

**Aan:**  
M.P.M. Beaumont  
Projectsecretaris Eerste tranche aanpassing Wpg  
[gsp@minvws.nl](mailto:gsp@minvws.nl)  
0629601664



**Van:**  
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)  
<https://www.nvmm.nl/>

Contactadres: Margo Kusters, directeur | NVMM [bureau@nvmm.nl](mailto:bureau@nvmm.nl)

**Betreft:** Uitnodiging consultatie 'Eerste tranche aanpassing Wpg'

**Datum:** 29 juni 2022

Dank voor de uitnodiging aan de NVMM om te reageren op de consultatie. De NVMM zou graag aandacht willen vragen voor een aantal algemene onderwerpen én een aantal specifieke onduidelijkheden of omissies in de wetswijziging. Dit betreft de volgende punten:

1. **Meldingsplicht:** Deze moet praktisch uitvoerbaar zijn én tot stand komen iom onder andere de NVMM zodat zij kunnen beoordelen of deze praktisch uitvoerbaar is. Nu worden in de meldingsplicht soms criteria opgenomen waar wij als laboratorium of artsen-microbioloog niets mee kunnen (bv omdat er anamnestiche gegevens van de patiënt nodig zijn, waar wij niet over beschikken); er kan alleen maar een werkbare meldingsplicht worden opgezet samen met het veld (NVMM en ook VMML).
2. **Landelijke functionaliteit Infectieziekten (LFI):** het LFI wordt genoemd, deze zou veel kunnen 'oplossen' maar deze is momenteel (juni 2022) alleen nog in vroege fase van ontwikkeling. Er is nog nauwelijks gesproken over HOE het LFI gaat werken in de praktijk; een belangrijk punt hierbij is het in stand laten van de lokale netwerken, de bestaande infectieziektezorgketen, het netwerk tussen lokaal lab/arts-microbioloog/GGD, borgen dat in de juist fase van een epi/pandemie er pas wordt opgeschaald naar groot-volume labs. Ook hierin spelen NVMM leden en de laboratoria/instellingen een essentiële rol.
3. **Informatie delen:** datadelen (bij meldingsplicht, gegevens van laboratorium testresultaten, patiëntgegevens) hier moet geld voor worden vrijgemaakt; de huidige netwerken zijn hier nog niet klaar voor, investeringen moeten worden gedaan in bv eenheid van taal en digitale koppelingen tussen netwerkpartners, GGD en RIVM. Software leveranciers kunnen ook per wet meer worden gedwongen data delen gemakkelijker te maken. Ook zorginstellingen moeten worden gestimuleerd sneller aan te sluiten bij digitale netwerken; dit heeft nu onvoldoende prioriteit. Hoe wordt geborgd dat het veld ook weer informatie krijgt van de GGD/RIVM over bv de stand van de epi/pandemie (epidemiologische data/dashboard voor MMB labs)? Nu is het vaak eenrichtingsverkeer van informatie van zorg naar GGD naar RIVM (bv bij het opvolgen van corona gevallen die gemeld zijn, volgt vaak vervolgonderzoek, dat

neemt soms enorme omvang aan en komen er honderden testen binnen, het lab moet zich kunnen voorbereiden). Daarnaast is het in belang van de patiëntenzorg dat testuitslagen gegeneerd in het kader van grootschalig testen (publieke gezondheidszorg) ook beschikbaar zijn voor de curatieve sector. Iedere burger is potentieel patiënt en dan is de uitslag ook van belang voor de huisarts of ziekenhuis. Wij zouden graag zien dat de wet regelt dat datadelen en informatievoorziening wordt gestimuleerd.

4. **NVMM/OMT:** er wordt gesproken over een Outbreak Management Team (OMT) maar wordt er ook iets gezegd over hoe deze wordt samengesteld? Wij zien graag dat de samenstelling van een OMT mede tot stand komt in samenwerking met de NVMM gezien wij van oudsher in het kernteam OMT zijn vertegenwoordigd. Wij stellen voor dat de wet ook heldere voorschrijft hoe het voorkomen van belangenverstremming is geborgd, alsook de veiligheid van OMT leden.
5. **Dienst testen** was van essentieel belang: hoe is de rol van de overheid in het borgen van testcapaciteit/middelen, hier staat niets over in.
6. **Funding** en andere voorwaarden om testcapaciteit te creëren: hoe worden de kosten geregeld voor investeringen (cave IVDR wet/regelgeving zet potentieel de labs op slot om zelf testen te ontwikkelen wat juist nodig is om snel op een nieuw micro-organisme te kunnen testen) en sequentie analyses, epidemiologische analyses, etc.
7. **Specifieke punten:**
  - a) T.a.v. Hoofdstuk 1, Algemene bepalingen: **“Quarantaine” staat gedefinieerd, maar “Isolatie” niet.** Het lijkt ons verstandig dit woord toe te voegen, omdat hier in de praktijk vaak verwarring over bestaat en het voor de duiding van de wet van belang is.
  - b) Punten benoemd in brief met kenmerk 1782616-214350-PDC19 zijn voor zover wij kunnen overzien, niet meegenomen.
  - c) Van een persoon die **overlijdt** t.g.v. een groep A meldingsplichtige ziekte is het overlijden niet meldingsplichtig. Hoewel dit niet altijd goed te achterhalen is, kan het in een bepaalde fase van een pandemie wel nuttig zijn. Hiervoor zijn wellicht ICT-oplossingen te bedenken.
  - d) MvT pag 7: *Gezien de ernst van de ziekte moeten zij een **vermoeden van besmetting** met een dergelijke ziekte melden bij de GGD. Ook kan bij infectieziekten in zowel groep A1 en groep A2 quarantaine in de zin van artikel 35 Wpg worden opgelegd.* In de Covid-19 pandemie bleek al vrij snel dat het niet meer haalbaar was voor artsen om een “vermoeden” te melden. Vermoedens die wel werden doorgegeven, konden niet opgepakt worden door de GGD. Ook was er soms een vermoeden, met name in de eerste lijn, maar werd testen tegen gehouden doordat er onvoldoende testcapaciteit was. Voor pandemische paraatheid is het noodzakelijk om hier een oplossing voor te vinden, omdat artsen een boete/hechtenis riskeren, terwijl zij juist bezig zijn met de directe zorg. Artikel 21 lid 4 heeft hier wel een oplossing voor: *Bij regeling van Onze Minister kan vrijstelling worden verleend van de meldingsplicht, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, met ingang van een daarbij te bepalen tijdstip en met inachtneming van daarbij te stellen voorwaarden.* De vraag is of hier nu op de meest effectieve wijze mee wordt omgegaan. Er is immers het streven om de zorg juist zo veel mogelijk van administratieve lasten te verlichten.

- e) Pag 11/12: *geen beperkingen worden gesteld aan een aantal **vormen van toegang**, waaronder de toegang tot een familielid of naaste die naar verwachting van de behandelend arts op korte termijn zal overlijden*: Is het hiermee ook een recht van familieleden om bij hun naaste te zijn? De meeste zorginstellingen hebben in dergelijke situaties altijd wel mogelijkheden (proberen) te bieden om goed afscheid te nemen, echter vaak wel met beperkingen. Het moet wel veilig te organiseren zijn. Als het ook een recht wordt, kan dit tot gevaarlijke situaties leiden.
- f) Pag 13: *Dit betreft bijvoorbeeld de bepalingen gericht op het zo vroeg mogelijk **opsporen van nieuwe gevallen**, het kunnen isoleren van verdachte gevallen en het kunnen nemen van individuele maatregelen bij contacten, zoals monitoring en quarantaine als bedoeld in artikel 35 Wpg, om verdere verspreiding te voorkomen*: Bron- en contactonderzoek wordt in ziekenhuizen door zorgprofessionals uitgevoerd – voor alle infectieziekten, conform de Wkkg en Arbo-wetgeving. Voor het doorgeven van lijsten van contacten aan de GGD is het wettelijk kader onduidelijk, de wpg biedt hier o.i. ook geen handvatten voor. De AVG maakt dat toestemming gevraagd moet worden aan personen op contactlijsten en bij weigering, dit door ziekenhuizen niet doorgegeven mag worden. Ook is er onduidelijkheid over wát doorgegeven mag worden aan gegevens (zie ook eerdergenoemde brief). Medisch gezien kan het hebben gehad van contact met een persoon met een groep A meldingsplichtige ziekte niet beschouwd worden als “vermoeden van”. Er moet immers sprake zijn van een “ziektebeeld”.
- g) Pag 34: **Thuisquarantaine**: *Het gaat hier om de quarantaineplicht die met dit wetsvoorstel wordt geregeld voor reizigers die vanwege verblijf in een aangewezen hoogrisicogebied na inreis in Nederland in quarantaine moeten. Zij mogen de quarantaine ondergaan op het eigen woonadres of een andere verblijfplaats naar keuze.*: Thuisquarantaine is dus niet van toepassing voor contacten van personen met een bewezen groep A meldingsplichtige ziekte?
- h) Testen, wellicht ook meer iets voor de 2e tranche: Onder Par 8.4 (**maatregelen mbt reizen**) wordt een aantal malen genoemd (58p 3c, 58r 3c) ‘de wijze waarop de testuitslag wordt aangetoond’ en 58e punt b ‘op basis van een resultaat’ >> wij denken dat hier toelichting nodig is. Wordt hier bijv. bedoeld aan welke kwaliteitseisen de testuitvoering dient te voldoen? En gaat dat per ministeriele regeling of zijn daar in pandemie brede zin kwaliteitscriteria voor op te stellen?
- i) **Bewaartermijn dossiers** testuitslagen: Artikel II vermeldt bewaartermijn min 6 en max 12 mnd van coronatestdossiers voor niet GGD-instellingen. Dus GGD en kunnen een langere maar ook kortere bewaartermijn hanteren? Wat zou gelden voor de testuitslagen gegenereerd door met GGD samenwerkende laboratoria?
8. Algemene aandachtspunten:
- a) **Meldingsplicht en emailadres of telefoonnummer van burger**: er wordt momenteel soms al gevraagd door GGD om emailadressen en/of telefoonnummers van burgers beschikbaar te stellen in een melding van een infectieziekte; deze zijn vaak niet bekend bij het laboratorium. Indien de wet

hier ook in wil voorzien dan zouden de laboratoria hier niet verantwoordelijk voor gesteld kunnen worden omdat zij vaak niet over deze data beschikken.

- b) Er is bestaat behoefte bij de netwerkpartners om tav software leveranciers eisen te stellen aan **uitwisselbaarheid en Eenheid van Taal**; wij zouden ook bij deze wet daar reeds aandacht voor willen vragen.

**Als algemeen punt zijn wij als Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) graag betrokken bij besluitvorming en organisatie van de bestrijding van infectieziekten:** de samenwerking binnen het bestaande reguliere veld (infectieziektezorgketen, laboratoria, ziekenhuizen, VVT instellingen, laboratoria, GGD) moet voldoende geborgd zijn in deze wetswijziging, de NVMM (en ook VMML) spelen hierbij een cruciale rol omdat zij hun leden kunnen ondersteunen en vertegenwoordigen in de organisatie tussen overheid en het werkveld van de infectieziektezorgketen. Het zorgveld is nu opgesplitst in sectoren. De medische diagnostiek in het algemeen is geen sector maar werkt voor c.q. ten dienste van de overige sectoren. Per sector wordt beleid gemaakt. (bijv. actieplannen code zwart tot en met Covid-19 tot diagnostiek medisch specialistische zorg) De vraag is: wordt er ook voldoende beleid gemaakt over de bestaande sectoren heen? Wij pleiten voor een betere positionering van de medisch microbiologische laboratoria over de (zorg)sectoren heen.

Uiteraard zijn wij bereid een en ander mondeling toe te lichten,  
Met vriendelijke groet.

Gunnar Andriesse  
Secretaris bestuur NVMM  
[Gunnar.andriesse@gamil.com](mailto:Gunnar.andriesse@gamil.com)  
06-48387191