VWS	Distributiewet [PM]
Verdeling van inzet zorgpersoneel	Zorginstellingen ROAZ	[PM]
Besluit tot beperken zorg tot 'acute zorg'	Zorginstellingen	[PM]
Activeren nationale zorgreserve	Minister van VWS	Wettelijke basis in voorbereiding
Rantsoenering bij voedselschaarste	Ministerie van LNVN Ministerie van EZ	Noodbevoegdheden minister van LNVN voor voedselketen Algemene schaarstewetgeving minister van EZ voor rantsoenering [PM]
ROAZ activeren voor patiënten spreiding	ROAZ, LCPS	[PM]

⁵⁰ [Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg | Ethisch dossier | CEG – Centrum voor Ethiek en Gezondheid](#)

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
<i>Overige sleutelbesluiten</i>		
Productie/aanschaf geneesmiddelen of PBM's		
Prioritering van opvanglocaties		
Prioritering inzet persoonlijke beschermingsmiddelen buiten de zorg		
Prioritering van de inzet van schaarse medische middelen buiten de zorg		

Tabel 8. Typen sleutelbesluiten rondom verdeling van schaarse middelen.

Administratieve maatregelen

Om in tijden van crisis de zorg zo efficiënt mogelijk in te zetten, zijn administratieve maatregelen mogelijk om de administratieve druk te minimaliseren.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Besluit administratie in zorg af te schalen	Minister van VWS	art. 21 Noodwet geneeskundigen
Opschorten BIG-registratie/tuchtrecht	Minister van VWS Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	art. 2 en 2a Noodwet geneeskundigen

Tabel 9. Typen sleutelbesluiten rondom administratieve maatregelen.

Maatregelen bij zoönose

In het geval van een zoönose kunnen maatregelen genomen worden die ingrijpen op het verspreiden van de ziekte onder dieren. De werkwijze bij een zoönose is verder uitgewerkt in het draaiboek zoönose van het ministerie van LNV en VWS.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Vaccineren van dieren (in agrarische sector of gezelschapsdieren)	Minister van LNV	artikel 5.4 Wet dieren
Doden van dieren (in agrarische sector of gezelschapsdieren)	Minister van LNV	artikel 5.4 Wet dieren
Verbod op verplaatsen of verwerken van dieren in bepaalde gebieden	Minister van LNV	artikel 5.4 Wet dieren
Afsluiten gebieden vanwege besmettingsgevaar	Minister van LNV	artikel 5.4 Wet dieren

Tabel 10. Typen sleutelbesluiten rondom zoönose.

Mobiliteit en grenzen

Verspreiding van een infectieziekte kan door mobiliteit van mensen toenemen. Verspreiding van een infectieziekte wordt niet beperkt door landsgrenzen. Daarom zijn maatregelen die ingrijpen op mobiliteit van mensen en verplaatsing over grenzen mogelijkheden om verspreiding in te dammen. Dit type maatregelen kan een ingrijpend effect op de samenleving hebben, waardoor ook flankerende maatregelen nodig zijn in uiteenlopende sectoren.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Vliegverbod/vliegbepalingen	Ministerie van IenW	Artikel 5.10 Wet luchtvaart
Beperking treinvervoer	Ministerie van VWS	Bedrijfsmatig personenvervoer: art. 58o Wpg
Instellen scheepvaartbeperking	Ministerie van IenW	Art. 4 Scheepvaartverkeerswet
Instellen testbewijs als inreismaatregel	Minister van VWS	Maatregel in verband met inreizen: art. 58p Wpg
Grensmaatregelen conform EU-regelgeving	Ministerie van Buitenlandse Zaken?	[PM]

Tabel 11. Typen sleutelbesluiten rondom mobiliteit en grenzen.

Sectoren en economie

Het nemen van besluiten die brede effecten hebben, kan leiden tot de noodzaak om in specifieke sectoren specifieke aanvullende besluiten te nemen. De precieze invulling van deze besluiten en de sectoren die het betreft, hangen af van de aard en eigenschappen van de infectieziekte.

Sleutelbesluit
Besluiten om een lijst cruciale functies/ essentiële sectoren op te stellen
Activeren continuïteitsplannen vitale sectoren
Besluiten om sectoren te sluiten (uitwerking verdringingsreeks vitale sectoren)
Thuiswerk advies
Economische steunmaatregelen
Activeren sectorplannen

Tabel 12. Typen sleutelbesluiten rondom sectoren en economie.

Handhaving en openbare orde

Afhankelijk van maatregelen die nodig zijn voor bestrijding van de infectieziekte en de maatschappelijke context, kan het inzetten van handhaving nodig zijn. Hiervoor zijn verschillende soorten maatregelen denkbaar.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Handhaving door politie/BOA's	Burgemeesters	Politiewet

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Besluiten openbare orde en veiligheid	Burgemeesters/ voorzitters veiligheidsregio	Politiewet/Wvr
Politiebijstand bij escalatie zorg	Lokale driehoek Ministerie van JenV	Politiewet

Tabel 13. Typen sleutelbesluiten rondom handhaving en openbare orde.

Het stilleggen van maatschappelijke activiteiten

Het stilleggen van maatschappelijke activiteiten als; het sluiten van scholen, het sluiten van winkels en andere openbare gelegenheden en/of het instellen van een avondklok heeft een grote maatschappelijke impact. Naarmate de maatregelen langer duren kan maatschappelijke onrust ontstaan, zeker wanneer onduidelijk is wanneer de maatregelen weer teruggedraaid zullen worden. Het treffen en vervolgens afschalen van maatregelen met een grote maatschappelijke impact gaat altijd gepaard met een heldere onderbouwing. Het uitgangspunt is dat genomen maatregelen een zo beperkt mogelijke maatschappelijke impact en duur hebben.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Scholensluiting	Ministerie van VWS	Specifieke grondslag niet opgenomen in de Wpg; kan via artikel 58d Wpg (noodbevoegdheid)
Sluiten van winkels en andere openbare gelegenheden	Ministerie van VWS	Openstelling van publieke plaatsen: art. 58h Wpg Evenementen: art. 58i Wpg
Instellen van een avondklok	Ministerie van JenV	Art. 8 Wbbbg jo. Artikel 1 Wbbbg

Tabel 14. Typen sleutelbesluiten rondom het stilleggen van maatschappelijke activiteiten.

Internationaal georiënteerde sleutelbesluiten

Omdat een infectieziekte vaak een internationale context kent, zijn er ook op internationaal gebied mogelijke sleutelbesluiten te nemen.

Sleutelbesluit
Activeren IPCR voor harmonisatie
Health Security Committee maatregelen harmoniseren met EU
Steunen internationale initiatieven (vaccins, geneesmiddelen, PBM's)
Repatriëring Nederlanders uit het buitenland door Ministerie van Buitenlandse Zaken

Tabel 15. Internationale sleutelbesluiten.

Herstel en nafase

Wanneer de acute fase van een infectieziekte is afgelopen, zullen er ook in de nafase sleutelbesluiten voorliggen over de afhandeling van de crisis en het maatschappelijk herstel na de crisis.

Sleutelbesluit	Bevoegd gezag	Grondslag
Overgang naar beheer	Ministerie van VWS	Art. 6 Wpg
<i>Overige sleutelbesluiten</i>		
Gedegen proces maatschappelijk herstel		
Opstarten nazorg/herstel		
Organiseren nationale herdenking		

Tabel 16. Typen sleutelbesluiten rondom herstel en nafase.

4.3 Scenario's

Om de verschillende variabelen die van belang zijn bij een infectieziekte crisis te verduidelijken schetsen we in deze paragraaf drie mogelijke scenario's. De scenario's laten zien welke sleutelbesluiten in de verschillende scenario's mogelijk genomen moeten worden. Het zijn illustratieve scenario's en ze zijn geen indicatie voor daadwerkelijke risico's.

Voor ieder scenario is weergegeven welke variabelen in dit scenario relevant zijn. Vervolgens is een lijst met sleutelbesluiten per scenario opgenomen. Deze scenario's geven een beeld van de mogelijke sleutelbesluiten, maar is geen uitputtende lijst. Daarnaast hangen maatregelen sterk af van context en fase van een crisis.

4.3.1 Scenario 1: onbekende infectieziekte vanuit het buitenland

Een onbekende ziekteverwekker, verwant aan het Nipah-virus, wordt in Nederland geïntroduceerd via een reiziger uit India. Het virus veroorzaakt neurologische klachten en verspreidt zich van mens-op-mens via direct contact met lichaamsvloeistoffen. De eerste clusters ontstaan na een rugbytoernooi, met ernstige ziektegevallen bij jonge mannen. Het virus wordt niet via de lucht overgedragen. Het heeft een incubatietijd van 4-14 dagen. Meerdere mensen raken geïnfecteerd, met ziekenhuisopnames en sterfgevallen. Met name ouderen lijken kwetsbaar te zijn wanneer zij besmet raken met deze infectieziekte.

Deze infectieziekte verloopt relatief mild bij een groot deel van de mensen die besmet raken, maar sommige volwassenen kunnen wel een week ziek zijn. De Nederlandse populatie is niet immuun, iedereen is nog vatbaar. Het betreft een nieuw virus wat getracht wordt te elimineren met bron en contactonderzoek. Vanwege de vergaande maatregelen voor contacten en het oplopende aantal besmettingen heeft de uitbraak daardoor toch effect op de economie.

Variabelen in dit scenario

- Transmissieroute: direct contact
- Herkomst: buitenland
- Reservoir: in Nederland geen
- Risicogroepen besmetting in de samenleving: volwassenen
- Risicogroepen ernstig beloop: ouderen
- Zorgcapaciteit: voldoende
- Geraakt gebied: in eerste instantie lokaal, daarna verdere uitbreiding.

Sleutelbesluiten in dit scenario

- Classificering van de nieuwe ziekte als A1 of A2 infectieziekte
- Besluiten over contactbeperkende maatregelen, in dit geval specifiek gericht op het beperken van contact met lichaamsvloeistoffen.
- Quarantaine en isolatie
- Instellen van hygiëne- en gedragsregels
- Adviseren over persoonlijke beschermingsmiddelen die contact met lichaamsvloeistoffen verminderen

4.3.2 Scenario 2: dengue in Nederland

De tijgermug komt (in dit scenario) algemeen voor in Nederland. Aan de Nijmeegse vierdaagse neemt een grote groep Braziliaanse wandelaars deel. Een aantal van hen is besmet met het dengue virus (knokkelkoorts). Door ideale weersomstandigheden zijn er tijdens de vierdaagse veel muggen die zorgen voor verspreiding van het virus naar andere wandelaars. Na de vierdaagse

gaan besmette wandelaars naar huis en hierdoor ontstaan over heel Nederland clusters van dengue besmettingen. De ziekte kent voor kwetsbare groepen (zwangere en jonge kinderen) een ernstig verloop waardoor ziekenhuizen en huisartsen overbelast raken. En waardoor in die kwetsbare doelgroepen slachtoffers vallen. Er ontstaat veel onrust en er is veel desinformatie. Er ontstaat een groot tekort aan klamboes en anti-muggen middelen.

Variabelen in dit scenario

- Transmissieroute: vector-borne (via de tijgermug in dit geval)
- Herkomst: vanuit Nederland
- Reservoir: tijgermug
- Risicogroepen besmetting in de samenleving: volwassenen
- Risicogroepen ernstig beloop: zwangeren en jonge kinderen
- Zorgcapaciteit: voldoende
- Geraakt gebied: lokaal in eerste instantie, vervolgens clusters verspreid in Nederland

Sleutelbesluiten in dit scenario

- Uitvoeren van bron- en contactonderzoek
- Adviseren of verplichten van persoonlijke beschermingsmiddelen
- In kaart brengen van schaarste
- Prioritering van inzet/ rantsoenering persoonlijke beschermingsmiddelen zoals klamboes en anti-insectenmiddelen
- Verdeling van inzet zorgpersoneel
- Eventueel besluit tot beperken zorg tot 'acute zorg'
- Eventueel administratieve maatregelen om de zorgcapaciteit te vergroten
- Handhaving en besluiten openbare orde en veiligheid vanwege onrust

4.3.3 Scenario 3: grootschalige infectieziekte in Nederland

Een nieuwe variant van de Hoog Pathogene Aviaire Influenza (HPAI), een zoönose, wordt in Nederland ontdekt. Het virus is ontdekt op een varkensboerderij in het zuiden van Nederland. Het virus lijkt aanvankelijk beperkt tot dieren, maar binnen een week duidt onderzoek bij zieke medewerkers van het bedrijf op mogelijke mens-op-mens overdracht. Besmette personen vertonen griepachtige klachten, met ernstige gevallen waaronder ziekenhuisopnames. Binnen enkele weken verspreidt het virus zich snel; duizenden raken besmet. Het zorgsysteem wordt zwaar belast door ziekenhuisopnames, vooral van risicogroepen zoals ouderen en immuungecompromitteerden. De uitbraak veroorzaakt maatschappelijke ontwrichting door personeelsuitval, verminderde toegang tot zorg, economische schade en groeiende zorgen over publieke veiligheid.

Variabelen in dit scenario

- Transmissiebron: zoönotisch
- Transmissieroute: via de lucht (aerogeen, druppelinfectie) en direct contact
- Herkomst: vanuit Nederland
- Reservoir: met name pluimvee, maar ook zoogdieren (carnivoren)
- Risicogroepen besmetting in de samenleving: geen specifieke groep
- Risicogroepen ernstig beloop: ouderen en immuungecompromitteerden
- Zorgcapaciteit: onvoldoende
- Geraakt gebied: landelijk verspreid

Sleutelbesluiten in dit scenario

- Classificering van de nieuwe ziekte als A1 of A2 infectieziekte
- Besluiten tot adviesaanvraag (zowel vanuit zoönosestructuur als vanuit infectieziektebestrijding)
- Uitvoeren van bron- en contactonderzoek
- Adviseren of verplichten van persoonlijke beschermingsmiddelen
- Inenten en/of ruimen van varkens
- Verbod op verplaatsen of verwerken van varkens
- Monitoring impact op voedselketen
- Quarantaine en isolatie
- Prioritering van inzet schaarse medische middelen
- Contactbeperkende maatregelen, grote bijeenkomsten/evenementen verbieden
- Afstandsmaatregelen
- Inreisbeperkingen: vliegbeperkingen, beperking internationaal treinverkeer, scheepvaartbeperking
- Verdeling van inzet zorgpersoneel
- Besluit tot beperken zorg tot 'acute zorg'
- Activeren nationale zorgreserve
- Administratieve maatregelen
- Activeren continuïteitsplannen vitale sectoren
- Economische steunmaatregelen
- Handhaving en besluiten openbare orde en veiligheid

Bijlage 1. Juridisch kader

B.1.1 Inleiding

De basis voor de bevoegdheidsverdeling voor de aanpak van een infectieziektecrisis ligt in de wetgeving. Dit hoofdstuk geeft inzicht in het juridische kader voor bestrijding van infectieziekten (niet zijnde zoönose). Vervolgens zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van coördinerende en besluitvormende crisisgremia beschreven.

Voor dit hoofdstuk zijn de volgende documenten en wetten van belang:

- Wet publieke gezondheid
- Wet veiligheidsregio's
- Bestuurlijke netwerkkaart 7 – Infectieziekte
- Bevoegdheidenschema 3 – Geneeskundige hulpverlening en infectieziektebestrijding

B.1.2 Wet publieke gezondheid (Wpg)

Op het moment van schrijven van het LCP-I loopt het proces rondom de ontwikkelingen en aanpassingen van de Wpg. In de Wpg worden aanpassingen doorgevoerd die volgen uit de lessen van de aanpak van de coronacrisis. In deze paragraaf nemen we als uitgangspunt de nieuwste aanpassingen en ontwikkelingen mee op het gebied van de Wpg.

De Wet publieke gezondheid (Wpg) biedt het wettelijk kader voor het nemen van gezondheidsbeschermende en -bevorderende maatregelen voor de gehele bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.⁵¹

In de koude fase is er sprake van medebewind op het gebied van publieke gezondheid en de voorbereiding van infectieziektebestrijding, zowel het Rijk als de gemeenten hebben hierin duidelijke taken en bevoegdheden. Deze staan opgenomen in de Wpg.

Verantwoordelijkheidsverdeling decentrale & centrale overheid

De bevoegdheidsverdeling verandert in het geval van een infectieziektecrisis, voor de bestrijding van de infectieziekte. In het geval van een infectieziekte, behorend tot groep B1, B2 of C, geeft de burgemeester leiding aan de bestrijding hiervan (art. 6, lid 3 Wpg). Indien het een infectieziekte behorend tot groep A1 of A2, betreft, of een directe dreiging daarvan, draagt de voorzitter van de veiligheidsregio zorg voor de bestrijding ervan (art. 6, lid 4 Wpg). In dit geval geeft de minister van VWS leiding aan de bestrijding en kan hij opdrachten geven aan de voorzitter van de veiligheidsregio hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder het toepassen van maatregelen zoals in hoofdstuk V van de Wpg (art. 7, lid 1 Wpg). Bij bestrijding van een A1-infectieziekte met enkel plaatselijke betekenis kan ook de burgemeester bevoegd zijn tot het nemen van collectieve maatregelen als bedoeld in hoofdstuk V, paragraaf 8 van de Wpg (art. 6, lid 5, en lid 6 Wpg). Verderop in deze bijlage worden de voorziene wijzigingen in de Wpg toegelicht, die ook zien op de bevoegdheidsverdeling.

⁵¹ [Advies over Wet publieke gezondheid \(Wpg\) | Brief | Rijksoverheid.nl](#); [Advies Wet Publieke Gezondheid: Recht doen aan impact en waarden | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Collectieve maatregelen

Op basis van hoofdstuk V, paragraaf 8, van de Wpg kunnen collectieve maatregelen worden opgelegd door de voorzitters Veiligheidsregio's of de minister van VWS, waar artikel 58b Wpg voorziet in een afwegingskader. Steeds zal beoordeeld moeten worden of, en welke (art. 20, lid 3 Wpg), beperkende collectieve maatregel noodzakelijk en evenredig is. Er zal dus een afweging gemaakt moeten worden tussen de individuele belangen en de belangen die gediend zijn met de bestrijding van de A1-infectieziekte, waarbij de minst vergaande en geschikte maatregel de voorkeur heeft. Hiermee wordt een balans gevonden tussen enerzijds de noodzaak van snelheid en flexibiliteit van handelen en anderzijds de noodzaak van democratische legitimatie en waarborgen voor de bescherming van grondrechten. Hierbij zijn de collectieve maatregelen die in de 6^e verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 zijn opgenomen, gebruikt als basis voor de collectieve maatregelen in de huidige Wpg (hoofdstuk V, paragraaf 8). Denk bijvoorbeeld aan de sluiting van of voorwaarden stellen aan publieke plaatsen, stellen van hygiënemaatregelen, inreisregels, veilige afstand etc.

Tranches in wetswijzigingsproces Wpg

De Eerste tranche Wpg zag op de bevoegdheidsgrondslag voor het nemen van collectieve maatregelen, waarbij een passende betrokkenheid vanuit het parlement is geborgd en de grondrechten zo min mogelijk zijn beperkt. De wetswijziging introduceerde een nieuwe categorie infectieziekten (A1), die een pandemisch potentieel hebben. Alleen bij deze categorie A1 zijn collectieve maatregelen mogelijk.

De Tweede tranche Wpg - in voorbereiding - ziet toe op het toevoegen van een directe sturingsbevoegdheid van de minister van VWS op de directeur publieke gezondheid van de GGD, ten aanzien van medisch-operationele voorzieningen⁵² (via de LFI) Deze sturingsbevoegdheid is complementair aan de reeds bestaande bevoegdheid van de minister van VWS om opdrachten te geven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's. Daarnaast wordt voorzien in een grondslag om regels te stellen ter zake van de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders de GGD de taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren. Deze kaderstelling beoogt onder meer te sturen op een meer uniforme werkwijze van de GGD'en.

De derde tranche - in voorbereiding - ziet op grondslagen voor (elektronische) gegevensuitwisselingen in het kader van infectieziektebestrijding. Hierbij zijn enkele thema's aangegeven, te weten: het toekomstbestendig en flexibel uitwerken van de meldingsplicht, de verwerking van de grondslagen voor internationale gegevensuitwisseling en het expliciteren van datagebruik ten behoeve van infectieziektebestrijding.

B.1.3 Wet veiligheidsregio's (Wvr)

Op het moment van schrijven van het LCP-I wordt de Wet veiligheidsregio's herzien.

De Wet veiligheidsregio's (Wvr) voorziet in het kader voor de bevoegdheden bij rampen en crises. Dit omvat onder meer bepalingen over brandweezorg, rampenbestrijding, crisisbeheersing en geneeskundige hulpverlening.

⁵² De definitie van medisch-operationele voorziening betreft een niet-limitatieve lijst om de benodigde flexibiliteit te kunnen borgen voor de bestrijding van een infectieziekte. Beoogd wordt om deze definitie vast te leggen in artikel 7, eerste lid, Bpg, afhankelijk van de wetsbehandeling van de Tweede tranche Wpg waarin de grondslag wordt geregeld.

In de Wvr wordt (onder andere) de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening bij het college van burgemeester en wethouders gelegd. Het college moet taken aan de veiligheidsregio overdragen en daarnaast beschrijft de Wvr de taken van de veiligheidsregio op het gebied van de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR). Kern is het borgen van adequate geneeskundige zorg bij rampen en crises vanuit het publieke belang van veiligheid. De directeur publieke gezondheid is namens de voorzitter veiligheidsregio belast met de operationele leiding van de GHOR binnen de veiligheidsregio, alsmede met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening.

De Wvr voorziet in algemene bepalingen rondom rampenbestrijding en crisisbeheersing. De veiligheidsregio is belast met het voorbereiden van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing (art. 10, sub d Wvr).

B.1.4 Bestuurlijke netwerkkaart 7 – Infectieziekte

Bestuurlijke netwerkkaart 7 – Infectieziekte biedt een overzicht van de formele relaties tussen bestuurlijke partijen ten tijde van een infectieziektecrisis⁵³. Deze netwerkkaarten vormen geen grondslag maar beogen alle wettelijke grondslagen en taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden toegankelijk te presenteren en zijn in die zin een zeer nuttig hulpmiddel.

B.1.5 Bevoegdheidenschema 3 – Geneeskundige hulpverlening en infectieziektebestrijding

Bevoegdheidenschema 3 – Geneeskundige hulpverlening en infectieziektebestrijding biedt een overzicht van de bevoegdheden bij geneeskundige hulpverlening en infectieziektebestrijding. Het bevoegdheidenschema verwijst naar verschillende specifieke noodwetgevingsartikelen, die in een infectieziektecrisis mogelijk toegepast (kunnen) worden.⁵⁴

⁵³ [Title \(nipv.nl\)](#)

⁵⁴ [Title \(nipv.nl\)](#)

Bijlage 2. Beoordelingssysteem bij uitbraken van nieuwe infectieziekten

CONCEPT

Bijlage 3. Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
Awb	Algemene wet bestuursrecht
BAO	Bestuurlijk afstemmingsoverleg
BAO-Z	Bestuurlijk afstemmingsoverleg zoönosen
BTCb	Beleidsteam crisisbeheersing
CBRN	Chemisch, biologisch, radiologisch en nucleair
CoPI	Commando Plaats Incident
CTCb	Communicatie Team Crisisbeheersing
CVO	Chief Veterinary Officer
DCC	Departementaal Coördinatiecentrum Crisisbeheersing
DGV	Directeur-Generaal Volksgezondheid
DPG	Directeur publieke gezondheid
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EU	Europese unie
FMS	Federatie medisch specialisten
GBT	1) Gemeentelijk beleids team 2) Gezamenlijk beleidsteam
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
HERA	Health Emergency Preparedness and Response Authority
HSC	Health Security Committee
IAO	Interdepartementaal Afstemmingsoverleg
ICCb	Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing
IGJ	Inspectie gezondheidszorg en jeugd
ILT	Inspectie leefomgeving en transport
Inspectie SZW	Inspectie sociale zaken en werkgelegenheid

Afkorting	Betekenis
IT	Informatieteam
IZB	Infectieziektebeleid
KCR2	Knooppunt coördinatie regio's – rijk
LCMS	Landelijk Crisis Management Systeem
LCMS-GZ	Landelijk Crisis Management Systeem – geneeskundige zorg
LCP-I	Landelijk crisisplan infectieziekten
LFI	Landelijke functie opschaling infectieziektebestrijding
LHV	Landelijke huisartsen vereniging
LNAZ	Landelijk netwerk acute zorg
LOCC	Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum
LOI	Landelijk overleg infectieziektebestrijding
MCCb	Ministeriële Commissie Crisisbeheersing
Ministerie van EZK	Ministerie van Economische Zaken en Klimaat
Ministerie van IenW	Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat
Ministerie van JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Ministerie van LNV	Ministerie van Landbouw, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur
Ministerie van OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
Ministerie van SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MIT	Maatschappelijk impact team
MTCb	Ministerieel Team Crisisbeheersing
NCC	Nationaal crisiscentrum
NCTV	Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid
NEP3	Nationaal Emergency Plan pandemische paraatheid
NKC	Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie
NVWA	Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit
NZa	Nederlandse zorg autoriteit
OMT	Outbreak management team
OMT-Z	Outbreak management team – zoönosen

Afkorting	Betekenis
OTCb	Operationeel Team Crisisbeheersing
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
(R)BT	(Regionaal) Beleidsteam
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
ROT	Regionaal operationeel team
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse gemeenten
WHO	World Health Organization
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wvr	Wet veiligheidsregio's

Bijlage 4. Koepelnotitie Communicatie

CONCEPT

Referenties

CONCEPT

Conceptverslag Bestuurscommissie Gezondheid

Datum	2 april 2025
Tijd	12:00 - 14:00 uur
Locatie	Stadhuis Arnhem - Walburgerszaal
Voorzitter	Mevrouw C. Teunissen
Deelnemers	Zie bijgevoegde deelnemerslijst (bijlage 1)

1. Opening en vaststelling agenda

De voorzitter opent de vergadering om 12.15 uur en meldt dat dhr. Slob en dhr. ter Hoeven met kennisgeving afwezig zijn. Zij worden vertegenwoordigd door mevr. Van der Pas.

2. Mededelingen en ingekomen stukken

2.1. Mondelinge mededelingen

2.1.1. Proces besparingen: 26 maart is de uitnodiging verstuurd voor de bestuursdagen van 10 april en 7 mei. Op 10 april zal beeldvormend naar de voorgestelde besparingsmogelijkheden van VGGM worden gekeken. De voorzitter benadrukt het belang om vertegenwoordigd te zijn. De bespreking zal plaatsvinden met de burgemeesters (veiligheid) en wethouders (gezondheid) gezamenlijk.

Voor 10 april worden vooraf geen stukken toegestuurd. Tijdens de bijeenkomst wordt een factsheet gedeeld om te bespreken. Voor de meningsvormende bestuursdag op 7 mei worden vooraf wel stukken toegezonden. Dhr. Bijl verzoekt om deze stukken zo snel als mogelijk toe te sturen om de bestuursdag goed voor te kunnen bereiden.

2.2. Schriftelijke mededelingen

2.2.1. Stand van zaken monitors

Dit is een periodiek terugkerend agendapunt met de laatste ontwikkelingen van de monitors. Voor inhoudelijke vragen verwijst de voorzitter naar de contactpersoon in de memo.

2.2.2. RSV update

Dit is een update over de verandering in het Rijksvaccinatieprogramma i.v.m. de nieuw toegevoegde vaccinatie voor het RS-virus. Dit voorjaar heeft KPMG een kostenonderzoek afgerond en in maart/april volgen de gesprekken met min. VWS. Hier wordt binnen de GGD hard aan gewerkt.

2.3. Ingekomen stukken

Geen.

Extra mondelinge mededeling:

Dhr. van Vulpen geeft een terugkoppeling vanuit de stuurgroep Zorg en Veiligheid. De Wijk-GGZ is een samenwerking van een aantal GGZ partijen, met als doel om expertise te bieden ter ondersteuning van lokale professionals bij een benodigde interventie. De financiering is nog niet rond. Bezien wordt of de subsidie die ZonMw eerder beschikbaar heeft gesteld aangewend kan worden voor een andere invulling van GGZ in de Wijk.

Marieke Teunissen wordt de nieuwe voorzitter van de stuurgroep Zorg en Veiligheid.

Terugkoppelingen van de diverse linking pins standaard agenderen. **Actie.**

3. Verslag en actie- en besluitenlijst 19 februari

Tekstueel en naar aanleiding van:

Datum verslag: '19 september' wijzigen in '19 februari'.

Mevr. Van der Pas vraagt naar de status van de overstap naar Signal. Dhr. Bril licht toe dat er meer tijd nodig is om de consequenties te overzien en de instructie te maken. Volgende maand volgt meer duidelijkheid.

De notulen worden vastgesteld.

4. Reglement van Orde BC Gezondheid

In de BC Gezondheid van 19 februari is meningsvormend gesproken over dit reglement en de diverse opmerkingen zijn verwerkt. Het reglement wordt vastgesteld.

Dhr. van de Geijn verzoekt om de deadline van 10 dagen voor het aanleveren van stukken aan te houden. Tevens aandacht voor het delen van de notulen met alle betrokken beleidsambtenaren, **actie**.

Mevr. Overduin vraagt of een volgende keer een was/wordt lijst toegevoegd kan worden waarin duidelijk wordt op welke onderdelen een document is gewijzigd.

5. Jaarverslag 2024 en de ontwerpbegroting 2025

Het jaarverslag is in het AB op 2 april geagendeerd ter vaststelling. In de bestuurscommissie Gezondheid staat dit ter informatie geagendeerd. In het proces vergadert het AB voor de BC Gezondheid. Hetzelfde geldt voor de ontwerpbegroting 2026.

Het nagestuurde stuk 'JGZ onder druk' ligt hier inhoudelijk ter bespreking. De beslispunten die voorliggen zijn niet passend bij de governance van deze BC Gezondheid. Daarom is in het AB reeds gesproken over het dekkingsvoorstel van 'JGZ onder druk'. In het AB is besloten om voor 2025 en 2026 het benodigde budget (voorgesteld is 800k) uit de algemene reserve in te zetten om te zorgen dat de JGZ de noodmaatregelen niet uit hoeft te voeren. De algemene reserve is vorig jaar verhoogd met 3 miljoen om risico's in de bedrijfsvoering op te kunnen vangen. Bevestigd wordt dat dit zo'n risico is.

Dhr. van de Geijn licht zijn inspanningen rondom de dekking toe. De voorzitter is hem erkentelijk daarvoor. We dienen afspraken te maken hoe we hier in de toekomst mee omgaan.

Dhr. van de Geijn vraagt of de raad nog moet instemmen met deze begrotingswijziging. Dhr. Janssen licht toe dat begrotingswijzigingen die leiden tot aanpassing van de gemeentelijke bijdrage een consultatie bij de deelnemende raden kent. Voor de nu gesignaleerde risico's is feitelijk het weerstandsvermogen bedoeld. Het dagelijks bestuur kan het verwachte tekort met dekking uit het weerstandsvermogen als begrotingswijziging voorleggen aan het AB.

Dhr. Derksen vraagt of dit hetzelfde getal is als het weerstandsratio. Dhr. Jansen licht toe dat we een weerstandsratio hebben bepaald. De onderbouwing staat in de begrotingsstukken van november. De samenvatting staat in de jaarstukken. We koersen op 0,5%.

6. Ambulancezorg

Mevr. Meerenburgh deelt via een presentatie de uitkomsten van de analyse van de prestaties responstijden ambulancezorg.

Mevr. Overduin mist de nieuwe infrastructuur als oorzaak voor de langere aanrijtijden. Mevr. Meerenburgh geeft aan dit wel is meegenomen in de raadsinformatiebrief.

Mevr. Meerenburgh geeft aan dat er wordt gekeken naar regio's die het beter doen om van te leren.

Dhr. Bril verwijst naar de samenwerking meldkamer Oost Nederland. Hij meldt dat het Zorgcoördinatiecentrum voor besteld vervoer nu in Apeldoorn is gestationeerd. Deze maatregel is met spoed genomen om meer flexibel te zijn met personeel in de afhandeling van de 112-spoedmeldingen. Dhr. Elbers: is er een focus op voorspellen van uitrijden, zoals bij Rijkswaterstaat? Mevr. Meerenburgh: AGM kijkt naar de piekbelasting en piekdruk en anticipeert hierop met het (ver-)plaatsen van ambulances. Daarvoor wordt een applicatie gebruikt die werkt met een voorspellende waarde.

Mevr. De Heer geeft aan dat er in het AB ook aandacht is voor de andere kwaliteitsnormen dan aanrijtijden. Kunnen deze worden opgenomen in de raadsinformatiebrief? Mevrouw Meerenburgh geeft aan dat dit genoemd staat in die brief, en dat AGM dat meer in het narratief AGM betreft.

Mevr. Vink benadrukt om naast de aanrijtijden ook te kijken naar de geleverde patiëntenzorg.

Het is van belang om bestuurlijk goed aangesloten te blijven op de verdere ontwikkelingen.

Dhr. Bril licht toe dat elk kwartaal een update op de acties die AGM onderneemt en wat de (tussen-)resultaten daarvan zijn wordt gedeeld.

Vanmiddag wordt een raadinformatiebrief met als focus responstijden, gedeeld met de ambtenaren. De ambtenaren zullen de raadsinformatiebrief delen met de griffies van de gemeenten. **Actie.**

De voorzitter komt nog terug op het agenderen van het beleidsplan AGM. Dhr. Bril stelt dat in de vorige BC het meerjarenbeleidsplan AGM is vastgesteld.

7. Wisseling bestuurlijk trekker AGM

Dhr. Derksen vervangt mevr. Overduin als bestuurlijk trekker AGM. De leden van de BC Gezondheid stemmen hiermee in. De voorzitter wenst hem veel succes.

8. Toekomstbestendige GGD

In de BC van 19 februari is gesproken over de vermindering van dienstverlening bij JGZ. Naar aanleiding daarvan is de voorliggende notitie 'JGZ onder druk' opgesteld.

Zoals bij agendapunt 5 besproken, kan het dekkingsvoorstel niet in deze BC worden besproken. In dit overleg wordt de notitie 'JGZ onder druk' inhoudelijk besproken. Dhr. van der Beek licht hij toe dat hij als bestuurlijk trekker meekijkt in de voorbereiding en zijn mening geeft. Hij doet de suggestie om 'akkoord bevonden door' in de oplegnotitie anders te noemen. **Actie.** Vervolgens geeft hij het signaal af dat de JGZ onder druk staat en krap en goedkoop is georganiseerd. Hij pleit voor duidelijkheid over het basistakenpakket en extra taken die per gemeente worden afgenomen. Tevens moet duidelijk zijn wat gedaan is met de extra middelen voor toekomstbestendig JGZ.

Tijdens de bespreking gaven de leden de volgende signalen af:

- JGZ kan niet verder worden uitgekleed. "We hebben al eerder middelen beschikbaar gesteld via Toekomstbestendige JGZ, maar dat blijkt niet voldoende. Dit gaat niet om luxe, maar om een noodzakelijke basis."
- De JGZ en het voorliggende veld moeten elkaar beter aanvullen. "Wat moeten lokale teams méér doen om de druk op de JGZ te verlichten?"
- Er is behoefte aan structurele oplossingen. "Extra incidentele middelen lossen het probleem niet blijvend op. We moeten kijken naar een duurzame versterking."
- Medische expertise van de JGZ is cruciaal. "JGZ ziet 90% van de gezinnen en speelt een sleutelrol in preventie en vroegsignalering. We moeten laten zien wat dit op langere termijn oplevert."
- Kritische blik op de middelen Toekomstbestendige JGZ (TB JGZ). Er werd kritisch gereflecteerd op hoe de extra middelen voor TB JGZ zijn ingezet en waarom dit niet voldoende heeft geholpen. Dit vraagt om een nog scherpere verantwoording van keuzes en resultaten.

De opdracht wordt gegeven om de vragen en reacties van de leden mee te nemen in het vervolg voor de lange termijn; JGZ wordt gevraagd om een breder gesprek te voeren over hoe ze de basis structureel op orde krijgen. **Actie.**

In aansluiting op agendapunt 4 koppelt de voorzitter de uitkomst van dit overleg terug naar het DB.

9. Toezicht Wmo

Er ligt een memo opgesteld door de MGR en VGGM waarin een drietal scenario's worden voorgelegd.

Na een discussie wordt voorgesteld om een 4^e scenario toe te voegen: het toezicht WMO kostendekkend voor te zetten tot en met 2026. En tevens een verkenning uit te voeren naar verdere samenwerking met een andere GGD; mogelijk levert een samenwerking efficiency op. Deze samenwerking zou dan vanaf 2027 ingericht

moeten zijn. Dhr. Bril geeft aan dat GGD'en voortdurend samenwerking en op zoek zijn naar mogelijkheden. Maar wil deze nadere verkenning op dit taakveld wel uitvoeren.

Meerdere leden opperen een schaalvergroting door samenwerking met andere GGD-en.

Mevr. Overduin spreekt uit ervaring dat schaalvergroting altijd als oplossing gezien wordt, maar efficiency doorgaans niet aan de orde is. Dus daarom ook slechts een kort onderzoek te doen. Uitbesteden naar een andere GGD regio is juridisch niet mogelijk.

Dhr. Bijl hoort hier argumenten over juridische grondslag die hem niet bekend zijn. Deze argumentatie wordt nagezonden aan de heer Bijl. **Actie.**

10. Rondvraag en sluiting

De voorzitter geeft aan dat deze nieuwe BC soms hard werken is. Welke besluiten nemen we, wat is de rol van de bestuurlijk trekker. Het voorstel is om een bijeenkomst te plannen om hierover door te praten. Verzoek om hiervoor tijd vrij te maken. Besloten wordt om 2 of 3 data op de app te zetten.

De voorzitter dankt iedereen voor de inbreng en sluit de vergadering om 14.05 uur.

Bijlage 1: Deelnemerslijst

Verslag van : Bestuurscommissie Gezondheid
Gehouden op : 2 april 2025
Plaats : Stadhuis Arnhem – Walburgerszaal

Naam	Gemeente	Aanwezig	Afwezig
M. van de Geijn	Arnhem	x	
J. de Heer	Barneveld	x	
B. Elbers	Doesburg	x	
M. Overduin	Duiven	x	
B. van der Beek	Ede	x	
A. Slob	Lingewaard		x
A. Rohen	Nijkerk	x	
C. Teunissen	Overbetuwe	x	
E. Vink	Renkum	x	
R. ter Hoeven	Rheden		x
T. van der Pas	Rozendaal	x	
H. Vlastuin	Scherpenzeel	x	
G. van Vulpen	Wageningen	x	
J. Derksen	Westervoort	x	
S. Bijl	Zevenaar	x	

Naam	Organisatie / Functie	Aanwezig	Afwezig
H. Bril	Directeur Publieke Gezondheid	x	
A. Slofstra	Directeur Brandweer	x	
J. Janssen	Concerncontroller VGGM	x	

Actie- en besluitenlijst

Notulen van : Bestuurscommissie Gezondheid
Verslagnummer : 2025-2
Gehouden op : 2 april 2025
Plaats : Arnhem, Stadhuis
Voorzitter : Mevr. Teunissen

Actielijst

Nr.	Ingebracht	Agendapunt	Actie	Actie door	Deadline	Status
1.	19-2-2025	1b. Gebruik Whatsapp	De whatsapp berichten archiveren. Instructie voor Signal volgt	Dhr. Bril	31 mei	Lopend
2.	19-2-2025	12. Rondvraag	Vaccinatieconsulten: onderwerp meenemen in de verdere uitwerking van 'basis op orde' en komt eventueel met voorstel om vaccinatieconsulten op te nemen in het regionaal aanbod.	Dhr. Bril		Lopend
3.	2-4-2025	3. Verslag en actie- en besluitenlijst 19 feb	Terugkoppelingen linking pins opnemen in de agenda.	Dhr. Bril	2 juli	Afgerond
4.	2-4-2025	4. Reglement van Orde BC Gezondheid	Aandacht voor delen van notulen met beleidsambtenaren	Dhr. Bril		Afgerond
5.	2-4-2025	6. Ambulancezorg	Delen raadsinformatiebrief	Dhr. Bril	2 april	Afgerond
6.	2-4-2025	8. Toekomstbestendige GGD/JGZ	"Akkoord bevonden door' in oplegnotitie anders noemen.	Dhr. Bril		Lopend
			Opdracht om reacties en vragen mee te nemen in de verdere uitwerking Roadmap JGZ.	Dhr. Bril		Lopend
7.	2-4-2025	9. Toezicht WMO	Juridische onderbouwing doorsturen naar dhr. Bijl	Dhr. Bril		Lopend

Besluitenlijst

Nr.	Ingebracht	Agendapunt	Besluit
1.	2 april	Reglement van Orde	Reglement van Orde is vastgesteld.
2.	2 april	Toezicht WMO	Toezicht WMO kostendekkend voorzetten t/m 2026.

Samen investeren in publieke gezondheid – voor nu én morgen

Wat uw bijdrage aan een toekomstbestendige GGD oplevert – en waarom het nog steeds hard nodig is.

Iedere inwoner gezond
daarom zetten we extra in op:

- Meer gelijke kansen op gezondheid
- Voorbereid zijn op gezondheidscrisis en -dreigingen
- Een gezonde leefomgeving
- Betere data voor gezondheidsbeleid
- Aantrekkelijk werkveld voor professionals
- Stevige publieke gezondheidszorg

*“Knap, maar
krap georganiseerd”*

~ Onderzoek KPMG 2022

Waarom was investeren nodig?

Grote impact infectieziekten

Toename vluchtelingen

Achterblijvende bedrijfsvoering

Gezondheidsachterstanden

Toenemende druk op de gezondheidszorg

Krappe arbeidsmarkt

Vergrijzing



Waar hebben we aan gewerkt?

Gezonde leefomgeving

Adviezen over inrichting voor gezond gedrag en ontmoeting

€300.000

Gezonde inwoner

Extra inzet op gezonde school, mentale gezondheid en vitaal oud worden

€800.000

Crisisstructuur GGD

24/7 paraat voor infectieziekten en crises

€300.000

Dreigingen TBC

Versterking team TBC: screening en behandeling

€150.000

Gezond opgroeien - JGZ

€1,7 miljoen

- Spreekuren slimmer georganiseerd → werkdrukverlaging voor professionals & meer tijd voor kind en ouder
- Samenwerking in de keten gestimuleerd → betere hulp voor gezinnen
- Verbetering bedrijfsvoering en versterking van sturingsinformatie → beter inzicht in en grip op capaciteit en kwaliteit van zorg

Waarom blijft investeren nodig?

Er is al veel bereikt met de investering tot nu toe.

Maar nog steeds geldt:

- Zorgvragen worden complexer
- Druk op de organisatie blijft hoog
- Basis is nog niet stabiel



Structurele uitdagingen vragen om blijvende aandacht en versterking zodat we op lange termijn gezondheidswinst behalen. Het is van belang om te blijven bouwen aan publieke gezondheid.



Gelderland-Midden

Een stevige basis, duurzame verbeteringen en gezonde inwoners.

In de reguliere bestuurlijke rapportages vindt u meer over de voortgang van Toekomstbestendige GGD.

Oplegnotitie

Onderwerp: Besparingsscenario's

Portefeuillehouder (DB) / Bestuurlijk trekker (BC's): Lucien van Riswijk

Voorgestelde behandelwijze:

- ☐ Besluitvormend
- ☒ Meningsvormend
- ☐ Informatief
- ☐ Vertrouwelijk

Planning bespreking:

- | | |
|--|--------------|
| ☐ Auditcommissie Financiën | d.d.: |
| ☐ DB VGGM | d.d.: |
| ☒ Bestuurscommissie Veiligheid | d.d.: 2-7-25 |
| ☒ Bestuurscommissie Gezondheid | d.d.: 2-7-25 |
| ☐ Algemeen Bestuur | d.d.: |

Bespreekpunten

Ter advisering door de bestuurscommissies (d.d. 2 juli) aan het DB:

1. Wat is, vanuit de inhoudelijke beleidsvelden Veiligheid en Gezondheid uw mening ten aanzien van het voorkeur van het DB voor scenario 2?

De kern van scenario 2 is: Het aanpassen van de begrotingsuitgangspunten voor de begroting 2027. Dit leidt tot een structureel voordeel van circa 2% op de inwonerbijdrage. Deze aanpassing gaat gepaard met een groter risico op financiële tegenvallers.

Inleiding

Het algemeen bestuur heeft juli 2024 gevraagd om mogelijke besparingen in beeld te brengen. Aan de hand van een in februari 2025 bestuurlijk vastgesteld plan van aanpak is een proces gestart om besparingsopties in beeld te brengen en de besluitvorming hierover voor te bereiden. In april is een aantal factsheets opgesteld met mogelijke besparingsmaatregelen. Op 7 mei is door het bestuur meningsvormend gesproken over de in beeld gebrachte besparingsopties. De bestuurders hebben aan het Dagelijks Bestuur voorgesteld scenario's uit te laten werken.

Het Dagelijks Bestuur heeft in haar vergadering van 10 juni jl onderliggend notitie vastgesteld. In deze notitie zijn vier scenario's benoemd waarbij tevens het verwachte effect en het professioneel oordeel van de directie over de verschillende scenario's is beschreven.

Beoogd effect

1. In beeld hebben wat de mogelijkheden zijn om te komen tot besparing op de inwonerbijdrage vanuit gemeenten aan VGGM;
2. Zorgvuldige afweging van besparingsopties waarbij het financieel voordeel voor deelnemende gemeenten wordt afgezet tegen (o.a.) de maatschappelijke impact van deze maatregelen.

Argumenten

1. De huidige begrotingsuitgangspunten bevatten conservatieve elementen en bieden ruimte om "scherper aan de wind te varen".
2. Indien het algemeen bestuur in september 2025 besluit (conform voorstel dat nu in consultatie is bij de gemeenteraden) om de algemene reserve van VGGM met 1,5 mln aan te vullen uit het resultaat van de jaarrekening 2024, is het weerstandsvermogen van VGGM weer op niveau. VGGM is daarmee beter in staat om tegenvallers op te vangen.
3. Een deel van de gemeenten geeft aan dat forsere besparingen noodzakelijk zijn gezien vanuit de financiële situatie van de eigen gemeente, maar als collectief van gemeenten lijkt in meerderheid geen bereidheid te zijn om meer risico's in de taakuitvoering te nemen.

Kanttekeningen

1. Door scherper aan de wind te varen nemen de financiële risico's toe. Zoals genoemd onder "Argumenten" bij punt 2 is voorzien dat de algemene reserve van VGGM weliswaar weer "op niveau" kan komen maar dit betekent niet automatisch dat VGGM deze risico's volledig kan opvangen. VGGM heeft, als gemeenschappelijke regeling van de deelnemende gemeenten, een relatief lage algemene reserve omdat de deelnemende gemeenten in algemene zin al risicodragers zijn van VGGM.
2. Er komen verschillende beleidsinhoudelijke ontwikkelingen en maatschappelijke opgaven af op VGGM die vragen om extra investeringen.

Financiën

De oorspronkelijke opdracht van het bestuur was om in totaal 10% besparingsopties in beeld te brengen voor de inwonerbijdrage gefinancierde basistaken. In de onderliggende vier scenario's is gekozen voor een beschrijving van enkele scenario's vanuit de inhoud waarbij het globale financiële effect in beeld is gebracht. De financiële effecten van deze scenario's zijn circa 0%, 2%, 4% en 6%.

Communicatie

In samenhang met de aanbieding van de kaderbrief 2027 (in november 2025) zal het DB een raadsinformatiebrief opstellen die bestuurders kunnen gebruiken om hun raden te informeren over de overwogen besparingsmogelijkheden.

Vervolgproces

De effecten van de besluitvorming worden verwerkt in de kaderbrief voor de begroting 2027 die (na consultatie) de basis vormt voor de ontwerpbegroting 2027. Na consultatie van deze ontwerpbegroting vindt bij het vaststellen van de begroting 2027 finale besluitvorming plaats over aanpassing van de begrotingsuitgangspunten door het algemeen bestuur.

Naam overleg	Datum overleg	Doel bespreking
DB	10 juni 2025	1. Keuze voor scenario vanuit DB 2. Akkoord doorgeleiding naar BC's 2 juli en AB 10 september
BC-V & BC-G	2 juli 2025	DB vraagt de BC's advies uit te brengen die het DB betreft in voorbereiding van de kaderbrief 2027.
DB	3 sept 2025	Voorbereiding besluitvorming AB 10 september.
AB	10 sept 2025	Besluitvorming over begroting 2026
DB	29 oktober 2025	Vaststelling kaderbrief 2027. Hierin wordt ook ingegaan op de beleidsontwikkelingen en maatschappelijke opgaven waar VGGM voor staat. Hierna start de consultatieprocedure bij colleges en raden.
BC-V & BC G	Voorjaar 2026	Bespreking reacties op kaderbrief uit raden en vanuit beleidsinhoud advies uitbrengen aan DB hoe te betrekken bij de totstandkoming van de ontwerpbegroting 2027.
DB	Eind maart 2026	Vaststellen ontwerpbegroting 2027. Hierna start de consultatieprocedure bij colleges en raden.
BC-V & BC G	Medio juni 2026	Bespreking reacties op ontwerpbegroting uit raden en vanuit beleidsinhoud advies uitbrengen aan DB hoe te betrekken bij de finale vaststelling van de begroting 2027
DB	Juni/sept 2026	Voorbereiding vaststelling begroting door AB met reactie aan raden hoe zienswijze is verwerkt.
AB	Sept 2026	Vaststelling begroting 2027 incl. gewijzigde begrotingsuitgangspunten

Bijlage(n)

1. Voorstel van DB t.a.v. besparingsscenario's.

Onderwerp:	Voorstel t.a.v. besparingsscenario's
Aan:	Bestuurscommissie Veiligheid, Bestuurscommissie Gezondheid
Van:	Dagelijks Bestuur
Datum:	16 juni 2025
Doel:	Afronding opdracht van AB om besparingsopties in beeld te brengen

Inleiding

Op 7 mei is door het bestuur meningsvormend gesproken over de in beeld gebrachte besparingsopties. De bestuurders hebben aan het Dagelijks Bestuur voorgesteld scenario's uit te laten werken.

De uiteindelijke besluitvorming over het financieel kader van de organisatie vindt plaats bij het vaststellen van de begroting door het Algemeen Bestuur. Voor de begroting 2027 is voorzien dat in oktober 2025 de algemene beleidsmatige en financiële kaders voor de begroting ("de kaderbrief") worden opgesteld. De finale besluitvorming over de begroting 2027 vindt plaats in september 2026. Ten aanzien van de kaderbrief en de begroting is een zienswijzeprocedure van toepassing.

Voorstel

Het DB heeft kennisgenomen van de (informele) beeldvormende bespreking op 10 april 2025 en de (informele) meningsvormende bespreking op 7 mei 2025 en constateert dat er verdeeld wordt gedacht over de omvang van mogelijke besparingen:

- Een handvol bestuurders vindt forse besparingen noodzakelijk, gezien vanuit het oogpunt van de verwachte bezuinigingen bij de gemeenten en toont daarmee de bereidheid om (mogelijke) risico's in de taakuitvoering te nemen.
- Een handvol bestuurders vindt het op orde krijgen van de basis van de organisatie in relatie tot maatschappelijke en geopolitieke ontwikkelingen zwaar wegen en vindt (forse) besparingen onwenselijk en/of onverantwoord.
- De overige bestuurders hebben een tussenliggende mening.

Vanuit enkele bestuurders is geopperd om als tussenweg op zoek te gaan naar mogelijkheden om de voorlopig incidentele besparing van 2% over 2025 en 2026 structureel in te kunnen boeken middels aanpassing van begrotingsuitgangspunten en/of versoering van intern (HRM-)beleid. Gehoord hebbende de suggesties, overwegingen en meningen van de bestuursleden, heeft het DB verschillende scenario's voorbereid voor het maken van de bestuurlijke afweging met betrekking tot de (financiële-)kaders voor 2027.

Het DB realiseert zich terdege dat het noodzakelijk is om óók verdergaande scenario's in beeld te brengen omdat alle VGGM-bestuurders aan hun gemeenteraden moeten/willen kunnen uitleggen hoe keuzes tot stand gekomen zijn en welke alternatieven daarbij overwogen zijn. Gezien de wens van enkele bestuurders om tevens rekening te houden met de uitdagingen waar VGGM voor staat in relatie tot maatschappelijke en geopolitieke ontwikkelingen heeft het DB ook een "0%-scenario" toegevoegd.

Het DB constateert dat breed draagvlak voor vergaande bezuinigingen gering is. Daarmee lijkt een uiteindelijk besluit om te kiezen voor scenario 3 of 4 niet erg realistisch. Vanwege de grote impact zou het DB, in lijn met het standpunt van de directie, een keuze voor scenario 3 of 4 onverstandig (scenario 3) c.q. onverantwoord (scenario 4) vinden.

Het DB stelt voor aan het AB om structurele technische aanpassingen in de begrotingsuitgangspunten (voor de begroting van 2027 en verder) te maken hetgeen leidt tot een financieel effect van circa -2% op de inwonerbijdrage. Deze keuze gaat gepaard met een hoger financieel risico voor de gemeenten op VGGM. Een in zekere mate vergelijkbare keuze is eerder al incidenteel gemaakt voor de jaren 2025 en 2026.

Indien het vanuit de beleidsinhoudelijke ontwikkelingen en maatschappelijke opgaven opportuun blijkt om deze besparing in te zetten voor investeringen binnen de organisatie, leidt dit netto niet tot een lagere inwonerbijdrage voor gemeenten. (Scenario 1)
Indien gekozen wordt voor teruggave aan gemeenten zal op een latere moment het bestuurlijk gesprek gevoerd moeten worden over de wijze waarop de organisatie zich verhoudt tot beleidsinhoudelijke ontwikkelingen en maatschappelijke opgaven. (Scenario 2)

Het DB vraagt aan de bestuurscommissies advies uit te brengen op deze keuze vanuit de beleidsinhoudelijk taakvelden.

Natuurlijk staat het de bestuurscommissies vrij om in hun advies tevens in te gaan op de scenario's 3 en 4.

Vervolg

De voorgestelde besluitvorming over besparingsscenario's past in het drieluik:

- Beeldvorming (10 april 2025) m.b.v. factsheets
- Meningsvorming (7 mei 2025) m.b.v. stellingen
- Besluitvorming (DB 10 juni en 2 juli 2025 beleidsinhoudelijk advies in Bestuurscommissies)

Aansluitend zal het Dagelijks Bestuur de besluiten uit de bestuurscommissies verwerken in de kaderbrief voor 2027, welke aansluitend ter consultatie aan colleges en raden wordt aangeboden. In deze kaderbrief zal tevens aandacht zijn voor het doorlopen proces en gehanteerde uitgangspunten. Daarmee geeft deze kaderbrief ook inzicht aan colleges en raden over de totstandkoming van de voorliggende aanpassing van kaderstelling. Deze consultatie is voorzien in het najaar van 2025.

Ter voorbereiding op de beeldvormende bespreking heeft VGGM een aantal factsheets opgesteld die een toelichting geven op de in beeld gebrachte besparingsopties. Het Dagelijks Bestuur is van mening dat deze factsheets weliswaar inzicht geven in wat VGGM doet en waar besparingskeuzes te maken zijn maar dat de factsheets niet geschikt zijn als instrument om de gemeenteraden goed te informeren over de onderzochte besparingsopties en over de uiteindelijk gemaakte keuze van het bestuur. Het DB heeft de directie gevraagd om ná de besluitvorming een uitgebreide raadsinformatiebrief op te stellen die bestuurders kunnen gebruiken om hun raden te informeren.

Bijlagen

Bijlage A: Afwegingskader

Bijlage B: Scenario 1: 0 is niet niks

Bijlage C: Scenario 2: Aanpassen begrotingsuitgangspunten

Bijlage D: Scenario 3: Inwoners merken het verschil

Bijlage E: Scenario 4: Impact op meest kwetsbaren

Bijlage A: Afwegingskader

Gezondheid

De GGD heeft als missie de gezondheid van haar inwoners te beschermen, bewaken en bevorderen. Deze drie-eenheid is onlosmakelijk met elkaar verbonden. Besparen op bewakende en/of bevorderen taken, maakt de beschermende taken krachteloos.

Beschermen

Het beschermen van de inwoners start in de consultatiebureaus en met het Rijksvaccinatieprogramma. Het stopt niet op jonge leeftijd want tegenwoordig worden inentingen tot op latere leeftijd aangeboden. Naast deze praktische (tastbare) dienstverlening zijn er activiteiten die voor de inwoner minder zichtbaar zijn maar minstens net zo belangrijk. De GGD is dagelijks bezig met het voorbereiden op een toekomstige crises.

Bewaken

De GGD bezit veel data over de gezondheid van haar inwoners. Deze data is kostbaar en wordt ingezet om de publieke gezondheidszorg te verbeteren. Het uitvoeren van de monitors is daarbij cruciaal. Daarnaast bewaakt en verbetert de GGD in haar toezichthoudende rol de kwaliteit van de publieke gezondheidszorg.

Bevorderen

Bevorderen is een belangrijk middel om gedragsverandering te weeg te brengen. Door bijvoorbeeld in te zetten op veilig en gezond opgroeien, mentale gezondheid en vitaal ouder worden, wordt de gezondheid van inwoners verbeterd. Belangrijker is nog het uitblijven van toekomstige zorgvragen door het bevorderen van een positieve en gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving.

Huidige situatie

Huidige GGD basis is niet op orde: de GGD is geen toekomstbestendige organisatie

De basis van de GGD is nog steeds niet op orde. De toegekende structurele middelen (vanaf 2025) blijken onvoldoende toereikend om de basis op orde te hebben, laat staan om een toekomstbestendige organisatie te bouwen en te zijn. Ook de tariefvergelijking met andere regio's houdt geen stand als deze basis ontbreekt.

Landelijke bezuinigingen en stijgende kosten raken GGD: stapeling en dubbele pijn

Aanvullend hierop is ook de landelijke context niet gunstig gezind. De SPUK's GALA en seksuele gezondheid worden met 10% gekort en bezuinigingen op landelijke ingezette versterkingsprogramma's zoals pandemische paraatheid zullen de GGD Gelderland-Midden hard raken. Daarbij kent de GGD stijgende kosten, mede als gevolg van de harmonisatie in de arbeidsvoorwaarden van medewerkers JGZ en toenemende druk op thema's zoals informatieveiligheid. Met een eventuele aanvullende besparingsopdracht van gemeenten zal de GGD, en beter gezegd de inwoner van Gelderland-Midden, dan ook (drie)dubbel geraakt gaan worden.

De impact van bezuinigingen op preventie in publieke gezondheid

Binnen het domein van publieke gezondheid speelt preventie een cruciale rol. Het is van belang om de structurele waarde van preventieve gezondheidszorg te erkennen en deze te blijven ondersteunen. Hieronder wordt verder ingegaan op mogelijke consequenties.

1. Gezondheid onder druk: korte termijnbesparing, lange termijnkosten

Door te investeren in preventieve maatregelen, voorkomen we dat inwoners vroegtijdig ziek worden of duurdere zorg nodig hebben. Investeren in preventie is niet alleen sociaal wenselijk, maar ook financieel verstandig. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat elke euro, geïnvesteerd in preventie, een meervoudige besparing oplevert in de zorg en het sociale domein. De vaak gehanteerde vuistregel is dat elke euro geïnvesteerd in preventie gemiddeld 11 euro oplevert.

2. Toenemende sociaal-economische gezondheidsverschillen

Gezondheidsverschillen beginnen al voor de geboorte. De omstandigheden van de moeder spelen een cruciale rol in de gezondheid en toekomst van het kind. Preventieprogramma's kunnen helpen deze ongelijkheid te verkleinen. Ook vormen gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen in het hier en nu een hardnekkig probleem.

3. Druk op gemeenten en maatschappelijke voorzieningen

Op lange termijn leiden bezuinigingen op publieke gezondheid tot een toename van complexe zorgvragen, een verschuiving naar duurdere voorzieningen en daarmee tot hogere uitgaven in de zorg en maatschappelijke ondersteuning. Het terugschroeven van preventieve maatregelen verschuift het probleem naar andere domeinen, zoals de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), de jeugdzorg en de eerstelijnszorg. Dit kan resulteren in wachtlijsten, nog meer overbelasting van zorgprofessionals, uitval van zorgprofessionals, hoger ziekteverzuim en een vermindering van de kwaliteit van leven van inwoners.

Uitgangspunten

De GGD acht besparen in welke orde van grootte dan ook onverstandig. De maatregelen gaan een grote impact hebben voor met name het jonge kind en specifieke kwetsbare groepen. Doorvoering hiervan betekent dat de GGD en gemeenten (wederom) niet meer aan de wettelijke norm gaan voldoen. De samenwerking met onze ketenpartners stagneert en er ontstaan problemen elders in de zorgketen. Daarnaast worden gezondheidsverschillen vergroot in plaats van verkleind.

De GGD heeft de volgende uitgangspunten afgewogen bij het maken van keuzes:

- Impact op kwetsbare groepen zoveel mogelijk beperken en de impact beleggen bij reguliere inwoner.
- Lokaal aanbod afbouwen en regionaal aanbod vergroten met als uitgangspunt een efficiënte inzet van uren en middelen.
- Volledige afbouw van specifieke diensten in plaats van de brede kaasschaafmethode op diensten. De dienstverlening van de GGD is al minimaal. Bij nog minder vervalt de kwaliteit van dienstverlening.
- Nieuw(st)e dienstverlening in inwonerbijdrage en geen losse afspraken. Hierdoor zijn er meer generieke afspraken die zorgen voor efficiëntere inzet van uren en middelen inclusief de verantwoording

Veiligheid

De activiteiten op het gebied van Veiligheid richten zich op het uitvoeren van de taken genoemd in de Wet veiligheidsregio's. Binnen VGGM zijn deze activiteiten georganiseerd als Crisisbeheersing en Brandweer.

Crisisbeheersing richt zich op het voorkomen, beperken en bestrijden van rampen en crises. Dit doen we door ons voor te bereiden op het voeren van regie tijdens situaties waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden. Ook zorgen we ervoor dat de samenleving zoveel mogelijk overeind blijft tijdens een crisis en helpen we het terug te veren naar een gewenste situatie.

Brandweer richt zich op het voorkomen, beperken en bestrijden van incidenten. Dit doen we door ons voor te bereiden op verschillende soorten incidenten en preventief te adviseren op mogelijke incidentrisico's.

Huidige situatie

De Veiligheidsregio in Gelderland Midden is een relatief jonge organisatie en bestaat nu ruim 10 jaar. Ne regionalisering heeft de nadruk gelegen op harmonisatie van werkprocessen, opleidingen en materieel, leidend tot de beoogde kwaliteitsverbetering en lagere kosten door efficiëntie. Met de COVID19 pandemie en coördinatie van opvang van ontheemde Oekraïners heeft met name de taken van crisisbeheersing zich verder ontwikkeld. Kijkend naar ontwikkelingen als geopolitieke dreiging, demografie, klimaatverandering en energietransitie leiden tot aanpassing van de organisatie, materieel en geoefendheid om toekomstige crises en incidenten het hoofd te bieden. Belangrijke thema's hierbij zijn landelijke samenwerking, eenduidige en adequate informatievoorziening en continuïteit van de eigen taakuitvoering. Deze ontwikkelingen geven een belangrijke druk op de betaalbaarheid van de Veiligheidsregio taken in de komende jaren. Deze druk neemt extra toe door de korting op de Rijksuitkering voor Veiligheidsregio's van 10% die is genomen door het voormalige kabinet Schoof. Voor VGGM leidt deze korting tot verlaging van het budget met circa € 1,0 mln.

Uitgangspunten

Aan de voorgestelde scenario's gaat een zorgvuldig doorlopen proces vooraf. Het doorlopen proces resulteert in een aantal uitgangspunten die gelden als basis voor de voorgestelde scenario's:

1. Een aantal besparingsopties vallen buiten scope voor de uitwerking in scenario's, op basis van:
 - 1.1. Tijdelijke financiering tot 2027:
 - Advies en toezicht 'wonen met zorg'
 - Veilige energietransitie
 - 1.2. Taken met samenwerkingsafspraken, zoals: Incidentbestrijding gevaarlijke stoffen (gaspakken), blusboot, convenant Rode Kruis, Meldkamer Oost Nederland, Advies en toezicht Industriële Veiligheid (BRZO), Toezicht Terugdringen Onechte en Ongewenste Meldingen (TOOM) van automatische brandmeldinstallaties en daarmee het verlagen van de uitrukfrequentie voor loze brandmeldingen.
 - 1.3. Bespreking bestuurlijke bijeenkomsten:
 - Reanimatie (First Responsteam Brandweer)
 - Specialistische taken zoals waterongevallenbestrijding (duiktaak), natuurbrandbestrijding, rietkapbrandbestrijdingsteam.
 - 1.4. Taken vanuit een landelijk opdracht, zoals:
 - versterkingsopgave Veiligheidsregio. Om die reden wordt informatievoorziening als maatregel in de scenario's niet voorgesteld;

- paraatheid en vakbekwaamheid crisisorganisatie vanwege opgave weerbaarheid en veerkracht. Om die reden worden maatregelen m.b.t. piketten en vakbekwaamheid niet voorgesteld;
- 1.5. Bevindingen inspectie m.b.t. Brandveilig Leven (11 april 2024). Om die reden worden maatregelen m.b.t. Brandveilig Leven in de scenario's niet voorgesteld.

Tot slot

Het doel van het programma Crisisbeheersing is om de basis van crisisbeheersing op orde te krijgen en daarnaast te versterken, om te kunnen voldoen aan de landelijke opgaven en ontwikkelingen. Vanuit de landelijke agenda crisisbeheersing zijn versterking op weerbaarheid, een robuuste crisisorganisatie en versterking van informatievoorziening belangrijke pijlers. Hiervoor zijn landelijk extra middelen ter beschikking gesteld. Een voorwaarde bij deze extra middelen is dat gemeenten de bijdrage voor de taken van crisisbeheersing intact houden.

De genoemde besparingsvoorstellen hebben allemaal directe invloed op de manier waarop crisisbeheersing de basis op orde brengt en versterkt. Hierbij is het risico dat VGGM uiteindelijk minder effectief kan optreden tijdens een crisis. Als de basis niet op orde is, levert VGGM minder goede leiding en coördinatie op een crisis, is de besluitvorming minder adequaat en duidelijk, wordt de crisiscommunicatie beperkter en mogelijk slechter. Dit heeft een maatschappelijk en bestuurlijk afbreukrisico. Voor onze eigen hulpdiensten en bestuurders, maar ook voor de inwoners, gemeenten en andere ketenpartners is dit direct merkbaar.

De korting op de Rijksbijdrage van 10% heeft een directe invloed op de ambities van de afdeling. De afdeling Crisisbeheersing van VGGM kan de versterkingsopdracht conform de Landelijke Agenda Crisisbeheersing niet (volledig) uitvoeren als de financiële middelen hiervoor worden teruggeschroefd.

Bovendien komen er extra taken bij in het kader van weerbaarheid van de samenleving. Hiervoor zijn vanuit het Rijk extra middelen toegezegd in de Voorjaarsnota. Nog niet duidelijk is op welke wijze deze middelen verdeeld gaan worden. Ook de hoogte van de toegezegde middelen is niet voldoende.

In diverse ambtelijke en bestuurlijke overleggen is de afgelopen periode een belangrijk signaal afgegeven: veiligheidsregio's ervaren een groeiende spagaat. Enerzijds wordt van hen gevraagd om bij te dragen aan brede bezuinigingsopgaven, anderzijds ligt er een duidelijke opdracht om te investeren in versterking van de crisisbeheersing en rampenbestrijding, mede ingegeven door toenemende geopolitieke dreigingen en de noodzaak voor een weerbare en veerkrachtige samenleving. Deze dubbele opdracht leidt tot spanningen binnen de uitvoering.

Bijlage B

Scenario 1: 0 is niet niks

Inrichtingskeuzes uit het verleden hebben geleid tot een krappe, kwetsbare en niet toekomstbestendige organisatie. Afgelopen jaren hebben hier diverse onderzoeken naar plaatsgevonden en aansluitend heeft het bestuur afspraken gemaakt om komende jaren de organisatie op orde te brengen. Op dit moment wordt volop uitvoering gegeven aan deze afspraken. Ondertussen wordt de organisatie geconfronteerd met een snel veranderende samenleving, waardoor extra druk komt te staan op de uitvoering van de taken en de betaalbaarheid daarvan. De belangrijkste ontwikkelingen zijn in bijlage 1 geschetst.

Stabilisatie van de gemeentelijke bijdragen lijkt tot behoud van huidige dienstverlening, maar geeft in samenhang met de staat van de organisatie belangrijke risico's in achteruitgang. Voorzien wordt dat komende periode regelmatig het gesprek gevoerd zal worden of en hoe met deze ontwikkelingen om te gaan. Zowel in de uitvoering als in de bekostiging. De verwachte onderwerpen voor Gezondheid en Veiligheid staan hieronder nader geduid.

Gezondheid

De GGD heeft zich de afgelopen jaren binnen het traject toekomstbestendige GGD ingezet om de basis weer op orde te krijgen. De financiering van de dienstverlening was ver onder het landelijk gemiddelde zo is gebleken in de benchmark van Lysias (2022). Binnen AGZ is de dienstverlening op het wettelijk minimum versterkt. Voor JGZ is de afschaling tot onder het wettelijk minimum omgebogen naar een situatie waarbij gebouwd wordt aan een basis die flexibel kan meebewegen met de maatschappelijke opdrachten. Echter zien we dat met de inzichten van nu, de huidige situatie nog niet op orde is. Dit betekent voor JGZ dat de komende 1,5 jaar extra middelen nodig zijn om afschaling van de dienstverlening te voorkomen en om verdere stappen te zetten naar een toekomstbestendige dienstverlening. De GGD zal in 2025 en 2026 nog met een plan komen om de tijdelijke inzet om te zetten naar toekomstige bestendigheid. In dit kader kan gesteld worden dat bij continuering in de 0% lijn de GGD de dienstverlening niet kan garanderen.

Veiligheid

Een nadere duiding van ontwikkelingen die in het veiligheidsdomein worden voorzien:

- Korting van 10% op de Rijksbijdrage aan Veiligheidsregio's (Bdur), voor VGGM ca € 1,0 mln euro.
Toelichting: De voormalig staatssecretaris heeft beloofd zich hard te maken om deze korting te compenseren. Met de val van het kabinet is de opvolging hiervan onzeker.
- Versterken bovenregionale en landelijke samenwerking:
 - o Noodzaak tot meer bovenregionale en landelijke samenwerking en aanpassing van taken door evaluatie Wet Veiligheidsregio.
 - o Inbedden landelijke versterkingsopgave crisisbeheersing ten behoeve van een robuuste (boven)regionale crisisorganisatie
 - o Landelijke versterking en samenwerking op het gebied van informatievoorziening
- Geopolitieke dreigingen:
 - o Opgave weerbaarheid en veerkracht

Toelichting: Mogelijk worden hier nog extra middelen voor toegekend. Ambtelijke toezegging dat in voorjaarsnota 2025 € 70 mln. voor Weerbaarheid waarvan een deel wordt vrijgemaakt ten behoeve van een fijnmazig netwerk noodsteunpunten relevant voor burgerhulpverlening.

- Doorontwikkeling bevolkingszorg
- Vervanging C2000 (VMX)
Toelichting: in opdracht van Bestuurlijke Adviescommissie gestart met programma. Op dit moment bespreekpunt op landelijke bestuurlijke agenda. Eerste schets van plan van aanpak gedeeld.
- Ontwikkeling/anticiperen op veiligheidsrisico's zoals:
 - o Demografie, meer ouderen -> minder zelfredzaam
 - o Verstedelijking en verdichting, congestie infrastructuur, deregulering bouw
Toelichting: Verkenning op impact en rol brandweer/veiligheidsregio's. Veilig en gezonde leefomgeving VGGM. Voorbereiding en beleidsmatige keuzes, meer samenwerking noodzakelijk, meer coproductie. Presentatie in bestuurscommissie veiligheid 2 april 2025.
 - o Veilige energietransitie
 - o Klimaatveiligheid
Toelichting: vanwege klimaatverandering, weersextremen hitte, droogte, neerslag -> hoogwater en natuurbrand
- Ontwikkelingen op het gebied van werkgeverschap:
 - o Landelijke regeling PTSS
Toelichting: meerkosten voorzien vanuit landelijke afspraken. Op dit moment bespreekpunt op landelijke bestuurlijke agenda. Verwachting is dat voorziene kosten voor Rijk én regio komen.
 - o Bouwsteen 1, verplichtend karakter
Toelichting: Veiligheidsregio's hebben claim bij het Rijk neergelegd voor benodigde financiering die nodig is om gevolgen van wijziging regelgeving op te kunnen vangen. Veiligheidsregio's wachten op reactie.
 - o Hogere doorstroom beroeps (20 jarigen beleid) en vrijwilligers brandweer
 - o Krappe arbeidsmarkt, in het bijzonder voor zeer specialistische functies

Financiële besparing

Zoals gesteld in dit scenario is het de verwachting dat komende periode het gesprek gevoerd zal worden over het accommoderen van verschillende ontwikkelingen, zowel in uitvoering als in bekostiging. Denkbaar is om de te realiseren besparing in scenario 2 (begrotingsuitgangspunten) in te zetten voor de bekostiging van (een deel van) de geschetste ontwikkelingen.

Bijlage C

Scenario 2: Aanpassen begrotingsuitgangspunten

In de begroting voor 2025 en 2026 is de gemeentelijke bijdrage incidenteel 2% lager geraamd. Het bestuur heeft gevraagd om te evalueren in hoeverre deze incidentele besparing structureel gemaakt kan worden.

Onderdelen van de 2% incidentele besparingen	Evaluatie structureel te maken
<i>Begroten van hogere rentebaten</i> VGGM factureert conform de gemeenschappelijke regeling de gemeentelijke dienstverlening voor een belangrijk deel vooruit. Hierdoor heeft VGGM gedurende een groot deel van het jaar een positief banksaldo. Door de opgelopen marktrente ontvangt VGGM een hogere rentevergoeding dan initieel begroot. Het bestuur stelt voor om deze hogere rentevergoeding van € 600.000 voor 2026 net zoals in 2025 vooraf te begroten. Keerzijde is dat VGGM op deze begrote post een renterisico loopt. Dat doet zich voor als de marktrente daalt.	Mede door geopolitieke spanningen, mogelijke effecten van handelsbeperkingen tussen de Verenigde Staten, Azië en Europa heeft de ECB afgelopen jaar de rente in 8 stappen verlaagd van 4% naar 2,00% per 5 juni 2025. Deze ontwikkeling heeft direct impact op de rentebaten van VGGM. Om het renterisico voor VGGM niet verder te laten oplopen is het advies om deze extra rentevergoeding niet structureel te begroten.
<i>Begroten van lagere kapitaallasten</i> De markt voor specifiek materieel is momenteel erg krap. Dit leidt tot oplopende levertijden. Hierdoor ontstaat een vertraging in de reguliere vervanging van materieel en daarmee een (incidenteel) voordeel op de kapitaallasten. Het bestuur stelt voor om de kapitaallasten voor 2026 net zoals in 2025 € 500.000 lager te begroten.	De markt voor specifiek materieel is ook in 2025 erg krap en vertraging in de reguliere vervanging loopt op. VGGM stelt voor om de uitgangspunten om te komen tot de begrote kapitaallasten aan te passen, zodat deze beter voorspelbaar worden. Denk hierbij aan het starten met afschrijven van kapitaalgoederen op t+1. Een aanpassing van dit uitgangspunt leidt tot een (beperkte) verlenging van de levensduur van onze kapitaalgoederen en daarmee tot een (beperkt) structureel voordeel op de kapitaallasten. Voorgesteld wordt om deze gewijzigde uitgangspunten in het najaar van 2025 bestuurlijk vast te stellen en vooruitlopend daarop de kapitaallasten gefinancierd uit de gemeentelijke bijdragen structureel € 500.000 lager te begroten.

Onderdelen van de 2% incidentele besparingen	Evaluatie structureel te maken
<i>Begroten van hogere opbrengst verkoop afgestoten materieel</i> Door de krappe markt van specialistisch materieel lopen nieuwprijzen aanzienlijk op. Als gevolg van de oplopende prijzen nemen eveneens de prijzen van gebruikt materieel toe. Het bestuur stelt voor om voor 2026 net zoals in 2025 een € 50.000 hogere opbrengstwaarde van afgestoten materieel te begroten.	De markt voor specifiek materieel is ook in 2025 erg krap en prijzen van gebruikt materieel zijn hoger dan vooraf ingeschat. Voorgesteld wordt om structureel een hogere opbrengstwaarde voor af te stoten materieel te begroten.
<i>Temporiseren versterkingsprogramma Samen. Beter. Bedrijfsvoeren.</i> VGGM is in 2024 gestart met het meerjarige programma Samen. Beter. Bedrijfsvoeren. Doel van dit programma is om de organisatie te ontwikkelen van ad-hoc georganiseerd naar een gestandaardiseerde werkwijze. De noodzaak voor het meerjarige programma wordt onderkend. Tegelijkertijd bestaat de behoefte voor grip op de kostenstijgingen in de meerjarenbegroting. Ook diverse gemeenteraden vragen daarom. Jaarlijks wordt in de begroting een specifieke onderbouwing van de kostenstijging voor dat jaar opgenomen. Voor nu wordt de keuze gemaakt om de noodzakelijke stijging van de bedrijfsvoeringskosten bij te stellen tot € 3 miljoen (in plaats van € 4 miljoen) door de gevraagde bijdrage voor zowel 2025 en 2026 met € 500.000 te verlagen. Daarmee laten we de kostenstijging langzamer opbouwen en minder ver doorgroeien dan in de afgelopen meerjarenbegroting opgenomen. Daardoor wordt de versterking minder snel gerealiseerd en loopt het programma mogelijk langer door. Het terugbrengen van de risico's in de kwetsbare bedrijfsvoering lopen dan ook langer door. Of ultimo 2027 of verder alsnog extra middelen nodig zijn, kan dan zowel inhoudelijk als financieel in 2026 worden afgewogen.	Naar aanleiding van een bestuurlijk overleg eind 2024 heeft een temporisering van de versterking bedrijfsvoering plaatsgevonden. Deze temporisering is in de meerjarenbegroting reeds verwerkt. Tevens is besproken om jaarlijks te evalueren of het einddoel met de beschikbare middelen kan worden gerealiseerd. Het voorstel is om deze afspraak te handhaven en de temporisering voor nu te betrekken bij het technische scenario en jaarlijks de voortgang te evalueren en eventueel bij te stellen. Dat betekent Acceptatie van het continueren van de huidige bedrijfsvoeringsrisico's en uitblijven borging van de verbetermaatregelen.

Naast de evaluatie van de incidentele besparingsmogelijkheden is tevens kritisch gekeken naar andere (technische) maatregelen om tot structureel lagere bijdrage te komen. Deze zijn:

- *Bijstellen begrotingsuitgangspunten personeelslasten*
Het begrotingsuitgangspunt voor VGGM ten aanzien van de personeelslasten is eindschaal /

eindperiodiek per formatieplaats. Kenmerk van medewerkers bij VGGM is dat ze relatief lang werkzaam zijn bij de organisatie en daarmee in het einde van de functionele schaal. Desalniettemin zien we jaarlijks een beperkt voordeel op de personeelskosten door vacatureruimte als gevolg van verloop en aanloopschalen bij aantrekken nieuwe medewerkers.

De mogelijkheid wordt gezien om op de personeelskosten een beperkte besparing in te boeken door in de begrotingsuitgangspunten voor personeelslasten rekening te houden met vacatureruimte en aanloopschalen. Op basis van afgelopen jaren gaat dit dan om een bedrag van circa € 500.000 van de personeelskosten die worden gefinancierd uit de gemeentelijke bijdragen.

Met deze maatregel loopt VGGM ook risico's, waaronder de beschikbaarheid van voldoende middelen bij ziekteverzuim of inhuur bij moeizaam in te vullen vacatures in een krappe arbeidsmarkt.

- *Van lokaal naar regionaal aanbod GGD*

Naast de technische besparingen stelt de GGD voor om de besparingsoptie “van lokaal naar regionaal” mee te nemen in dit pakket. Door het regionaal inbedden van een deel van het lokaal aanbod verwachten we een efficiëntere uitvoering, resulterend in een minimale besparing van € 50.000 die kan oplopen tot € 250.000.

Voor het lokaal aanbod maken wij per gemeente aparte afspraken. Deze worden jaarlijks vastgesteld via een offerte traject of een dienstverleningsovereenkomst, en is aanvullend op de afspraken die we in het regionale basispakket met 15 gemeenten gemaakt hebben. Te denken valt aan (indicatie)huisbezoeken, extra contactmomenten en gesprekken binnen JGZ.

Met deze besparingsoptie zal de GGD geen producten in lokaal aanbod meer aanbieden die ook onderdeel zijn van het regionaal aanbod (zoals huisbezoeken, spreekuur uren, Wmo inspecties). Dit betekent omzetting en harmonisatie van het lokaal aanbod naar regionaal aanbod.

Met dit voorstel doen we een beroep op de collectiviteitsgedachte waardoor dienstverlening efficiënter en effectiever kan worden ingericht en uitgevoerd. De impact verschilt van gemeente tot gemeente zowel inhoudelijk als financieel, afhankelijk van de hoeveelheid producten die lokaal wordt afgenomen.

Risico's voor VGGM als gevolg van deze besparingen Het aanpassen van de begrotingsuitgangspunten leidt tot de volgende risico's:

- De rente valt lager uit dan de begrote 2,5% rente die in lijn is met de DNB-verwachting;
- Prijsstijgingen in de markt zijn hoger dan de indexatie na besparingen;
- Door het temporiseren van het programma Samen. Beter. Bedrijfsvoeren worden de geïdentificeerde risico's minder snel teruggebracht. Temporiseren leidt tot efficiëntieverlies en hogere kosten voor het programma.

Financiële besparing

Samenvattend leidt dit scenario tot de volgende besparing:

Lagere kapitaallasten	€ 500.000
Hogere opbrengst afstoten materieel	€ 50.000
Temporiseren S.B.B.	€ 500.000
Bijstellen begrotingsuitgangspunt loon	€ 500.000
Van lokaal naar regionaal aanbod GGD	€ 50.000
	€ 1.600.000

Bovenstaande besparing kan oplopen met € 200.000 (tot € 1.800.000) als het lokaal aanbod GGD grotendeels wordt geregionaliseerd. Opgemerkt wordt dat deze besparing (€ 50.000 - €250.000) wordt gerealiseerd door een hogere afname van het lokaal aanbod ten opzichte de toename van de regionale bijdrage.

Ten opzichte van gemeentelijke bijdrage van € 92,5 mln bedraagt deze besparing 1,7% (maximaal 2,0%).

In overweging wordt gegeven om de besparing vanuit de begrotingsuitgangspunten in te zetten om de ontwikkelingen geschetst in scenario 1 (deels) op te vangen.

Bijlage D

Scenario 3: inwoners merken het verschil

Gezondheid

De uitdagingen in het 0% scenario/pakket inclusief de voorstellen uit het -2% scenario/pakket zijn de basis van dit -4% scenario/pakket. Daar bovenop komen de onderstaande voorstellen.

1. Wmo toezicht

Indien geen kwaliteitstoezicht wordt uitgevoerd, betekent dit dat er geen zicht is op de geboden kwaliteit van zorg door WMO zorgaanbieders en of deze voldoet aan de eisen die de gemeente zelf heeft opgesteld. Ook bij calamiteiten kunnen gemeenten geen beroep doen op de GGD voor de toezichthoudende taak. De inwoners weten niet welke kwaliteit ze kunnen verwachten en aanbieders hebben vrij spel.

Deze taak wordt uitgevoerd door de GGD in Gelderland-Midden maar mag ook door een andere partij of door de gemeente zelf worden uitgevoerd.

2. Logopedie

Logopedie richt zich via vroegtijdige onderkenning, interventie en voorlichting op de gebieden taal, spraak, lees- en spellingsproblemen, mondgewoonten, gehoor, stotteren, stem en communicatieve vaardigheden.

Door te stoppen met logopedie gaan we terug naar de landelijke minimumnorm voor screening van de spraak- en taalontwikkeling.

3. Hielprik en neonatale screening

Geen hielprik: Ouders in Gelderland Midden verliezen de mogelijkheid om in een vroeg stadium ernstige erfelijke aandoeningen bij hun kind op te sporen en tijdig te laten behandelen.

Geen neonatale screening: Dit betekent dat gehoorstoornissen bij pasgeborenen niet meer vroegtijdig worden onderkend. Hierdoor ontbreekt een essentiële controle om vast te stellen of het gehoor voldoende is voor een goede ontwikkeling.

Veiligheid

De uitdagingen beschreven onder scenario 1 inclusief de voorstellen uit scenario 2 zijn de basis van scenario 3. Daar bovenop volgen de volgende voorstellen:

1. **Verminderen toezicht brandveiligheid**

Het toezicht op brandveiligheid genereert enerzijds brandveilig bouwen en gebruiken van gebouwen en anderzijds het veilig optreden voor de brandweer bij incidenten. Om hiervoor te zorgen worden momenteel hogere risicoklasse gebouwen bij zowel bestaande bouw als nieuwbouw gecontroleerd op brandveiligheid. Voorgesteld wordt om te beperken in de controlefrequentie.

Het lange termijneffect van vermindering van de controlefrequentie is dat de brandveiligheid in de maatschappij afneemt en er buitenproportionele kosten komen om dit later weer te herstellen (vergelijkbaar met de inhaalslag gebruiksvergunningen na de Cafébrand Volendam in de nieuwjaarsnacht van 2000 op 2001). Het beperken van toezicht op de

hogere risicoklasse van gebouwen betekent scherpe keuzes maken in de gebruiksfuncties waar we geen toezicht meer gaan uitvoeren. Deze keuze leidt tot een afname van onze (acute) beschikbaarheid voor handhaving (PRIS).

Door een verminderd toezicht op brandveilig bouwen en brandveilig gebruik, is ook minder beeld van de actualiteit van risicovolle gebouwen. Hierdoor neemt de kans op onveilige situaties tijdens incidenten toe. Ook is er geen kennis en informatie voor de repressieve dienst aanwezig naar aanleiding van brandveiligheidscontrole. Hierdoor is ook veiligheid van eigen brandweermensen in het geding.

2. **Verminderen mono en multidisciplinair advies evenementenveiligheid**

VGGM adviseert gemeenten ten behoeve van evenementen op het gebied van brandweezorg, geneeskundige zorg en crisisbeheersing. Het adviseren van gemeenten over brandweezorg, geneeskundige hulp en crisisbeheersing bij o.a. evenementen is een wettelijke taak van de Veiligheidsregio (Wvr art. 2, 3 en art. 10 lid 1b en c). De doelstelling van VGGM is om bij te dragen aan veilige en gezonde evenementen, d.m.v. o.a. goede bereikbaarheid en door de informatiepositie voor hulpdiensten op orde te hebben. Er is een categorisering van evenementen waarbij alleen de zwaarste evenementen (zogenaamde C-evenementen) een advies vanuit VGGM krijgt. De advisering vanuit VGGM is veelal de basis voor vergunningverlening, denk aan minimale hygiëne eisen, EHBO, brandveiligheid, weersomstandigheden etc. Dit betreft multi-advisering met aandacht voor het werk van brandweer en crisisbeheersing, GHOR, politie op het gebied van de grote evenementen. De huidige activiteiten zorgen voor de signalering van risico's, de advisering van de juiste risicobeheermaatregelen. Maar ook een juiste operationele voorbereiding en planvorming, toezicht en een toets moment voor de bereikbaarheid van evenementen/gebouwen voor de hulpdiensten. Dit alles draagt bij aan de multidisciplinaire samenwerking en crisisbeheersing.

Voorgesteld wordt om op basis van nader te bepalen bestuurlijke criteria een kader te maken welke evenementen wel en welke geen advisering krijgen.

De voorgestelde besparingsoptie betekent dat advisering op veiligheid ten aanzien van evenementen in mindere mate door hulpdiensten wordt gedaan. Mogelijk ontstaan hierdoor meer veiligheidsrisico's bij evenementen, waarop niet geadviseerd wordt. Indien in advies is opgenomen dat bepaalde maatregelen getroffen moeten worden en de gemeente deze voorwaarden opnemen in de vergunning kan de gemeente dit beter afdwingen. Feitelijke veiligheid van evenementen ligt hoger met een advies van de hulpdiensten. Ook is er een minder goede voorbereiding op evenementen. Ook bestaat er een grotere kans op calamiteiten bij evenementen en grotere kans dat hulpdiensten verrast worden door de situatie die zij aantreffen bij een calamiteit. Bijvoorbeeld onbereikbaarheid of te weinig voorzieningen en maatregelen. Met mogelijk toenemende kans op onveilige situaties tijdens incidenten, waardoor veiligheid van hulpverleners in het geding kan komen.

Regelmatig doen zich (landelijk) stevige incidenten voor bij evenementen. Denk aan Dance Valley (2001): zwaar onderkoelde bezoekers door koud en nat weer na een zonnige dag; Vierdaagse Nijmegen (2006) gestaakt, na twee doden en drie personen gereanimeerd, twee deelnemers overleden tijdens hittegolf. Zwarte Cross (2010): één dode bij het proefdraaien van een kermisattractie; motorevenement 'Auto en Motor Sportief' Haaksbergen (2014) 3 doden na doorrijden monstertruck.

3. **Sluiten 3 vrijwillige posten**

Momenteel wordt de incidentbestrijding en hulpverlening aan mens en dier uitgevoerd vanuit 41 posten, conform het huidige dekkingsplan. Het dekkingsplan wordt conform wettelijk voorschrift door het bestuur van de veiligheidsregio vastgesteld. Deze besparingsoptie – het sluiten van vrijwillige posten - vraagt om bijstelling van dit plan. Deze voorgestelde aanpassing houdt in dat de opkomsttijd en slagkracht worden verminderd, evenals het aantal functies per ploeg. Deze wijziging heeft directe gevolgen voor de opleidings- en oefenstructuur, het aantal benodigde voertuigen en de bredere bedrijfsvoering.

De maatschappelijke impact van deze aanpassing is aanzienlijk. Door de langere opkomsttijden en verminderde slagkracht neemt de effectiviteit van de hulpverlening af, met name bij langdurige of complexe incidenten. Dit vergroot de kans dat sneller een beroep moet worden gedaan op bijstand van buiten de regio.

Ook op bestuurlijk niveau zijn er belangrijke aandachtspunten. De bijdrage aan bovenregionale en landelijke incidentbestrijding zal afnemen, evenals de mogelijkheid om bijstand en burenhulp te leveren aan andere regio's. Gezien deze gevolgen luidt het advies om eerst nader onderzoek te doen voordat bestuurlijke besluitvorming plaatsvindt over (onderdelen van) het dekkingsplan.

Binnen de organisatie zal de voorgestelde wijziging leiden tot een krimp in het aantal fte's, zowel bij vrijwilligers als bij beroepskrachten. Daarnaast brengt het plan een verhoogd risico met zich mee op minder veilig optreden tijdens inzet.

Gezien de reikwijdte van de voorgestelde aanpassing en de mogelijke gevolgen op meerdere niveaus, is zorgvuldige afweging en onderbouwing essentieel.

Financiële besparing

Samenvattend leidt dit scenario tot de volgende besparing:

Technische maatregelen (Bijlage 3)	€ 1.600.000
WMO Toezicht (GGD)	€ 200.000
Logopedie (GGD)	€ 130.000
Hierprik & gehoorscreening (GGD)	€ 280.000
Verminderen toezicht brandveiligheid (Veiligheid)	€ 85.000
Verminderen advisering evenementen (Veiligheid)	€ 200.000
Sluiten 3 vrijwillige posten (Veiligheid)	€ 600.000
	€3.095.000

Bovenstaande besparing kan oplopen met € 200.000 (tot € 3.295.000) als het lokaal aanbod GGD grotendeels wordt geregionaliseerd. Opgemerkt wordt dat deze besparing (€ 50.000 - €250.000) wordt gerealiseerd door een hogere afname van het lokaal aanbod ten opzichte de toename van de regionale bijdrage.

Ten opzichte van gemeentelijke bijdrage van € 92,5 mln bedraagt deze besparing 3,3% (maximaal 3,6%).

Bijlage E

Scenario 4: Impact op meest kwetsbaren

Gezondheid

Het pakket voor de GGD in dit scenario is gebaseerd op scenario 3, waarbij niet Wmo toezicht is opgenomen maar de crisisorganisatie GGD. Deze keuze is gemaakt op basis van het eerder genoemde afwegingskader in relatie tot de grootte van de besparing.

1. Crisisorganisatie

De GGD is niet betrokken en bereikbaar bij een GGD crisis. In tijden van crisis is de continuïteit van zorg en op- en afschaling daarvan, niet geborgd. Uit voorgaande langdurige crisis is gebleken dat wij als GGD onvoldoende voorbereid zijn voor (grote, kleine en gelijktijdige) rampen en crises, met risico op hogere ziektelast tijdens crisis tot gevolg evenals negatieve gevolgen op lange termijn.

JGZ is niet meer 24/7 beschikbaar voor begeleiding, informatie en advies bij calamiteiten en grootschalige incidenten maar alleen gedurende werkdagen.

2. Vrijstellingen

Het beleggen van deze activiteit (beoordelen van een aanvraag voor een artikel 5a vrijstelling) bij andere partijen levert automatisch een grotere versnippering en langere doorlooptijd op, waardoor leerlingen voor een langere periode geen onderwijs volgen, met als mogelijk gevolg dat processen gecompliceerder worden.

3. Contactmomenten 3 jaar en 9 maanden

Voor kinderen tussen 2 en 4 jaar zijn de contactmomenten nu al relatief ver uit elkaar, terwijl deze periode cruciaal is vanwege de snelle groei en ontwikkeling van het kind en mogelijke veranderingen in de gezinssituatie.

Korte termijn gevolgen:

- Het schrappen van het contactmoment op 3 jaar en 9 maanden betekent dat bijvoorbeeld de visuscontrole niet meer plaatsvindt, terwijl dit volgens de landelijke richtlijn verplicht is (<https://www.jgzrichtlijnen.nl/richtlijn/jgz-richtlijn-opsporen-oogafwijkingen/>).
- Dit contactmoment valt in een fase waarin kinderen de overstap maken naar de basisschool. Het wegvallen van deze controle vergroot het risico dat (mogelijke) afwijkingen onopgemerkt blijven. Dit kan leiden tot gemiste voorlichting en adviezen over gezond opgroeien en opvoeden, waardoor hulpvragen op een later moment elders in de keten terechtkomen.
- Het niet tijdig signaleren van problemen verhoogt de kans dat kinderen met (onopgemerkte) afwijkingen instromen in het basisonderwijs. Hierdoor kan problematiek verergeren en kan er uiteindelijk meer, en duurdere, zorg of ondersteuning nodig zijn.

Lange termijn gevolgen:

- De continuïteit in de begeleiding van ouders en kinderen in de overgang naar de zorg voor 4- tot 18-jarigen gaat verloren.
- De tijd tussen het contactmoment op 3 jaar en het eerstvolgende contactmoment wordt 1,5 tot 2 jaar, wat de kans op gemiste signalering vergroot.
- Er is een verhoogd risico op zwaardere zorgbehoefte op latere leeftijd.

Veiligheid

De uitdagingen beschreven bij scenario 1 inclusief de voorstellen uit het scenario 2 en 3 zijn de basis van scenario 4. Daar bovenop komt het volgende voorstel:

Sluiten beroepskazerne

Momenteel wordt de incidentbestrijding en hulpverlening aan mens en dier uitgevoerd vanuit 41 posten, conform het huidige dekkingsplan. Het dekkingsplan wordt conform wettelijk voorschrift door het bestuur van de veiligheidsregio vastgesteld. Deze besparingsoptie – het sluiten van een beroepskazerne - vraagt om bijstelling van dit plan. Deze voorgestelde aanpassing houdt in dat de opkomsttijd en slagkracht worden verminderd, evenals het aantal functies per ploeg. Deze wijziging heeft directe gevolgen voor de opleidings- en oefenstructuur, het aantal benodigde voertuigen en de bredere bedrijfsvoering.

De maatschappelijke impact van deze aanpassing is aanzienlijk. Door de langere opkomsttijden en verminderde slagkracht neemt de effectiviteit van de hulpverlening af, met name bij langdurige of complexe incidenten. Dit vergroot de kans dat sneller een beroep moet worden gedaan op bijstand van buiten de regio.

Ook op bestuurlijk niveau zijn er belangrijke aandachtspunten. De bijdrage aan bovenregionale en landelijke incidentbestrijding zal afnemen, evenals de mogelijkheid om bijstand en burenhulp te leveren aan andere regio's. Gezien deze gevolgen luidt het advies om eerst nader onderzoek te doen voordat bestuurlijke besluitvorming plaatsvindt over (onderdelen van) het dekkingsplan.

Binnen de organisatie zal de voorgestelde wijziging leiden tot een krimp in het aantal fte's. Daarnaast brengt het plan een verhoogd risico met zich mee op minder veilig optreden tijdens inzet.

Gezien de reikwijdte van de voorgestelde aanpassing en de mogelijke gevolgen op meerdere niveaus, is zorgvuldige afweging en onderbouwing essentieel.

Op dit moment worden incidenten bestreden en hulp verleend aan mens en dier vanuit 41 posten op basis van het dekkingsplan. Het dekkingsplan wordt conform wettelijk voorschrift door het bestuur van de Veiligheidsregio vastgesteld. Voorgesteld wordt om het dekkingsplan bij te stellen. Met als gevolg het verminderen van de opkomsttijd en de slagkracht en het reduceren van het aantal functies per ploeg. Deze besparingsoptie werkt door in opleiden en oefenen, aantal voertuigen en de bedrijfsvoering.

Maatschappelijk effect

- Groot maatschappelijk effect
- Meer schade, meer slachtoffers en grotere branden als gevolg van langere opkomsttijden, minder slagkracht, minder capaciteit voor langdurige incidenten, eerder bijstandsverzoek.

Effect op besluitvorming

Bestuurlijk kader Dekkingsplan. Verslechtering bijdrage aan bovenregionale en landelijke incidentbestrijding, minder bijstand en burenhulp leveren. Advies: nader onderzoek nodig voorafgaand aan bestuurlijke besluitvorming over (onderdelen uit) dekkingsplan.

Effect op organisatie

- Krimpen in fte (vrijwilligers en beroeps)

- Minder veilig optreden

Financiële besparing

Samenvattend leidt dit scenario tot de volgende besparing:

Technische maatregelen (bijlage 3)	€ 1.600.000
Crisisorganisatie (GGD)	€ 300.000
Vrijstellingen (GGD)	€ 60.000
Hielprik & gehoorscreening (GGD)	€ 280.000
Contactmomenten 3j9m (GGD)	€ 360.000
Maatregelen Veiligheid scenario 3	€ 885.000
Sluiten beroepspost (Veiligheid)	€ 3.000.000
	€ 6.485.000

Ten opzichte van gemeentelijke bijdrage van € 92,5 mln bedraagt deze besparing 7%.



Onderwerp	Update prestaties responstijden Ambulancezorg Gelderland-Midden
Ingediend door	Henk Bril
Voorgestelde behandelwijze: ☒ Ter informatie ☐ Ter bespreking ☐ Ter besluitvorming ☐ Vertrouwelijk	Planning bespreking: ☒ AO PG en JGZ d.d.: 26-05-2025 ☒ BC-G en BC-V d.d.: 02-07-2025 ☐ Financiële Commissie d.d.: ☒ Dagelijks Bestuur d.d.: 25-06-2025 ☐ Algemeen Bestuur d.d.:
Samenvatting	Voor de ambulancezorg bestaan er 23 kwaliteitscriteria om de prestaties van ambulancezorg te meten, zoals medische beoordeling, patiënttevredenheid en kwaliteit van de afhandeling op de meldkamer. Daarnaast is ook de responstijd één van die 23 kwaliteitscriteria. In de bestuurscommissies van 02 april jl. zijn beide commissies meegenomen in de ontwikkelingen rondom de responstijden van Ambulancezorg Gelderland Midden (AGM). Deze update past bij het verzoek van het bestuur om betrokken te blijven bij de acties die AGM in 2025 inzet om haar responstijdpercentage structureel te verbeteren. Met de zorgverzekeraars is afgesproken dat eind 2025 in tenminste 87.5% van de spoedmeldingen (A0+A1-urgentie) de ambulance structureel binnen 15 minuten ter plaatse te is. Dit met behoud van goede zorg en binnen het door laatstgenoemde partij toegekende budget. In dit informerend memo is een nadere duiding opgenomen op enkele sturingsindicatoren en de behaalde resultaten in Q1. De eerste acties lijken direct resultaat te geven in een procentuele verbetering. We concluderen voorzichtig dat met name de inzet op de data de eerste en snelst zichtbare verbeteringen geeft. Verdere acties zijn in april gestart. Die resultaten zijn later te zien.
Hoofdvraag	Geen bestuurlijke vraag.
Afstemming	Dit onderwerp wordt periodiek besproken met de bestuurlijk trekkers, mevrouw J. de Heer en Dhr. J. Derksen.
Collectief advies van: ☐ AO PG en JGZ ☐ BC-G	
Procesbeschrijving	
Bijlage(n)	Memo update prestaties responstijden AGM

MEMO

Datum : 12 juni 2025

Aan : Bestuurscommissie Gezondheid en Bestuurscommissie Veiligheid, ambtenaren Publieke Gezondheid

Van : Henk Brill

Betreft : Schriftelijke mededeling: bestuurlijke update Q1 responstijden AGM

Aanleiding

Voor de ambulancezorg bestaan er 23 kwaliteitscriteria om de prestaties van ambulancezorg te meten, zoals medische beoordeling, patiënttevredenheid en kwaliteit van de afhandeling op de meldkamer (alle kwaliteitsnormen zijn opgenomen in het Kwaliteitskader ambulancezorg 2.0). Daarnaast is ook de responstijd één van die 23 kwaliteitscriteria. De responstijd is de tijd vanaf het moment dat de meldkamer ambulancezorg de oproep van een 112-beller krijgt, tot het moment dat een ambulance bij de patiënt is.

In de bestuurscommissies van 02 april jl. zijn beide commissies meegenomen in de ontwikkelingen rondom de responstijden van Ambulancezorg Gelderland Midden (AGM). Deze update past bij het verzoek van het bestuur om betrokken te blijven bij de acties die AGM in 2025 inzet om haar responstijdpercentage structureel te verbeteren. AGM heeft in 2025 het verbeteren van haar responstijden als belangrijke focus. Bovendien is van de zorgverzekeraar de opdracht gekregen om eind 2025 in tenminste 87.5% van de spoedmeldingen (A0+A1-urgentie) structureel binnen 15 minuten ter plaatse te zijn. Dit met behoud van goede zorg en binnen het door laatstgenoemde partij toegekende budget. De bedoeling is dat de dalende trend van op dit thema, die sinds 2021 te zien is, wordt gestopt en doorbroken.

Tussenconclusie

De eerste acties lijken direct resultaat te geven in een procentuele verbetering (zie afbeeldingen 1,2,3). We concluderen voorzichtig dat met name de inzet op de data de eerste en snelst zichtbare verbeteringen geeft. Verdere acties (pilot) starten vanaf april. Die resultaten zijn pas later te zien.

De weergegeven resultaten betreffen een gewogen gemiddelde voor de hele regio Gelderland-Midden, zoals dat wordt geadministreerd in het Sectorkompas Ambulancezorg¹. Inzoomen op gemeente- of wijkniveau met absolute getallen kan een ander resultaat laten zien. Met name in de gebieden aan de rand van onze regio, die buiten de optimale dekking vallen en een laag aantal spoedritten hebben, zien we dit effect.

1^e Update (Q1/2025)

AGM voerde in Q1 verdiepende analyses uit om goed inzicht te krijgen in de oorzaak van de dalende trend. We doen zelf analyses, hebben resultaten van extern onderzoek en leren van andere regio's. We leiden af dat we kunnen verbeteren op 1) de registratie en bewerking van data die over een ambulance-inzet wordt vastgelegd, 2) het meldkamerproces van aanname en uitgifte van een spoedrit, 3) het proactief 'schuiven' van beschikbare ambulances over de regio om een betere dekking te hebben, 4) inzicht in beschikbare personele capaciteit voor de ambulancehulpverlening en de inroostering. Op de genoemde thema's formuleerden we verbeteracties die eind

¹ Sectorkompas Ambulancezorg: landelijke kwaliteitsmonitor ambulancezorg. Het Sectorkompas bevat informatie over ambulancezorg en is gebaseerd op gegevens aangeleverd door de Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's)

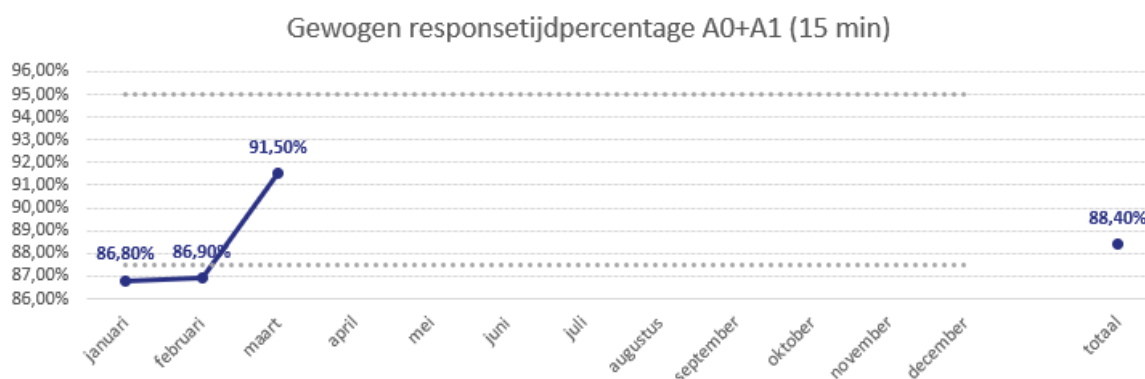
maart en april, al dan niet pilotgewijs, zijn gestart. We monitoren dagelijks de bijdrage aan de gewenste verbetering. Ook voeren we acties (bv, opschoning van data) met terugwerkende kracht tot januari 2025 uit².

Resultaten Q1

We zien in maart een lichte verbetering van de responstijd. Dit lijkt het resultaat te zijn van de eerste ingezette verbeteracties, maar dit kunnen we pas met zekerheid bepalen na een langere periode. Hieronder volgen drie sturingsindicatoren met daarbij een korte toelichting.

Gewogen responsetijdpercentage

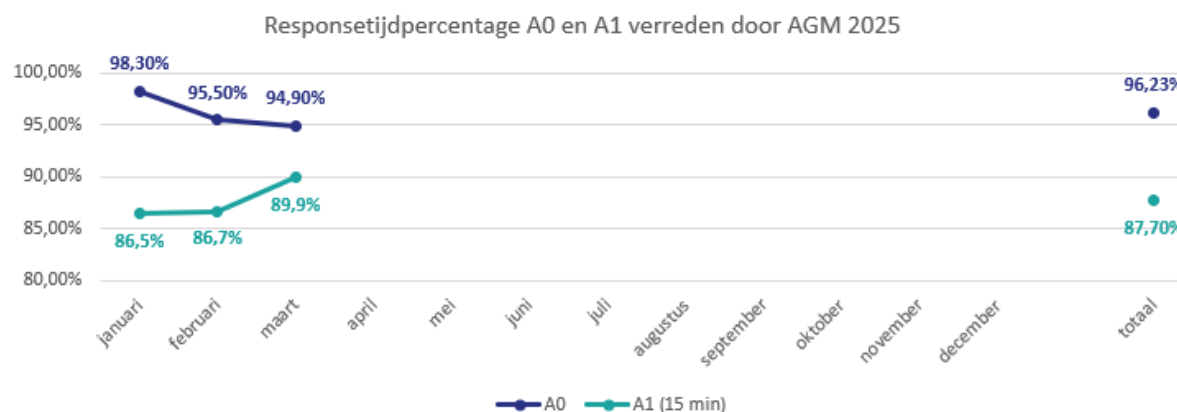
Hier staat het responstijdpercentage voor de urgentie categorieën A0+A1. We zien in de maand maart een lichte stijging. In die maand was in 91,5% van de gevallen de ambulance in onze regio binnen 15 minuten ter plaatse.



Afbeelding 1: inzicht in het gewogen responsetijdpercentage A0+A1 van AGM in Q1 2025 ten opzichte van de planningsnorm (95%) en de zorgverzekeraarsafspraken in de WMG-overeenkomst 2025 (87.5%)

Responstijdpercentage A0 en A1

Hieronder staat het responstijdpercentage, uitgesplitst naar de urgenties A0 en A1. Daarvoor kijken we in het bijzonder naar de A1 ambulanceritten, omdat deze verreweg het grootste volume hebben (6329 A1 meldingen versus 289 A0 meldingen). We zien hier een lichte stijging van de responstijdpercentage voor de urgentie A1. De urgentie A0 laat een lichte daling zien, maar doordat de A0 urgentie een klein volume kent, zal dat percentage mogelijk wat meer fluctueren over de maanden.



Afbeelding 2: inzicht in het responsetijdpercentage A0 en A1 van AGM in Q1 2025

Deeltijden

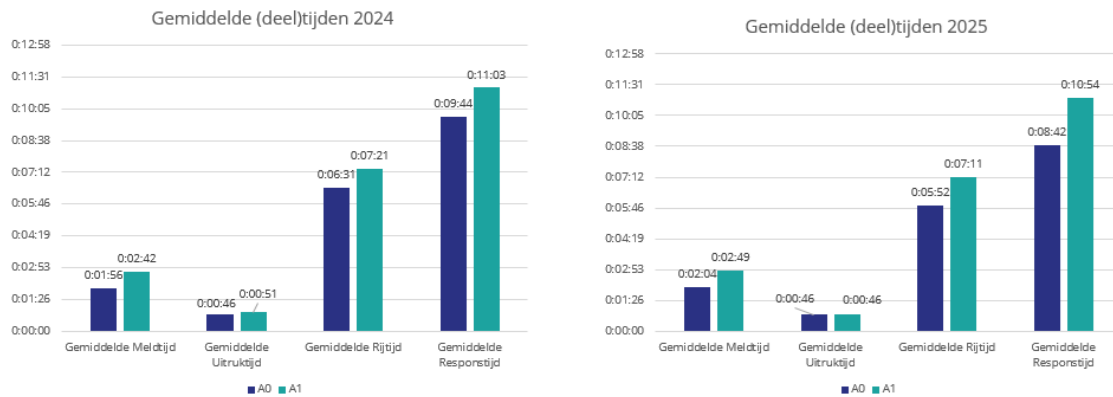
De responstijd bestaat uit de volgende onderdelen: de meldtijd, de uitruktijd en de rijtijd. In het overzicht hieronder staan deze drie onderdelen afzonderlijk weergegeven. Daarbij is een vergelijking opgenomen met dezelfde periode

² Daarom kan data in de update van Q2 in positieve zin afwijken van de in deze update getoonde data

vorig jaar. We zien met name in het deel rijtijd een afname. Komende periode zal blijken welke factoren deze verandering het meest beïnvloeden.



(Deel)tijden Q1



Afbeelding 3: gemiddelde deeltijden in het ambulance-responsproces AGM, 2024 en 2025. ('planningsnorm': 2 minuten meldtijd, 1 minuut uitruktijd, 12 minuten rijtijd). (Bron: GMS/data 2024/2025)

Vooruitblik

Komende periode gaan we verder met de reeds ingezette verbeteractie op de registratie van onze data. Daarnaast starten we met een pilot waarin we scherper omgaan met onze zogenaamde voorwaarde scheppende ritten. Oftewel: als een ambulance geen patiënt vervoert kijken we waar we deze het beste kunnen plaatsen voor een zo optimaal mogelijke gebiedsdekking. Tijdens deze pilot is extra aandacht voor de gebieden rondom Terschuur, Renkum en Dieren. Een volgende update vindt over Q2 plaats.