STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl

STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2005

DEELRAPPORT

Nederland is onvoldoende voorbereid op grote epidemieën

Den Haag, november 2005

Samenvatting

Vanwege de dreiging van grootschalige uitbraken van infectieziekten heeft de inspectie zich de vraag gesteld of ons land voldoende voorbereid is op deze gebeurtenissen. Daarbij is in het bijzonder gekeken naar de wijze waarop in ons land plotseling optredende clusters van infectieziekten worden gesignaleerd, naar de mogelijkheden om de reguliere infectieziektebestrijding op te schalen, en naar de kwaliteit van de recent opgestelde draaiboeken voor de bestrijding van pokken, SARS en (pandemische) influenza.

Ten aanzien van de signalering constateert de inspectie dat de huidige surveillance-systemen niet voldoen, zodat het niet zeker is dat onverwachte uitbraken van infectie-ziekten tijdig opgemerkt worden. De inspectie beveelt daarom aan een beter systeem van syndroomsurveillance in ons land op te zetten.

Het Centrum voor Infectieziektebestrijding (Cib) bij het RIVM heeft tot taak signalen te analyseren en zonodig tijdig maatregelen te treffen. Mede op basis van een evaluatie van het RIVM is een aantal verbeteringen nodig. Zo moet de signalering ook buiten kantooruren plaatsvinden en moet in de verslaglegging duidelijk worden welke activiteiten het Cib naar aanleiding van de signalen onderneemt.

Op een aantal belangrijke onderdelen is onduidelijk of opschaling van de reguliere infectieziektebestrijding voldoende (snel) mogelijk is. Ten aanzien van grootschalige contactopsporing, medisch toezicht en afzondering en het snel toedienen van vaccins of geneesmiddelen aan grote groepen van de bevolking doet de inspectie de aan-beveling deze onderdelen uit te werken in modulaire draaiboeken en maatregelen te treffen om deze draaiboeken te implementeren. Voor de opschaling van de diagnostiek moet de bestaande capaciteit beter in kaart gebracht worden en moet het RIVM afspraken maken met medisch microbiologische laboratoria over de taakverdeling. Ten aanzien van de medische zorg is onduidelijk hoe kan worden voorkomen dat zieken-huizen overbelast raken. Een systeem voor triage ontbreekt. De inspectie vindt het gewenst dat het calamiteitenhospitaal in Utrecht wordt ingericht als een volwaardig infectieziektepaviljoen voor de opvang van tenminste dertig patiënten, om het risico van verspreiding van epidemische infectieziekten in ziekenhuizen te verminderen. Tenslotte moeten er op het gebied van de voorlichting betere afspraken gemaakt worden over de afstemming tussen de nationale en lokale berichtgeving, en moet er voorzien worden in de mogelijkheid van een telefonische hulplijn voor medische beroepsgroepen.

De draaiboeken voor bestrijding van pokken, SARS en (pandemische) influenza zijn onder grote tijdsdruk opgesteld. Vanwege het belang van deze draaiboeken voor de bestrijding vindt de inspectie het noodzakelijk dat de kwaliteit van deze draaiboeken beter geborgd wordt. Hiervoor heeft zij een aantal criteria opgesteld:

- Toetsing van de draaiboeken door de Gezondheidsraad, het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding en de Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen.
- Toetsing aan draaiboeken uit andere landen.
- Het ‘doorrekenen’ van de draaiboeken met behulp van mathematische modellen.
- Implementatie van de draaiboeken op landelijk en regionaal/lokaal niveau
- Het beoefenen van de draaiboeken en het regelmatig actualiseren.

De inspectie heeft de draaiboeken pokken, SARS en (pandemische) influenza aan deze criteria getoetst.

Het pokkendraaiboek is niet getoetst door de Gezondheidsraad. Ook heeft geen inhoudelijke bespreking vooraf en evaluatie achteraf plaatsgevonden in het Landelijk Overleg Infectieziekten. Het is niet duidelijk hoe de voortgangsbewaking is geregeld

van de landelijke implementatie en of op lokaal niveau voldoende uitwisseling van ervaring plaatsvindt.
Het draaiboek is niet (achteraf) vergeleken met andere draaiboeken uit het buitenland en er heeft, zover bekend, nog geen actualisatie van landelijke draaiboeken plaatsgevonden.
Ook de draaiboeken voor SARS zijn niet door de Gezondheidsraad getoetst. Wel heeft het Landelijk Overleg Infectieziekten de draaiboeken inhoudelijk besproken. Marginale bespreking heeft plaats gevonden in de Raad van Regionaal Geneeskundige Functionarissen. Hieruit en uit de implementatie van de draaiboeken, zijn knelpunten naar voren gekomen waarbij niet duidelijk is hoe deze worden opgelost.
De draaiboeken zijn beperkt beoefend en er is niet voorzien in regelmatige herziening van de landelijke draaiboeken, bijvoorbeeld aan de hand van buitenlandse voorbeelden.
Hoewel de implementatie van het draaiboek SARS I heeft plaatsgevonden, is nog onvoldoende gezorgd voor een systeem van voortgangsbewaking en evaluatie.
Toetsing van het landelijke draaiboek influenzapandemie door de Gezondheidsraad of aan andere (buitenlandse) draaiboeken en het nieuwe WHO-plan heeft nog niet plaats gevonden.
In het licht van de omvangrijke opdracht die aan de regio's is gegeven, is het opvallend dat de draaiboeken nauwelijks in het Landelijk Overleg Infectie en in de Raad van RGF'en aan de orde zijn geweest.
De draaiboeken zijn lokaal met veel aandacht geïmplementeerd. De ervaringen die hierbij zijn opgedaan, hebben echter nog niet geleid tot bijstellen van de landelijke draaiboeken.
Omdat de landelijke implementatie nog niet is afgerond, is het mogelijk nog te vroeg een eindoordeel te geven over de borging van deze draaiboeken.
De inspectie doet de aanbeveling dat het Cib met goedkeuring van het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) een procedure opstelt die er voor zorgt dat de draaiboeken aan de door de inspectie opgestelde kwaliteitseisen voldoen.

Inhoudsopgave

1 Inleiding *7*
1.1 Aanleiding *7*
1.2 Doel en methode van onderzoek *7*

2 Conclusies en maatregelen *9*
2.1 Verbetering sgnalering van onverwachte clusters van infectieziekten noodzakelijk *9*
2.2 Opschaling van de infectieziektebestrijding tijdens epidemieën is onvoldoende verzekerd *9*
2.3 De kwaliteit van de draaiboeken pokken, SARS en (pandemische) influenza is niet geborgd *10*
2.4 Maatregelen ten aanzien van Inspectie voor de Gezondheidszorg *10*

3 Bevindingen *11*
3.1 Tijdige signalering van infectieziekten is onvoldoende verzekerd *11*
3.2 Te weinig voorbereiding om reguliere infectieziektebestrijding op te kunnen schalen *14*
3.2.1 Voldoende technische ondersteuning voor het aanleggen van een casusregister 15
3.2.2 Geen ervaring met grootschalige bron- en contactopsporing 15
3.2.3 Er zijn onvoldoende voorzieningen getroffen voor medisch toezicht en afzondering van gezonde personen 16
3.2.4 Goede afsrpaken over diagnostiek ontbreken 17
3.2.5 Beperkte ervaring met het snel en op grote schaal vaccineren of toedienen van medicijnen 18
3.2.6 Overbelasting en verspreiding van infectieziekten in ziekenhuizen vormen groot risico 18
3.2.7 Voorlichting en communicatie met beroepsgroepen zijn nog onvoldoende geregeld 19
3.3 De kwaliteit van de recente landelijke draaiboeken is onvoldoende geborgd *20*
3.3.1 Inleiding 20
3.3.2 De kwaliteitseisen die de inspectie stelt 21
3.4 Draaiboeken voldoen niet aan de kwaliteitseisen *24*
3.4.1 Pokken 24
3.4.2 SARS 28
3.4.3 Influenza 31

Bijlagen

1 Referenties *36*
2 Lijst van afkortingen *38*

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het risico op grootschalige epidemieën is niet verdwenen. Er is een aantal factoren, waardoor we dit risico ernstiger moeten schatten dan een halve eeuw geleden. De determinanten die het ontstaan van grote epidemieën bepalen zijn op globale schaal steeds nadrukkelijker aanwezig:

- De sterk gestegen bevolkingstoename, waarbij vooral megasteden in de derde wereld zonder goede hygiënevoorzieningen een groot risico vormen.
- De voortschrijdende verwoesting van ecologische systemen.
- De grootschalige wijze van voedselproductie waarbij vooral het risico op zoönosen toeneemt.
- De grote toename van het internationale verkeer van mensen en goederen, zodat verspreiding van micro-organismen binnen korte tijd over grote delen van de wereld kan plaatsvinden.

Ontwikkelde landen als Nederland hebben een ingewikkelde infrastructuur die in toenemende mate kwetsbaar wordt voor verstoringen. Het maatschappelijke effect hiervan wordt versterkt doordat de bevolking niet meer gewend is aan epidemieën en tegelijkertijd steeds hogere eisen stelt aan het niveau van gezondheidsbescherming.
Naast natuurlijke oorzaken van epidemieën is in de laatste jaren nadrukkelijk aandacht gekomen voor de opzettelijke verspreiding van gevaarlijke micro-organismen (bioterrorisme).

1.2 Doel en methode van onderzoek

Doel van het onderzoek is na te gaan of Nederland voldoende is voorbereid op grootschalige epidemieën.
Hiertoe heeft de inspectie de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Evaluatie van signalering van infectieziekten.
- Beoordeling van de mogelijkheden tot opschaling van de reguliere infectieziektebestrijding.
- Beoordeling van de kwaliteit en implementatie van de draaiboeken pokken, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) en (pandemische) influenza.

De inspectie heeft het onderzoek als volgt uitgevoerd:

- Voor de evaluatie van de signalering is gebruikgemaakt van de evaluatie van het signaleringsoverleg die het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft uitgevoerd[1] en van de evaluatie van meldingen op basis van artikel 7 van de Infectieziektewet door M. Hosseinnia.[2]
- Bij het beoordelen van de mogelijkheid tot opschaling heeft de inspectie vooral gebruik gemaakt van de ervaringen uit het recente verleden. Het gaat daarbij in het bijzonder om de voorbereidingen op bioterrorisme, de epidemie van SARS, de uitbraak van vogelpest in Nederland en de voorbereiding op pandemische influenza.

Voor de beoordeling van de kwaliteit van de draaiboeken is gebruik gemaakt van de volgende documenten en rapportages:

- De notulen van de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit van de Gezondheidsraad.
- De notulen van het Landelijk Overleg Infectieziekten.
- De notulen van de Raad van Regionaal Geneeskundige Functionarissen (RGF'en).

- Het onderzoek van Octaaf Adviesgroep naar de regionale implementatie van het draaiboek massavaccinatie pokken[3]. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de inspectie.
- Het inspectieonderzoek naar de regionale implementatie van het draaiboek SARS.[4]
- Het inspectieonderzoek naar de regionale implementatie draaiboeken influenza in 2005.[5]

Verder heeft de inspectie voor het onderzoek gebruikgemaakt van de eigen archieven en zich gebaseerd op medisch wetenschappelijke literatuur.
Tenslotte baseert de inspectie haar bevindingen op een aantal aanvullende gesprekken met direct betrokkenen.

2 Conclusies en maatregelen

2.1 Verbetering signalering van onverwachte clusters van infectieziekten noodzakelijk

De inspectie vindt dat verbetering van de signalering in het bijzonder moet plaatsvinden bij de volgende twee onderdelen:
- De werking van artikel 7 van de Infectieziektewet (melding clusters) is onvoldoende. Het is nodig om in ons land een beter systeem van syndroomsurveillance op te zetten om te kunnen borgen dat onverwachte gebeurtenissen tijdig worden opgemerkt en gemeld aan de GGD. Dit is eveneens noodzakelijk met het oog op de meldingsplicht aan de World Health Organization (WHO) conform de herziene International Health Regulations.
- Binnenlandse maar vooral buitenlandse signalen moeten 7 dagen per week gevolgd worden. Een systeem dat alleen voorziet in controle tijdens kantooruren, voldoet niet meer.

Maatregelen

Voor de interpretatie van de signalen moet voorzien worden in een achterwacht met voldoende gezag om direct adequate maatregelen te kunnen treffen dan wel gemotiveerd van actie af te zien.
Het RIVM (Centrum Infectieziektebestrijding (Cib)) moet het desbetreffende protocol aanpassen waarbij het protocol nauwkeurig moet bepalen welke informatiebronnen met welke frequentie gevolgd worden, inclusief het dagelijks bekijken van ProMED en het volgend van de medisch wetenschappelijke literatuur. Het verslag van het signaleringsoverleg moet aangeven welke activiteiten het Cib onderneemt naar aanleiding van de signalen en het RIVM moet de verslagen integreren met de berichtgeving via inf@ct.

2.2 Opschaling van de infectieziektebestrijding tijdens epidemieën is onvoldoende verzekerd

Bij de volgende onderdelen van de infectieziektebestrijding is niet duidelijk of opschaling tijdens epidemieën in voldoende mate kan plaatsvinden:
- Bron- en contactopsporing.
- Medisch toezicht en quarantaine.
- Diagnostiek.
- Toedienen van medicijnen en (in mindere mate) vaccinaties.
- Medische zorg en isolatie.
- Publieksvoorlichting en communicatie met de betrokken beroepsgroepen.

Maatregelen

De opschaling van de bron- en contactopsporing, voor de uitvoering van grootschalig medisch toezicht en afzondering, en voor het toedienen van vaccins of medicijnen moeten modulaire draaiboeken worden opgesteld. Deze moeten vervolgens, voorzover redelijk en mogelijk is, op nationaal en regionaal niveau geïmplementeerd worden. Hierbij kan worden voortgebouwd op de ervaringen die zijn opgedaan met de implementatie van de draaiboeken pokken, SARS en influenza.

Ten aanzien van de diagnostiek moeten RIVM en medisch microbiologische laboratoria goede afspraken maken over de verdeling van taken en helderheid verschaffen over de beschikbare capaciteit en de mogelijkheden om op te schalen. Mogelijk dat de ervaringen die in de veterinaire sector zijn opgedaan bij de grote uitbraken van dierziekten in de afgelopen jaren hierbij behulpzaam kunnen zijn.
Het calamiteitenhospitaal in Utrecht moet verder uitgebouwd worden tot volwaardig 'nationaal infectieziektepaviljoen' met een capaciteit om tenminste dertig patiënten te kunnen behandelen.
Ten aanzien van de communicatie moet meer helderheid komen over de afstemming tussen voorlichting aan de bevolking op lokaal niveau en nationaal niveau.
Ten behoeve van medische beroepsgroepen moeten voorzieningen getroffen worden om te kunnen voorzien in een telefonische hulplijn.

2.3 De kwaliteit van de draaiboeken pokken, SARS en (pandemische) influenza is niet geborgd

De draaiboeken zijn onvoldoende getoetst op wetenschappelijke deugdelijkheid en uitvoerbaarheid. De implementatie, zowel op nationaal als op regionaal niveau is recent verbeterd, maar is nog niet goed genoeg.
Analyse van en vergelijking met soortgelijke draaiboeken in andere landen heeft niet systematisch plaatsgevonden.
Er is niet voorzien in actualisering van de draaiboeken.

Maatregel

Het Centrum Infectieziektebestrijding moet met goedkeuring van het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) een procedure opstellen om bovengenoemde onderdelen te verbeteren en daarbij de systematiek volgen die in paragraaf 3.3 wordt beschreven.

2.4 Maatregelen ten aanzien van Inspectie voor de Gezondheidszorg

- De inspectie adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) artikel 7 van de Infectieziektewet aan te passen om tot een beter systeem van syndroomsurveillance te komen.
  Zij zal vervolgens toetsen of de desbetreffende zorginstellingen voldoende maatregelen hebben getroffen om het artikel ook daadwerkelijk de beoogde werking te laten hebben.
- De inspectie rapporteert tweejaarlijkse aan de minister van VWS over de staat van voorbereiding van ons land op grootschalige epidemieën.
- De inspectie toetst de implementatie van draaiboeken op regionaal niveau, inclusief de beoefening van de draaiboeken.
- De inspectie toetst de kwaliteit van de infectieziektebestrijding aan de hand van indicatoren in het kader van het gefaseerd en gelaagd toezicht.

3 Bevindingen

3.1 Tijdige signalering van infectieziekten is onvoldoende verzekerd

Tijdige signalering van infectieziekten is een noodzakelijke voorwaarde voor een adequate bestrijding van epidemieën. Hoe kleiner de omvang van de epidemie is op moment van ontdekking, des te groter is de kans dat de epidemie effectief bestreden kan worden en daarmee het aantal slachtoffers wordt beperkt.
Voor tijdige signalering is een systeem nodig dat in staat is een (dreigende) toename van infectieziekten zo vroeg mogelijk te onderkennen.
Een dergelijk systeem moet aan de volgende voorwaarden voldoen:
- Het opzetten en onderhouden van surveillancesystemen waarbij informatie verzameld wordt over het voorkomen van infectieziekten.
- Het systematisch verzamelen en analyseren van wetenschappelijke informatie en signalen uit binnen- en buitenland. Hierbij is het nodig expliciet te benoemen welke informatiebronnen worden bekeken en met welke frequentie.
- Het borgen van adequate en tijdige analyse van de informatie, ook buiten kantoortijd, met het oog op de beoordeling of er van een reële dreiging sprake is.
- Het borgen van een mechanisme om snel informatie te kunnen doorspelen naar personen en organisaties die verantwoordelijk zijn voor de bestrijding.

Voor inzicht in het voorkomen van infectieziekten zijn in Nederland de volgende systemen beschikbaar:
- Meldingsplicht op grond van de Infectieziektewet, inclusief artikel 7 (melding van clusters van aandoeningen van infectieuze aard zonder dat de oorzaak nog bekend is).
- Geïntegreerde gegevensverzameling van informatie uit microbiologische laboratoria (Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (ISIS)).
- Diverse ziektespecifieke surveillancesystemen, onder andere voor tuberculose, seksueel overdraagbare aandoeningen, gastro-enteritiden en meningitis.

Met het oog op de hierboven geformuleerde norm laten deze systemen de volgende tekorten zien:
- Een adequate werking van artikel 7 is onvoldoende verzekerd door onbekendheid met het artikel en door het ontbreken van procedures voor tijdige melding in de meldingsplichtige instellingen.
- Artikel 7 voorziet niet in adequate syndroomsurveillance, onder meer omdat de meldingsplicht niet is uitgewerkt voor ziekenhuizen.
- Wanneer een infectieziekte nieuw is, niet in lokale clusters maar verspreid over het land voorkomt, niet onder de meldingsplicht valt en/of niet (tijdig) microbiologisch wordt vastgesteld, kan het geruime tijd duren voordat een toename wordt opgemerkt.

Het recente verleden heeft aangetoond dat deze tekorten tot werkelijke risico's voor de volksgezondheid leiden:
- De Legionella-epidemie in Bovenkarspel in 1999 is onvoldoende snel herkend, doordat het desbetreffende ziekenhuis de cluster van patiënten in de intensive care pas laat onder de aandacht bracht van de inspectie en de GGD. Bovendien lagen enkele patiënten in andere ziekenhuizen, waardoor de werkelijke omvang van het probleem niet zichtbaar was.

– De uitbraak van Lymfogranuloma Venereum (LGV) die zich inmiddels in West-Europa en de Verenigde Staten heeft uitgebreid onder homoseksuele mannen is pas 7 maanden na ontdekking door het ziekenhuis gemeld aan de GGD.

Het RIVM onderzoekt of de syndroomsurveillance in ons land verbeterd kan worden, vooral bij respiratoire aandoeningen. Op 28 juli 2005 is daartoe een projectvoorstel gepresenteerd.[6] Het instituut heeft inmiddels wel enige ervaring opgedaan bij de surveillance van encephalitiden met het oog op tijdige ontdekking van de introductie van het West-Nile-virus in Nederland. Systematische evaluatie van de ervaringen met syndroomsurveillance die in andere landen zijn opgedaan, in het bijzonder de Verenigde Staten, heeft in ons land nog niet plaatsgevonden.

Surveillance gebaseerd op andere systemen dan meldingsplichtige aandoeningen en/of laboratoriumdiagnostiek heeft meer prioriteit gekregen nu de WHO de herziene International Health Regulations gaat implementeren.[7]
Overigens merkt de inspectie op dat alle systemen voor vroege signalering staan of vallen met de alertheid van de behandelende arts. Het blijft daarom belangrijk dat opleiding en bijscholing aandacht besteden aan infectieziekten en aan de noodzaak alert te zijn op ongewone gebeurtenissen die kunnen wijzen op een beginnende epidemie.

Analyse van de informatie uit binnen- en buitenland vindt wekelijks plaats in het signaleringsoverleg bij het RIVM. Voor dit overleg bestaat een protocol waarin beschreven is welke informatiebronnen worden bekeken en met welke frequentie dit gebeurt.[8]
Van het signaleringsoverleg maakt het RIVM direct een beknopt verslag dat breed wordt verspreid, onder meer naar instellingen en personen die een directe verantwoordelijkheid hebben voor de bestrijding, in het bijzonder de GGD'en. Wanneer de signalen hiertoe aanleiding geven, informeert het RIVM het ministerie ook tussen de wekelijkse vergaderingen.

In het najaar van 2004 heeft het RIVM het signaleringsoverleg geëvalueerd.[9] De conclusie van het RIVM is dat "het signaleringsoverleg in huidige vorm goed voldoet om verheffingen en dreigingen van infectieziekten tijdig en volledig te signaleren, met daarbij de kanttekening dat ziekenhuisinfecties en antibioticaresistentie onvoldoende aandacht krijgen. Communicatie over en weer tussen de deelnemers en met 'het veld' is van groot belang. Explicitering van de criteria voor het bespreken van een signaal tijdens het overleg en voor het opnemen van het signaal in het verslag verdient aanbeveling. Voor een volledige, tijdige signalering is het voldoende dagelijks de berichten vanuit de WHO en de Europese Unie (EU) te volgen, naast wekelijks alle andere informatiebronnen."

De inspectie deelt deze conclusie, maar voegt hier aan toe dat de signalering tot voor kort niet gekoppeld was aan de verantwoordelijkheid voor de bestrijding. Hierdoor is het niet duidelijk tot welke activiteiten de signalering in het verleden hebben geleid. Dit is inmiddels verbeterd met de komst van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (Cib) en de verhuizing van het bureau Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) naar het RIVM. De verslagen van het overleg geven echter nog steeds geen inzicht in de activiteiten die het Cib naar aanleiding van de signalen onderneemt.

Internationaal neemt de kwaliteit van de signalering toe, voornamelijk vanwege de inspanningen van de WHO en door nieuwsgroepen als Program for Monitoring Emerging

Diseases (ProMED). Ook het 'Early Warning and Response System' van de EU neemt de laatste jaren in belang toe. Dit leidt tot een toename van signalen, ook buiten kantooruren. Een tweetal recente voorbeelden illustreert dat het volgen van deze signalen ook buiten kantooruren nodig is:

- De ernst van de bedreiging als gevolg van SARS voor West-Europa werd pas duidelijk toen op zaterdag, 2 dagen na de wereldwijde alarmering door de WHO, een vliegtuig uit New York een tussenlanding maakte in Frankfurt met aan boord een patiënt met SARS. Deze gebeurtenis heeft in ons land direct tot maatregelen geleid, die inspectie en bureau LCI de daarop volgende zondag hebben voorbereid.
- Op vrijdag 27 augustus 2004 sloegen de autoriteiten in Frankrijk alarm vanwege een rabide hond die mogelijk in aanraking was geweest met mensen buiten Frankrijk. Deze alarmering leidde onder meer tot een persbericht van de Europese Commissie op zondag en de noodzaak gedurende het weekend te bepalen welke actie in Nederland nodig was.

In beide gevallen heeft het huidige signaleringssysteem onvoldoende gefunctioneerd omdat de signalen langs andere weg bekend werden bij inspectie en bureau LCI. Relevant is in dit verband dat de nieuwe International Health Regulations van de WHO voorzien in een 'national focal point' dat 24 uur per dag bereikbaar moet zijn.[7]

De evaluatie door het RIVM laat zien dat tenminste voor de jaren 2002 en 2003 gold dat wekelijkse analyse van andere informatiebronnen dan die van de EU en de WHO voldoende is om tijdig (potentiële) bedreigingen te signaleren. Hoewel het dagelijks volgen van ProMED volgens deze analyse geen toegevoegde waarde heeft voor de tijdige signalering, vindt de inspectie het voor de kwaliteit van de analyse en interpretatie van de signalen uit het buitenland van belang ook ProMED dagelijks te volgen. De berichtgeving is uitgebreider dan die van de EU en de WHO en is gebaseerd op uiteenlopende bronnen, waardoor meer bekend wordt over de context van een signaal. De ontwikkeling van een (potentiële) bedreiging kan op deze manier van dag tot dag gevolgd worden.

De evaluatie van het RIVM van het signaleringsoverleg geeft een aantal aanbevelingen voor het nieuwe Centrum Infectieziektebestrijding:

1. In het signaleringsoverleg is onvoldoende aandacht voor ziekenhuisinfecties en antibioticaresistentie. Omdat een infrastructuur voor vroegsignalering op dit gebied grotendeels ontbreekt, zal (samen met arts-microbiologen) onderzocht moeten worden of en hoe de vroegsignalering op deze twee gebieden georganiseerd kan worden.
2. De 7x24 uur signalering en bereikbaarheid voor de Europese Unie (Early Warning and Response System/EWRS) en op termijn ook voor de Wereld Gezondheidsorganisatie/WHO, moeten onderdeel uit gaan maken van de beschikbaarheids- en bereikbaarheidsdiensten van het nieuwe centrum. Op dit moment hebben RIVM en bureau LCI ieder hun eigen beschikbaarheids- en bereikbaarheidsdiensten. De beschikbaarheid en bereikbaarheid voor de EWRS en de WHO is op dit moment nog de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS.
3. Het bijhouden en signaleren van ontwikkelingen op basis van de medisch-wetenschappelijke literatuur is niet op een efficiënte wijze te combineren met de acute signalering van epidemieën en dreigingen in het signaleringsoverleg. Als het IGZ-literatuuroverleg in de huidige vorm verdwijnt, is het niet mogelijk deze taak door het signaleringsoverleg over te laten nemen. Een andere werkwijze en aparte middelen zijn nodig om de signalering van relevante wetenschappelijke ontwikkelingen te garanderen.

De inspectie onderschrijft de aanbevelingen met de volgende kanttekeningen.

Het ligt voor de hand de 7x24 uur signalering en bereikbaarheid voor berichtgeving van de EU en de WHO te positioneren bij het Centrum voor Infectieziektebestrijding. Het is daarbij van belang in het protocol voor de signalering op te nemen dat de berichten dagelijks tenminste op drie vaste tijdstippen worden bekeken vanwege de relatief korte tijd waarin incidenten kunnen uitgroeien.

Deze toevoeging is relatief gemakkelijk te organiseren door deze taak toe te wijzen aan de dienstdoende arts infectieziekten op landelijk niveau. Daarbij moet worden voorzien in een achterwacht met voldoende gezag om direct adequate maatregelen te kunnen nemen dan wel gemotiveerd van actie af te zien. Dit laatste is minstens even belangrijk als wel in actie komen, om onnodige onrust tegen te gaan. Hiertussen goed onderscheid maken vereist een zeer ruime ervaring op het gebied van de infectieziektebestrijding.

Het systematisch en geprotocolleerd[10] bijhouden van de medisch-wetenschappelijke literatuur blijft de inspectie noodzakelijk vinden als aanvulling op de berichtgeving van de EU, WHO, nieuwsgroepen als ProMED, Eurosurveillance en de nationale bulletins. De meerwaarde is vooral gelegen in signalering van problematiek die zich niet acuut ontwikkelt, maar wel een (potentiële) dreiging vormt voor Nederland en in het kunnen vergelijken van de situatie in Nederland met die in andere landen. De nog lopende rechtszaak van de slachtoffers van de Legionella-epidemie in Bovenkarspel tegen de Staat der Nederlanden laat zien dat het systematisch volgen van de literatuur ook juridisch van belang is om de zorgvuldigheid van handelen van de overheid aan te kunnen tonen.
De inspectie verwacht dat het aantal signalen dat op deze wijze gegenereerd wordt beperkt is, zodat het niet duidelijk is waarom de bespreking van deze signalen niet kan plaatsvinden in het signaleringsoverleg. Het is wel aan te bevelen het IGZ-literatuuroverleg, dat ruim 10 jaar lang gehouden is, te evalueren met het oog op integratie in het signaleringsoverleg.

Voor snelle communicatie naar GGD'en, medisch microbiologen, huisartsen en ziekenhuizen zijn inmiddels voorzieningen getroffen: GGD'en zijn 24 uur per dag bereikbaar[11] en beschikken alle over voorzieningen om poortartsen en huisartsen tenminste per fax te bereiken. Daarnaast vormt inf@ct een geaccepteerde berichtenservice voor de bij de infectieziektebestrijding betrokken beroepsgroepen. Tenslotte zijn er de websites van VWS, IGZ, LCI en RIVM waar de relevante informatie per direct geplaatst wordt.
Bij de evaluatie van het signaleringsoverleg door het RIVM werd aanbevolen om de berichtenservice Inf@ct en het signaleringsoverleg te integreren. Volgens het RIVM vergt dit een vrij forse inspanning "door verschillen in organisatie, werkwijze, archivering, internetsite en lezersgroep".
De inspectie onderschrijft deze aanbeveling en vindt dat het belang hiervan de benodigde inspanning rechtvaardigt.

3.2 Te weinig voorbereiding om reguliere infectieziektebestrijding op te kunnen schalen

Bij een grootschalige uitbraak is het nodig de reguliere infectieziektebestrijding op te schalen. Hierbij gaat het om de volgende aspecten:

- Casusregister.
- Bron- en contactopsporing.
- Medisch toezicht en afzondering van gezonde personen.
- Diagnostiek.
- Profylactische behandeling (bijvoorbeeld vaccinaties).
- Medische zorg (en isolatie).
- Publieksvoorlichting en communicatie met de betrokken beroepsgroepen.

3.2.1 Voldoende technische ondersteuning voor het aanleggen van een casusregister

Met het opzetten van een betrouwbaar casusregister is in de afgelopen jaren in Nederland enige ervaring opgedaan. Zowel bij de uitbraak van legionellose in 1999 als bij de mazelenepidemie in 2000/2001 is gebruikgemaakt van een centraal casusregister onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van RIVM en bureau LCI.
Het casusregister vormt een onderdeel van de wettelijk verplichte melding op grond van de Infectieziektewet. Bij een epidemie zal de desbetreffende ziekte aan de lijst van meldingsplichtige ziekten worden toegevoegd indien de aandoening hiervan nog geen deel uitmaakt. De wet voorziet in de mogelijkheid direct bij Ministerieel Besluit een ziekte aan de lijst toe te voegen.
Een goede casusdefinitie is nodig om tot een betrouwbaar overzicht te komen van het aantal gevallen tijdens een epidemie. Het ligt voor de hand hierbij de definities te volgen die WHO en/of EU in internationaal verband opstellen.

Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven, zijn er voldoende voorzieningen om de betrokken beroepsgroepen bij het begin van een epidemie snel te informeren en aan te geven welke gevallen gemeld moeten worden, om landelijk het beloop van de epidemie te kunnen volgen.

Melding zal plaatsvinden aan de GGD die vervolgens de melding verifieert en doorgeeft naar de centrale overheid. De GGD'en moeten tijdens een epidemie voorzieningen treffen om de medische beroepsgroepen in staat te stellen snel gevallen te kunnen melden. Dit klinkt vanzelfsprekend, maar het is bijvoorbeeld goed voorstelbaar dat een GGD bij veel maatschappelijk onrust telefonisch moeilijk bereikbaar is. Het is niet duidelijk of GGD'en hiervoor een oplossing hebben (bijvoorbeeld door de initiële melding te laten plaatsvinden via een speciaal e-mailadres of via SMS).
Met het Online Systeem voor Infectieziekten Registratie binnen ISIS (OSIRIS) is een adequate elektronische infrastructuur gecreëerd om de gegevens van de GGD'en snel naar centraal door te geven en overzichtelijk weer te geven in een database.
Naar aanleiding van de SARS-epidemie is OSIRIS hiertoe aangepast.[12]

3.2.2 Geen ervaring met grootschalige bron- en contactopsporing

Zoals tijdens de SARS-epidemie in vooral Hong Kong, Taiwan en Toronto is gebleken, is adequate bron- en contactopsporing van groot belang voor de beheersing van de epidemie. Personen die zijn blootgesteld aan besmetting, moeten zo snel mogelijk worden opgespoord om te voorkomen dat zij zelf een bron van besmetting gaan vormen. Daarnaast moet elk nieuw geval in verband gebracht te kunnen worden met andere gevallen, met andere woorden: de transmissieketens moeten bekend zijn. Wanneer dit niet meer het geval is, gaat de controle over de epidemie verloren en kan een ziekte zich op veel grotere schaal verspreiden. Dit risico is voor de WHO een

belangrijk criterium geweest tijdens de SARS-epidemie om een negatief reisadvies uit te vaardigen naar het desbetreffende gebied.

Met grootschalige bron- en contactopsporing is in Nederland nog geen ervaring opgedaan. Er zijn nog geen voorzieningen getroffen die uitvoering mogelijk maken. Hiervoor is eerst nadere uitwerking nodig in een modulair draaiboek en er moet een geavanceerde database beschikbaar zijn die:

- 'Real time' informatie bevat met de relevante gegevens van patiënten uit het casus-register.
- Inzicht geeft waar en op welk tijdstip de patiënt is geweest tijdens de besmettelijke periode en met wie hij of zij in aanraking is geweest.

In Hong Kong heeft men gebruikgemaakt van de infrastructuur van de politie. Het is niet duidelijk of dit in ons land ook mogelijk is.

3.2.3 Er zijn onvoldoende voorzieningen getroffen voor medisch toezicht en afzondering van gezonde personen

Wanneer personen blootgesteld zijn aan besmetting en het ontstaan van een besmettelijke infectie niet is te voorkomen door vaccinatie of het toedienen van antibiotica, is het nodig maatregelen te treffen om te voorkomen dat betrokkene zelf anderen besmet. Hiervoor zijn grofweg drie mogelijkheden:

- **Het actief volgen van de gezondheid zonder dat van strikte quarantaine sprake is**. Hiervoor kan worden gekozen als het ontstaan van symptomen (bijvoorbeeld koorts) een betrouwbaar signaal is dat iemand daadwerkelijk ziek wordt en daarmee besmettingsgevaar vormt voor anderen. Zolang er geen symptomen zijn die wijzen op besmettingsgevaar, is er geen reden tot verregaande vrijheidsbeperking. Wel moet gegarandeerd zijn dat melding aan de GGD daadwerkelijk plaatsvindt wanneer de symptomen ontstaan. Hiervoor kan bijvoorbeeld een regeling worden getroffen dat betrokkenen actief twee maal per dag contact opnemen met de GGD.
  In Nederland is op zeer beperkte schaal ervaring opgedaan met dergelijke maatregelen naar aanleiding van een geval van Lassakoorts in Leiden[13]. Deze ervaringen zijn niet onverdeeld gunstig: dagelijks actief contact opnemen met de GGD bleek voor velen moeilijk op te brengen te zijn en bovendien deden zich problemen voor omdat betrokkenen met vakantie gingen. Het ligt voor de hand in dit soort gevallen de bewegingsvrijheid toch dusdanig te beperken dat snel fysiek contact mogelijk blijft zodra de omstandigheden daartoe aanleiding geven. Dit kan bijvoorbeeld door betrokkene te verbieden de gemeente te verlaten waar hij of zij woont, met uitzondering van woon-werkverkeer.
- **Wanneer daadwerkelijk een risico voor besmetting van anderen optreedt maar nog geen ziekenhuisopname nodig is, kan afzondering in de thuissituatie plaatsvinden.** Bij SARS is in de getroffen gebieden gebleken dat dit aanzienlijke uitvoeringsproblemen met zich meebrengt, bijvoorbeeld vanwege werk, huisdieren, voedselvoorziening en huisgenoten. Ook voor de handhaving van de maatregel moeten voorzieningen getroffen worden.
- Tenslotte kan zich een situatie voordoen dat de risico's zo groot zijn dat afzondering zonder permanent toezicht niet meer verantwoord is. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij een pokkenepidemie. Er moeten dan lokaal verblijfruimtes beschikbaar worden gesteld om deze strikte quarantaine te kunnen uitvoeren.

Er zijn in ons land nauwelijks voorbereidingen getroffen om bovengenoemde maatregelen op grote schaal uit te kunnen voeren. Hiervoor is allereerst nodig dat het

Centrum voor Infectieziektebestrijding een multidisciplinair draaiboek opstelt en vervolgens moeten GGD'en en GHOR-bureaus afspraken maken over uitvoering en handhaving. Zo kan men plaatselijk gebruik maken van particuliere beveiligingsdiensten (zoals met SARS in Singapore is gebeurd) en van vrijwilligers van het Rode Kruis.
De Infectieziektewet is inmiddels aangepast om bovengenoemde maatregelen op te kunnen leggen. De burgemeester geeft daartoe een beschikking af op advies van de GGD. In aanvulling hierop is het wenselijk dat er landelijk meer duidelijkheid komt over de financiële gevolgen van dergelijke maatregelen, zeker als het belang ervan dat van individuele gemeenten overstijgt.

3.2.4 Goede afsrpaken over diagnostiek ontbreken

Het valt te verwachten dat de het aantal aanvragen voor diagnostiek tijdens een epidemie sterk zal stijgen. Niet alleen het aantal ziektegevallen als gevolg van de epidemie zelf bepalen deze stijging, maar ook de angst van de bevolking om de ziekte opgelopen te hebben. Ook zal veel diagnostiek nodig zijn in het kader van bron- en contactopsporing.
Bij de opschaling van de diagnostiek is een aantal zaken van belang:

- Er moeten lokaal voldoende diagnostische kits aanwezig zijn om te waarborgen dat de monsters in goede toestand het laboratoium bereiken.
- Het moet helder zijn wat de taakverdeling is tussen de perifere medisch microbiologische laboratoria en nationale referentielaboratoria, in het bijzonder het RIVM. Deze taakverdeling hangt onder meer af van de capaciteit van de perifere laboratoria, de bioveiligheid en de technische eisen die aan de diagnostiek worden gesteld.
- Er moet een goede administratieve ondersteuning zijn om te zorgen dat de uitslagen tijdig bij de juiste personen terecht komen.
- Het moet mogelijk zijn om bij sterk vergroot aanbod monsters te prioriteren. Zo moet onderzoek dat uitgevoerd wordt in het kader van bron- en contactonderzoek voorrang hebben boven onderzoek bij ongeruste personen zonder duidelijke symptomen of zonder mogelijke contacten met besmettelijke personen.

In ons land is op humaan gebied beperkt ervaring opgedaan met deze materie, namelijk in het kader van de hausse van 'poederbrieven' in 2001. Vooral de administratie rond de uitslagen bleek problematisch. Om dit op te lossen is na enige tijd gebruikgemaakt van een particuliere organisatie met ervaring met soortgelijke processen. De diagnostiek leverde zelf nauwelijks problemen op, ondanks het plotseling sterk verhoogde aanbod voor anthrax-diagnostiek en ondanks het feit dat dit bij slechts één laboratorium (ID Lelystad) kon worden uitgevoerd. Dit was te danken aan het feit dat dit laboratorium uitgebreid ervaring had opgedaan bij de grote uitbraken van dierziekten die ons land in de afgelopen jaren hebben getroffen.

Het RIVM heeft enige tijd geleden onderzocht voor welke micro-organismen in Nederland diagnostiek mogelijk is. Uit deze zogenaamde pathogenennota bleken er geen grote leemtes te zijn, dat wil zeggen dat in ons land vrijwel over de volle breedte van de humane microbiologie diagnostiek mogelijk is.
Verder heeft het RIVM ter voorbereiding op een eventuele uitbraak van SARS voorzieningen getroffen voor de verwerking van een groot aantal monsters.[14] Bovendien voorziet het RIVM in dit geval de GGD'en van diagnostische kits.
In het lopende onderzoek naar de kwaliteit van het medisch microbiologisch handelen gaat de inspectie de mogelijkheden na voor opschaling van de perifere medisch micro-

biologische laboratoria in Nederland. De inspectie verwacht de resultaten van dit onderzoek begin 2006 te presenteren.[15].

Om in ons land een adequate opschaling van de diagnostiek te waarborgen, is het vooral van belang dat het RIVM goede afspraken maakt met de medisch microbiologische laboratoria enerzijds en met (andere) referentielaboratoria over de verdeling van verantwoordelijkheden bij opschaling van diagnostiek anderzijds. Wanneer deze verantwoordelijkheden duidelijk zijn, moet elk van de instellingen de voorzieningen treffen die nodig zijn om te waarborgen dat zij de toebedeelde taken ook daadwerkelijk kunnen uitvoeren.
De ervaringen, opgedaan door laboratoria die betrokken waren bij de bestrijding van dierziekten, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

3.2.5 Beperkte ervaring met het snel en op grote schaal vaccineren of toedienen van medicijnen

Tijdens grootschalige epidemieën zal het soms mogelijk zijn (delen van) de bevolking te beschermen door de toediening van vaccinaties of geneesmiddelen. In de laatste jaren is alleen ervaring opgedaan met de vaccinatie van alle jongeren tegen meningitis C en regionaal bij de bescherming door vaccinatie en profylaxe bij grote groepen betrokken bij de bestrijding van vogelpest. De meningitis C campagne is goed verlopen, terwijl de bescherming bij vogelpest niet goed is aangepakt.[16,17] Ze zijn echter slechts beperkt te vergelijken met de activiteiten die nodig zijn om in veel kortere tijd massaal profylactica toe te dienen.
In de regionale draaiboeken massavaccinatie pokken zijn scenario's uitgewerkt om in korte tijd de gehele bevolking te kunnen vaccineren. In het landelijke draaiboek influenzapandemie moet toediening van grote hoeveelheden antivirale middelen en (in een later stadium) vaccins nog verder worden uitgewerkt.
Vanwege de beperkte ervaring is het moeilijk te beoordelen in hoeverre deze plannen ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden. Het is daarom nodig bij de verdere implementatie van de draaiboeken deze activiteiten optimaal te borgen. Daarbij is het van belang goed na te gaan of de gehele keten (van productie, opslag, distributie naar feitelijke toediening en registratie) voldoende is geregeld.

3.2.6 Overbelasting en verspreiding van infectieziekten in ziekenhuizen vormen groot risico

Bij een grootschalige epidemie met mogelijk veel ernstig zieke en besmettelijke patiënten zal het beroep op de zorg groot zijn. Dit levert twee complicaties op.
In de eerste plaats is de ziekenhuiscapaciteit relatief beperkt en niet (meer) ingesteld op de opvang van een groot aantal ernstig zieke patiënten.
Om overbelasting van ziekenhuizen te voorkomen is het daarom van groot belang maatregelen te nemen die de epidemische curve afvlakken en daarmee de piekbelasting verminderen. Toediening van antivirale middelen tijdens een influenzapandemie beoogt dit effect en kan naar verwachting de piekbelasting van de ziekenhuizen met tweederde verminderen.[18] Ook andere maatregelen, zoals het in het openbaar dragen van mondkapjes en het sluiten van scholen, kunnen mogelijk bijdragen aan dit effect.
Wanneer toch overbelasting van ziekenhuizen dreigt, zal de toegang tot deze zorg moeten worden beperkt. Hiervoor is een vorm van triage nodig die op lokaal of regionaal niveau zal moeten worden uitgevoerd. Er zijn de inspectie geen voorbeelden bekend waarbij dit op overtuigende wijze is uitgewerkt. Het draaiboek pandemische

influenza verwijst naar landelijke richtlijnen voor triage, maar ook deze zijn niet uitgewerkt.
Ook is het van belang rekening te houden met anticiperend gedrag van burgers en huisartsen wanneer men het vermoeden krijgt dat ziekenhuisbedden schaars worden.[19]
Gemeenten moeten maatregelen kunnen treffen om ziekenhuizen te beschermen tegen een te grote toestroom van patiënten.

In de tweede plaats is bij SARS gebleken dat ziekenhuizen de voornaamste bron van verspreiding van de ziekte vormden. Verspreiding binnen het ziekenhuis is alleen tegen te gaan door het strikt hanteren van hygiënemaatregelen (met name het consequent wassen van handen en het dragen van beschermende kleding) en isolatie van patiënten. Omdat zeker in het begin van een epidemie de diagnose niet altijd direct duidelijk zal zijn en men nog geen routine met de situatie heeft opgedaan, is de kans groot dat er ondanks maatregelen toch verspreiding plaatsvindt.
Om dit risico te verminderen is in ons land besloten het calamiteitenhospitaal in Utrecht mede te bestemmen als 'nationaal infectieziektepaviljoen'. De eerste groep patiënten met (verdenking op) pokken of SARS moet hier worden opgenomen, zodat de reguliere ziekenhuizen vrij blijven van deze patiënten. Idealiter zou het calamiteitenhospitaal tenminste dertig patiënten met dergelijke ernstige, besmettelijke aandoeningen moeten kunnen opvangen. Dit vereist echter aanzienlijke bouwkundige aanpassingen die nog niet zijn gerealiseerd. Wanneer het aantal te verwachten patiënten meer dan dertig bedraagt, is er tijd nodig om andere ziekenhuizen aan te wijzen die zich dan uitsluitend richten op de verpleging van de desbetreffende groep patiënten.

3.2.7 Voorlichting en communicatie met beroepsgroepen zijn nog onvoldoende geregeld

Adequate communicatie met bevolking en betrokken beroepsgroepen is bij een epidemie van groot belang. Zeker in een situatie waarin de angst bij de bevolking groot is en maatschappelijke onrust dreigt, worden hoge eisen gesteld aan de voorlichting vanuit de overheid om het vertrouwen van de bevolking te behouden.
Evaluaties in verschillende landen van (voorgaande) epidemieën laten zien dat elementen als openheid, eerlijkheid en tijdigheid hierbij belangrijk zijn.
Ook is het van belang de bevolking al voordat de crisis uitbreekt goede voorlichting te geven over de aard van de problemen en over wat men kan verwachten van de overheid.

De voorlichting en communicatie tijdens de crisis kent verschillende onderdelen:
- Het beantwoorden van vragen die in de bevolking en bij de volksvertegenwoordiging leven.
- Informeren van burgers over getroffen maatregelen en uitvoering daarvan.
- De omgang met de media.
- Informatie voor medische beroepsgroepen.

Bij het ministerie van VWS is inmiddels veel ervaring opgedaan met de eerste twee punten.
Snelle opschaling van telefoonteams die vragen van burgers kunnen beantwoorden en het voortdurend voorzien in 'vragen en antwoorden' op de website zijn goed te realiseren. Tot op heden is er weinig aandacht besteed aan 'metacommunicatie' over risico's en wat men kan verwachten van de overheid of getroffen maatregelen.

Bij de informatie over de maatregelen en de uitvoering zit een belangrijk lokaal element, zodat regionale draaiboeken eveneens moeten zijn voorzien van een communicatieplan. Het is onvoldoende duidelijk op welke wijze de afstemming geregeld is tussen nationale en lokale voorlichting.

De informatie voor medische beroepsgroepen zal in ons land verspreid worden via de GGD'en en inf@ct en toegankelijk gemaakt worden op de relevante websites (VWS, LCI, RIVM, IGZ en van de koepels van de betrokken beroepsverenigingen).
Er is nog geen ervaring opgedaan met het inrichten van een telefonische hulpdienst voor medische beroepsgroepen. Dit lijkt wel nodig bij een crisis van enige omvang, omdat bij kleinere crises in het verleden gebleken is dat vooral inspectie, bureau LCI en GGD'en veelvuldig gebeld werden door medische beroepsbeoefenaren. Het ligt voor de hand dat het Centrum voor Infectieziektebestrijding voorzieningen treft om in deze behoefte te voorzien.

3.3 De kwaliteit van de recente landelijke draaiboeken is onvoldoende geborgd

3.3.1 Inleiding

De landelijke draaiboeken (massavaccinatie) pokken, SARS I en II, aviaire influenza en pandemische influenza zijn opgesteld omdat sprake was van een reële dreiging voor de volksgezondheid. Behalve bij pandemische influenza was sprake van een min of meer acute situatie. Voor pandemische influenza geldt dat weliswaar al een vijftal jaren op het ministerie aan een draaiboek gewerkt werd, maar dat pas recent werkelijke voortgang is gemaakt vanwege de gepercipieerde toenemende dreiging van een pandemie, onder meer vanwege de persisterende epizoötie van aviaire influenza met het H5N1-virus in Zuid-Oost Azië.
Bovenstaande heeft tot gevolg gehad dat de draaiboeken onder tijdsdruk tot stand zijn gekomen.

De werkwijze is als volgt: onder regie van het bureau LCI en/of GGD Nederland stelt een ad hoc groep van deskundigen het draaiboek op aan de hand van het overleg in het Outbreak Management Team (OMT), van literatuur en van eventueel beschikbare buitenlandse voorbeelden. Daarna worden ze voorgelegd aan het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg, waarna de minister de draaiboeken vaststelt in overeenstemming met artikel 26a van de Infectieziektewet.
Het ministerie van VWS neemt maatregelen die op nationaal niveau nodig zijn om uitvoering van de draaiboeken mogelijk te maken (bijvoorbeeld de productie van vaccins tegen pokken) en de draaiboeken worden op regionaal niveau geïmplementeerd.
Als sprake is van een reële dreiging is het onvermijdelijk dat bovenstaande werkwijze snel wordt gevolgd om voorbereid te zijn, wanneer het probleem zich werkelijk voordoet.

3.3.2 De kwaliteitseisen die de inspectie stelt

Gezien de grote gevolgen die grootschalige epidemieën maatschappelijk met zich meebrengen, vindt de inspectie dat na het gereedkomen van een eerste versie van het draaiboek een aantal activiteiten moet worden uitgevoerd om de kwaliteit van de landelijke draaiboeken te borgen. Het gaat om de volgende activiteiten:

Toetsing van het draaiboek door de Gezondheidsraad
De Gezondheidsraad, in het bijzonder de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit, heeft tot voor kort alle richtlijnen en protocollen van de LCI getoetst of de inhoud in overeenstemming is met de stand van de wetenschap. Het ligt voor de hand dezelfde procedure te volgen met landelijk opgestelde draaiboeken. Gezien de samenstelling van de Beraadsgroep wordt op deze wijze eveneens het draagvlak voor de inhoud van de draaiboeken vergroot. Afhankelijk van de omstandigheden kan het secretariaat van de Beraadsgroep hierbij een schriftelijke procedure volgen en kan toetsing al direct na het vaststellen van een eerste concept plaatsvinden.

Toetsing van het draaiboek door het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI)
Toetsing ligt voor de hand omdat de afdelingen infectieziekten van de GGD'en een centrale rol vervullen bij de bestrijding van epidemieën. De rol van het LOI hierbij is in het bijzonder de toetsing van de draaiboeken op praktische uitvoerbaarheid en het signaleren van knelpunten.
Instemming van het LOI is nodig om het draagvlak bij de meest betrokken beroepsgroepen te verzekeren.

Toetsing van het draaiboek door de Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen
De Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF'en) zijn 'procesverantwoordelijk' voor de uitvoering van de draaiboeken in de regio's en moeten daarmee bij de regionale implementatie borgen dat de draaiboeken ook daadwerkelijk kunnen worden uitgevoerd. Hiertoe moeten afspraken gemaakt worden met alle betrokken medische instellingen en beroepsgroepen zoals ziekenhuizen en huisartsen. Bovendien moeten zij nagaan welke voorzieningen moeten worden getroffen om uitvoering van de in het draaiboek beschreven activiteiten mogelijk te maken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om vorderen van ruimtes of het kunnen inzetten van grote groepen hulpverleners. Tenslotte moet de RGF afspraken maken met de andere hulpdiensten, mede met het oog op de openbare orde en veiligheid.
De RGF'en moeten het draaiboek vooral toetsen op haalbaarheid in brede zin, inclusief aansluiting op diensten of procedures buiten de medische kolom. Zij moeten knelpunten signaleren die uitvoering belemmeren en duidelijk aangeven wat zij aan voorzieningen op landelijk niveau verwachten ter ondersteuning.
Expliciete instemming van de Raad is nodig om regionale implementatie te waarborgen.

Toetsing van de draaiboeken aan buitenlandse voorbeelden
Wanneer de draaiboeken in ons land onder druk van een reële dreiging totstandkomen, geldt dit ook voor andere landen. De ervaring leert dat deze druk ertoe leidt dat bij het opstellen van de draaiboeken in Nederland slechts fragmentarisch gebruik wordt gemaakt van draaiboeken die andere landen opstellen en dat dit bovendien slechts geldt voor een beperkt aantal landen (vooral het Verenigd Koninkrijk (VK) en de Verenigde Staten (VS)). Het ligt voor de hand om in een later stadium, wanneer elk land een min of meer voltooid draaiboek heeft ontwikkeld, deze draaiboeken systematisch te toetsen aan het Nederlandse draaiboek. Bovendien is deze toetsing in

toenemende mate een noodzaak vanwege de harmonisering van bestrijdingsmaatregelen op EU niveau[20] en op mondiaal niveau.[7]
Landen die zich lenen voor vergelijking zijn de VS, Canada, het VK, Duitsland, Frankrijk en eventueel andere landen, afhankelijk van de aard van de epidemie (zoals Hong Kong in het geval van SARS). Er moet ook toetsing plaatsvinden aan richtlijnen en draaiboeken van de EU en de WHO.
Bij deze toetsing zijn voornamelijk twee aspecten aan de orde:

- In de eerste plaats is het van belang nauwkeurig na te gaan welke verschillen er zijn met de Nederlandse draaiboeken en te analyseren of deze verschillen het gevolg zijn van verschillen tussen de landen, of dat sprake is van andere beleidskeuzes die mogelijk een slimmere oplossing bieden voor de verschillende onderdelen van de bestrijding.
- In de tweede plaats moeten Nederlandse draaiboeken in overeenstemming zijn met de internationale richtlijnen van de EU en de WHO, dan wel moet expliciet beargumenteerd worden waarom ons land van deze richtlijnen afwijkt. Dit is niet alleen belangrijk omdat deze richtlijnen als internationale standaard worden beschouwd, maar het is ook van maatschappelijk en politiek belang. In crisissituaties kan immers het vertrouwen van de bevolking in het handelen van de overheid al snel onder druk komen te staan als mocht blijken dat Nederland een andere koers volgt dan internationaal wordt aanbevolen.

Het 'doorrekenen' van de draaiboeken aan de hand van mathematische modellen
Mathematische modellen zijn in de laatste jaren sterk verbeterd. Vooral naar aanleiding van recente dreigingen als pokken, SARS en pandemische influenza is veel literatuur verschenen waarin getracht is het beloop van de epidemie te schetsen en de invloed hierop van bestrijdingsmaatregelen.
Uit dergelijke analyses kan het volgende worden afgeleid:

- Het beloop van de epidemie over de tijd en daarmee de periode waarin de meeste zieken te verwachten zijn.
- De maatregelen die het meeste effect hebben op het beloop van de epidemie en hoe gevoelig deze maatregelen zijn voor wat betreft hun effect voor onvolledige of niettijdige uitvoering.
- De effectiviteit van alternatieve maatregelen.
- Welke factoren het meest bijdragen aan de onzekerheid over het beloop van de epidemie.
- De kosteneffectiviteit van maatregelen.

Niet altijd bieden de modellen uitkomst: nadat internationaal opnieuw belangstelling was ontstaan voor pokken vanwege de dreiging van bioterrorisme, ontstond een grote controverse over de te verwachten waarde in een gedeeltelijk en deels lang geleden gevaccineerde populatie. Deze discussie was van belang voor de vraag of er al dan niet een indicatie zou kunnen ontstaan voor (re)vaccinatie tegen pokken van grote delen van de bevolking en daarmee de beslissing om grote hoeveelheden pokkenvaccin in voorraad te houden.[21]
Ook voor de bestrijding van een influenzapandemie is er discussie over de effectiviteit van bepaalde bestrijdingsmaatregelen. Mathematische modellering laat zien dat bij influenza de besmettelijkheid relatief gering is en elke maatregel met enige effectiviteit een grote invloed op het beloop kan hebben. Op grond van deze bevinding kan zelfs overwogen worden om maatregelen in te zetten waarvan de werkzaamheid maar beperkt is aangetoond, zoals het in het openbaar dragen van mond/neusmaskers.

De implementatie van de draaiboeken op nationaal niveau

Het gaat hierbij om maatregelen die op nationaal niveau getroffen moeten worden om de in het draaiboek beschreven wijze van bestrijding mogelijk te maken. Voorbeelden zijn het aanleggen van voorraden vaccins en antivirale middelen.
De ervaring leert dat na het verdwijnen van de actuele dreiging de belangstelling voor de desbetreffende aandoening en het bijbehorende draaiboek al snel verflauwt, waardoor het moeilijk is om voldoende tijd en middelen te blijven besteden om de nog noodzakelijke maatregelen te nemen. Dit wordt extra bemoeilijkt omdat het vaak om maatregelen gaat die interdepartementale besluitvorming vergen (bijvoorbeeld inzet landelijke hulpdiensten) of ogenschijnlijk simpel zijn, maar in praktijk lastig uit te voeren.[22]
Het ministerie van VWS moet een systematiek ontwerpen waarmee het de implementatie kan volgen en knelpunten tijdig signaleert. Transparantie is hierbij van belang om ook politiek en maatschappelijk een goed beeld te geven van de wijze waarop ons land daadwerkelijk is voorbereid op epidemieën. Wanneer deze duidelijkheid ontbreekt, ontstaat op grond van het draaiboek al snel de indruk dat Nederland 'klaar' is, terwijl mogelijk aan een aantal voorwaarden voor de uitvoering van het draaiboek niet is voldaan.
Overigens zijn hierbij keuzes mogelijk: het ministerie kan besluiten bepaalde maatregelen (nu nog) niet te treffen, bijvoorbeeld omdat de hiermee gepaard gaande investeringen te hoog zijn. Voorwaarde is dan wel dat duidelijk is om welke maatregelen het gaat en hoeveel tijd het kost om deze alsnog te nemen wanneer de dreiging dit noodzakelijk maakt.

Implementatie van de draaiboeken op regionaal niveau

Om de draaiboeken uit te kunnen voeren zullen ook op regionaal niveau voorzieningen moeten worden getroffen. Hiertoe moeten – in navolging op de ervaring die met de implementatie van de influenzadraaiboeken is opgedaan – landelijke criteria worden opgesteld, zodat de inspectie de implementatie kan toetsen en een uniforme uitvoering geborgd is.
De Regionaal Geneeskundige Functionarissen zijn primair verantwoordelijk voor deze implementatie, in nauwe samenwerking met de afdelingen infectieziekten van de GGD'en.

Het beoefenen en testen van de draaiboeken op nationaal en regionaal niveau

De oefeningen vormen een essentieel onderdeel van een verantwoorde voorbereiding op grootschalige uitbraken. Het oefenen is des te noodzakelijker omdat ons land in de recente geschiedenis niet meer te maken heeft gehad met omvangrijke epidemieën en daardoor ontbreekt ervaring met de bestrijding.
In dit verband merkt de inspectie op dat een robuuste infrastructuur voor de infectieziektebestrijding in normale tijden weliswaar een noodzakelijke voorwaarde vormt om adequaat op te kunnen schalen[23], maar dat dit op zich niet voldoende is. Bij een grootschalige uitbraak zijn immers maatregelen nodig die in omvang en aard wezenlijk verschillen met de activiteiten die uitgevoerd worden bij de normale infectieziektebestrijding als gevolg van de relatief lage incidentie van ernstige infectieziekten in ons land. Zo zullen veel artsen infectieziekten in ons land nog nooit een grootschalige uitbraak van infectieziekten hebben meegemaakt.
Op centraal niveau moeten oefenscenario's worden ontwikkeld, evenals een systeem om de evaluaties van deze oefeningen te benutten om de draaiboeken bij te stellen. Ook moeten op landelijk en lokaal niveau voldoende (bestuurlijke en/of financiële) voorzieningen getroffen worden om deelname aan oefeningen van alle ketenpartners te

stimuleren. Tenslotte is het nodig om processen onverwacht te testen, om te zien of deze ook goed gaan als er geen voorbereiding aan vooraf is gegaan.

Actualisering van de draaiboeken
Nieuwe inzichten kunnen leiden tot de noodzaak de draaiboeken te actualiseren. Hiertoe moet een werkwijze worden vastgesteld die expliciteert op welke wijze dit plaatsvindt. Het gaat daarbij overigens niet alleen om de keuze van de verschillende maatregelen voor de bestrijding, maar ook om een regelmatige controle of uitvoering van de beschreven maatregelen nog steeds mogelijk is. Zo bleek tijdens de laatste polio-epidemie in 1992 dat het RIVM de eerder vastgestelde voorraad monovalente oraal poliovaccin niet voor gebruik gereed kon maken waardoor een acuut tekort aan vaccin ontstond.[24] Het ministerie was niet op de hoogte van dit probleem.

3.4 Draaiboeken voldoen niet aan de kwaliteitseisen

De inspectie heeft drie recente draaiboeken getoetst aan de in paragraaf 3.3.2 genoemde kwaliteitseisen.
Het gaat om de draaiboeken pokken, SARS en pandemische influenza.

3.4.1 Pokken

Toen de dreiging van bioterrorisme duidelijk werd na de gebeurtenissen in de Verenigde Staten in 2001 en na het uitbrengen van het eerste advies van de Gezondheidsraad over dit onderwerp[23] heeft het bureau LCI een draaiboek pokken opgesteld. Dit draaiboek voorzag in eerste instantie alleen in ringvaccinatie, ondanks het besluit van de regering een voorraad pokkenvaccin te produceren die genoeg is om de gehele bevolking te vaccineren. Vanwege de dreiging van de oorlog in Irak heeft GGD Nederland met spoed een draaiboek massavaccinatie opgesteld. Het ministerie van VWS heeft aan de regio's gevraagd maatregelen te treffen om dit draaiboek binnen enkele maanden te implementeren.
Inmiddels zijn beide draaiboeken samengevoegd en is het onderdeel ringvaccinatie beter uitgewerkt. De laatste versie dateert van april 2003.[25]
Opvallend is dat nergens in dit draaiboek vermeld staat op welke wijze het draaiboek tot stand is gekomen, wanneer en door wie het is vastgesteld, welke kwaliteitsborgende maatregelen zijn genomen en wanneer actualisatie is voorzien.

Toetsing van het draaiboek door de Gezondheidsraad
De Gezondheidsraad heeft twee adviezen over bioterrorisme uitgebracht.[23,26].
In het tweede advies gaat de Raad uitgebreid in op de dreiging van pokken. Hierbij komen in het bijzonder de kwaliteit van vaccins met het oog op bijwerkingen en de vaccinatiestrategie aan de orde.
De Raad heeft de draaiboeken als zodanig niet getoetst, noch in de commissie die de adviezen over bioterrorisme heeft voorbereid, noch in de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit.
De enige conclusie die nu kan worden getrokken is dat het nu vigerende draaiboek niet in strijd is met de adviezen van de Gezondheidsraad over bioterrorisme.

Toetsing van het draaiboek door het Landelijk Overleg Infectieziekten
Het LOI heeft tweemaal gesproken over het draaiboek pokken. Dit is gebeurd in de vergaderingen van 5 november 2002 en in de vergadering van 11 maart 2003.

In de eerste bijeenkomst is toelichting gegeven op de voorbereiding van het draaiboek en is een aantal onderwerpen genoemd die in het draaiboek aan de orde komen.
In de vergadering van maart zijn het protocol en het draaiboek pokken inhoudelijk besproken en vastgesteld. Het ging daarbij overigens niet om het draaiboek massavaccinatie pokken, maar om de eerdere versie waarin de massavaccinatie nog niet was verwerkt.
In drie latere vergaderingen verwijst het verslag naar het draaiboek massavaccinatie pokken, waarbij de deelnemers aan het overleg worden opgeroepen schriftelijk op de tekst van het draaiboek te reageren. In het LOI van 9 maart 2004 wordt bij de bespreking van de actiepuntenlijst geconstateerd dat geen van de LOI-leden aanmerkingen heeft ingestuurd.
Een inhoudelijke bespreking van dit draaiboek heeft niet plaatsgevonden.

Toetsing van het draaiboek door de Raad van Regionaal Geneeskundige Functionarissen
Uit de verslagen van de Raad van Regionaal Geneeskundige Functionarissen (RGF'en) blijkt dat de Raad éénmaal op 13 februari 2003 over het draaiboek pokkenvaccinatie heeft gesproken. Er is toen voornamelijk gesproken over aspecten van openbare orde en veiligheid en de politie-inzet, in het bijzonder over het risico dat ontstaat wanneer bij calamiteiten regionaal ingeplande politiecapaciteit door de centrale overheid wordt geclaimd voor andere taken.
Van een inhoudelijke systematische bespreking of toetsing van het draaiboek is in de verslagen van de Raad niets terug te vinden.

Toetsing van de draaiboeken aan buitenlandse voorbeelden
Bij het opstellen van het draaiboek pokken is gebruikgemaakt van buitenlandse voorbeelden, in het bijzonder uit de VS en het Verenigd Koninkrijk. Ook voor dit draaiboek geldt dat de westerse landen min of meer gelijktijdig bezig zijn geweest deze draaiboeken op te stellen. Toetsing van de laatste versie van het draaiboek aan buitenlandse voorbeelden heeft niet plaatsgevonden.

Het 'doorrekenen' van de draaiboeken aan de hand van mathematische modellen
Toetsing van het draaiboek aan de hand van wiskundige modellering heeft nog niet plaatsgevonden. Wel heeft de inspectie hiertoe opdracht gegeven aan het RIVM.[27]
De rapportage hierover verschijnt op 15 januari 2006.

De implementatie van de draaiboeken op nationaal niveau
Voor de bestrijding van pokken is op nationaal niveau een aantal maatregelen getroffen. De belangrijkste zijn:
- De Infectieziektewet is aangepast, zodat maatregelen als quarantaine en medisch toezicht wettelijk mogelijk zijn.
- Het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) heeft 20 miljoen doses vaccin aangemaakt en maatregelen getroffen om de vaccins te kunnen toedienen, waaronder de vervaardiging van 20 miljoen speciale naalden. Ook heeft het NVI een draaiboek om het materiaal snel te kunnen distribueren.
- Er is een voorraad van het antivirale middel Cidofovir aangelegd om ernstige bijwerkingen van vaccinatie te kunnen behandelen.
- Er is een voorraad van 35 miljoen speciale pleisters aangeschaft en opgeslagen die nodig zijn om na vaccinatie de prikplek te bedekken om secundaire verspreiding van Vaccinia tegen te gaan.
- Sanquin produceert Vaccinia Immunoglobuline dat eveneens bedoeld is voor de behandeling van ernstige bijwerkingen van vaccinatie. Het gaat daarbij om een

hoeveelheid die voldoende is om de bijwerkingen van twee tot drie omvangrijke ringvaccinaties te kunnen behandelen.

Er is ook een aantal maatregelen nog niet getroffen, onder meer:
- De centrale opvangcapaciteit in het calamiteitenhospitaal is nog onvoldoende geregeld waardoor niet duidelijk is of de beoogde 30 eerste patiënten ook daadwerkelijk in dit ziekenhuis verzorgd kunnen worden. Onder meer ontbreekt er een microbiologisch laboratorium in het calamiteitenhospitaal waardoor in de huidige situatie (potentieel) besmettelijk materiaal door het Universitair Medisch Centrum Utrecht vervoerd moet worden. Dit brengt extra risico's met zich mee voor verspreiding van de ziekte.
- Internationale afstemming, in het bijzonder met België en Duitsland, is nog gaande. Weliswaar blijken de draaiboeken in hoofdlijnen overeen te stemmen, maar bij de uitwerking zijn er verschillen die bij uitvoering tot problemen kunnen leiden.
  Zo verstaat Nederland onder vaccinatie van 'first responders' een aantal van ongeveer 300 hulpverleners, terwijl Duitsland uitgaat van 1,5 miljoen personen. Daardoor kan in Duitsland al in een vroeg stadium van gedeeltelijke massavaccinatie worden gesproken. België heeft nog steeds niet de beschikking over voldoende vaccins om de eigen bevolking te kunnen vaccineren.

Overleg tussen het ministerie van VWS en GGD Nederland heeft geleid tot het opstellen van een zogenaamde A- en B-lijst. Daarin is aangegeven welke maatregelen nu al uitgevoerd kunnen worden (A-lijst) en welke pas genomen zullen worden wanneer sprake is van een werkelijke dreiging (B-lijst).
Voor een deel van de maatregelen die op de B-lijst voorkomen is niet duidelijk hoe lang het duurt voordat deze uitgevoerd kunnen worden. Daarmee is ook niet duidelijk welke risico's er zijn voor de volksgezondheid wanneer deze maatregelen nog niet zijn uitgevoerd bij een uitbraak van pokken.
Het ministerie van VWS is formeel belast met de regie over de uitvoering van de maatregelen op de A-lijst. Omdat terugrapportage aan het BAO ontbreekt, is niet systematisch na te gaan hoeveel voortgang het ministerie hiermee maakt.

Implementatie van de draaiboeken op regionaal niveau
De Octaaf Adviesgroep heeft in opdracht van de inspectie in drie rondes de regionale implementatie van het draaiboek massavaccinatie pokken getoetst met als vraagstelling: "Is het draaiboek massavaccinatie pokken per 1 april 2003 voldoende uitgewerkt om met behulp van GHOR opschaling de beoogde doelstelling te bereiken?"
Octaaf heeft de resultaten op 2 mei 2003 in Utrecht gepresenteerd. Het ging daarbij om in totaal 30 draaiboeken.
De resultaten destijds waren als volgt:
1 Bestuur en samenwerking
   - Alle draaiboeken zijn afgestemd met politie, brandweer en gemeenten.
   - De voor uitvoering noodzakelijke ketenpartners zijn betrokken.
   - In een enkele regio is onvoldoende duidelijkheid over besluitvorming en uitvoering van het draaiboek.
2 Locatiekeuze voor vaccinatie, en personeel
   - In alle regio's zijn vaccinatie locaties bepaald.
   - In 8 regio's is onvoldoende uitgewerkt hoe men voorziet in voldoende personeel.
   - In 10 regio's ontbreekt de scholing van degenen die de vaccinaties moeten uitvoeren.

- In 4 regio's maakt het draaiboek geen melding van prevaccinatie van de direct betrokken hulpverleners.

3 Regionale opslag en distributie van het vaccin en ander benodigd materiaal
- In 5 regio's is de regionale opslagplaats voor materiaal en vaccin nog niet bekend.
- In 10 regio's is de benodigde hoeveelheid vaccin en materiaal niet bepaald.
- In ongeveer de helft van de regio's is geen plan aanwezig hoe men zal voorzien in de door de regio te organiseren hulpmiddelen.

4 Lokale inrichting vaccinatie locatie
- 26 regio's hebben grondplannen opgenomen voor de inrichting van de priklocaties.
- De middelen per priklocatie zijn in tweederde van de regio's bepaald.
- Catering, schoonmaak en afvalverwerking zijn vrijwel overal beschreven.

5 Oproepen en de uitvoering van vaccinatie
- In bijna alle regio's is het oproepen van de bevolking op basis van de postcode uitgewerkt.
- Het vaccinatieproces voor niet mobiele groepen is in 8 regio's nog niet uitgewerkt.

6 Communicatie en voorlichting
- 26 regio's hebben een regionaal communicatieplan in het draaiboek opgenomen; dit plan sluit aan bij het landelijke communicatieplan.

7 Registratie
- 11 regio's hebben de registratie onvoldoende of niet uitgewerkt.
- In 23 regio's is de registratie van het aantal gevaccineerden uitgewerkt.
- Registratie van onderdelen als de vaccinatiecontrole, revaccinatie en post-vaccinatie verschijnselen is bijna in de helft van de regio's niet uitgewerkt.

Het beoefenen van de draaiboeken op nationaal en regionaal niveau

De volgende oefeningen met het pokkendraaiboek zijn bekend bij de inspectie:
- Een oefening in Vaals op 10 maart 2005 waaraan de Benelux-landen en Duitsland deelnamen.
- Twee oefeningen op kabinetsniveau in april 2002 en januari 2004.
- Een oefening op VWS in de vorm van een workshop in maart 2002.
- Twee oefeningen in de regio Holland Midden en één oefening in de regio IJssel-Vecht.
- In 2007 is een oefening op EU-niveau voorzien.

Het is de inspectie niet bekend of de evaluaties van de oefeningen aanleiding hebben gegeven tot bijstelling van het nationale of van de regionale draaiboeken. Ook is niet duidelijk of en zo ja, het uitwisselen van ervaringen tussen regio's wordt gefaciliteerd door het landelijk bureau van de Raad van RGF'en.
Tenslotte is er geen oefenplan en –scenario ontwikkeld dat in het bijzonder de regio's kan ondersteunen bij het organiseren van een simulatie van een pokkenuitbraak.

Actualisering van de draaiboeken

Het landelijk draaiboek massavaccinatie pokken vermeldt "een actieve update van het landelijk draaiboek, aanvankelijk over 2 maanden; vanaf najaar 2003 halfjaarlijks".
Het is de inspectie niet bekend of deze actualisering daadwerkelijk plaatsvindt.
Het draaiboek pokken op de website van de LCI dateert uit april 2003.

3.4.2 SARS

Omdat het bij SARS om een nieuwe aandoening ging met een dreiging van snelle wereldwijde verspreiding heeft het bureau LCI in snel tempo draaiboeken opgesteld. In ons land is ervoor gekozen om vanwege de tijdsdruk twee draaiboeken op te stellen: SARS I en II.
Het draaiboek SARS I richt zich op sporadische introductie van de ziekte in ons land met een beperkte verspreiding. SARS II richt zich op grootschalige verspreiding van het SARS-coronavirus.
De laatste versie van SARS I dateert uit december 2003, van SARS II uit augustus 2004.

Toetsing van het draaiboek door de Gezondheidsraad
De Beraadsgroep Infectie en Immuniteit heeft de draaiboeken niet getoetst.

Toetsing van het draaiboek door het Landelijk Overleg Infectieziekten
De draaiboeken SARS zijn vijf keer aan de orde geweest in de bijeenkomsten van het LOI.

- Op 13 mei 2003 is in informatieve zin over de ziekte gesproken. Het verslag verwijst naar een aparte bijeenkomst voor GGD-artsen en -verpleegkundigen op 16 mei waar SARS uitvoerig wordt besproken.
- Op 24 juni 2003 spreken de deelnemers aan het overleg kort over SARS naar aanleiding van het verslag van de vergadering van 13 mei en besluiten het draaiboek SARS I in het LOI te bespreken.
- In de bijeenkomst op 9 september 2003 vindt de bespreking van het draaiboek plaats. Het verslag vermeldt dat alle opmerkingen verwerkt worden waarna het draaiboek 'definitief' wordt.
- Op 4 november 2003 bespreekt het LOI het draaiboek SARS II, waarna de vergadering het document vaststelt.
- Tenslotte vindt op 12 oktober 2004 een bespreking plaats van het kortschrift SARS van de inspectie. De deelnemers spreken over de nog resterende knelpunten die in het kortschrift benoemd worden.

Uit bovenstaande blijkt dat het LOI beide draaiboeken besproken en vastgesteld heeft.

Toetsing van het draaiboek door de Raad van RGF'en
De Raad heeft twee maal gesproken over SARS: in de vergaderingen van 24 juni 2003 en in de vergadering van 17 juni 2004.
In 2003 stelt één van de deelnemers aan het overleg vragen over het treffen van noodmaatregelen en voorzieningen op het gebied van isolatie in het geval van een SARS uitbraak. Het bureau van de Raad blijkt van mening te verschillen met VWS over de juridische mogelijkheden om een gebouw te vorderen. Uit het verslag blijkt niet wat met dit meningsverschil gedaan is.
In 2004 merkt één van de deelnemers op dat "de inspectie met SARS II heeft aangegeven dat GGD'en niet operationeel hoeven te zijn voorbereid op een situatie waarbij sprake is van drie tot vier SARS gevallen in de regio". Deze opmerking wordt niet tegengesproken wat merkwaardig is, omdat de inspectie juist de implementatie van SARS I in de regio's getoetst heeft, waarbij als uitgangspunt geldt dat de regio moet zijn voorbereid op een beperkte uitbraak van SARS. Verder vermeldt het verslag dat "de Raad informeel te kennen heeft gegeven niet akkoord te kunnen gaan met het SARS draaiboek zoals dit door VWS wordt vastgesteld, omdat een aantal beslispunten niet is afgehandeld." Het verslag maakt niet duidelijk om welke beslispunten het gaat.

Evenmin is duidelijk of het niet akkoord gaan nog gevolgen heeft gehad. Tenslotte maakt het verslag melding van een poging van de Raad een "zo goed mogelijk (pragmatisch) hanteerbaar draaiboek aan te leveren waarop later inhoudelijk wordt teruggekomen". Bij de inspectie is een dergelijk draaiboek niet bekend en in latere verslagen komt de Raad niet op dit punt terug.
In de verslagen is niets terug te vinden van een systematische inhoudelijke bespreking of toetsing van de draaiboeken SARS I en II.

Toetsing van de draaiboeken aan buitenlandse voorbeelden
Toetsing van de Nederlandse draaiboeken aan buitenlandse voorbeelden en aan de hand van evaluaties van de bestrijding in andere landen heeft voor zover bij de inspectie bekend is niet plaats gevonden.
Toetsing is in het geval van SARS bijzonder belang:
- Onder druk van de omstandigheden heeft het bureau LCI de draaiboeken snel opgesteld zonder dat aanvankelijk nog veel bekend was over deze nieuwe ziekte.
- Landen met veel SARS patiënten hebben de bestrijding van de epidemie uitgebreid geëvalueerd. Dit geldt in het bijzonder voor Canada en Hong Kong.

Het 'doorrekenen' van de draaiboeken aan de hand van mathematische modellen
Toetsing van het draaiboek aan de hand van wiskundige modellering heeft nog niet plaatsgevonden. Wel heeft de inspectie hiertoe opdracht gegeven aan het RIVM.[27]
De rapportage hierover verschijnt volgens opgave van het RIVM in het najaar van 2005.
De inspectie is vooral geïnteresseerd in het verwachte effect van het in Nederland gekozen beleid om de ziekenhuizen zoveel mogelijk te vrijwaren van SARS-patiënten en deze groep ofwel thuis te behandelen of in speciaal daartoe aangewezen ziekenhuizen (te beginnen met het calamiteitenhospitaal in Utrecht). Uit de analyse van het beloop van de epidemie in vooral Hong Kong en Taiwan bleek immers dat ziekenhuizen de voornaamste bron van verspreiding vormden.

De implementatie van de draaiboeken op nationaal niveau
Het draaiboek SARS I is op nationaal niveau voldoende geïmplementeerd. Patiënten die verdacht worden van SARS kunnen centraal worden opgenomen in het calamiteiten-hospitaal in Utrecht, het Leids Universitair Medisch Centrum en het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, zodat in principe andere ziekenhuizen zo veel mogelijk gevrijwaard worden van SARS. Het RIVM beschikt over adequate diagnostische voorzieningen.
Tijdens de epidemie bleek het moeilijk afspraken te maken met luchtvaart-maatschappijen.
Deze afspraken hadden betrekking op drie punten:
- De controle van passagiers op ziekteverschijnselen voor vertrek.
- Het informeren van passagiers over de te volgen handelwijze bij ziekteverschijnselen na aankomst op de plaats van bestemming.
- De gang van zaken wanneer bij een zieke passagier aan boord de verdenking op SARS bestaat.

Alleen met Nederlandse maatschappijen bleken goede afspraken te maken te zijn. Tijdens een vlucht met een KLM toestel van Hong Kong naar Amsterdam is één keer daadwerkelijk het protocol bij verdenking op SARS in werking gesteld. Hoewel direct na aankomst op Schiphol uitgesloten kon worden dat betrokkene aan SARS leed bleek

het protocol naar bevrediging te functioneren, zoals de inspectie uit eigen observatie heeft kunnen vaststellen.
Bij buitenlandse maatschappijen doet zich het probleem voor dat de landen van bestemming elk afzonderlijk eisen stellen en ieder met voorlichtingsmateriaal en formulieren komen. Dit is voor bijvoorbeeld een grote maatschappij uit China niet meer te hanteren. Om dit dilemma op te lossen heeft de Commissie van de EU het initiatief genomen om voor alle EU landen uniforme procedures en schriftelijk materiaal te ontwikkelen.[28] De Commissie heeft eveneens toegezegd hierover op EU-niveau afspraken te maken met de luchtvaartmaatschappijen.
Mede naar aanleiding van de gebeurtenissen rond SARS heeft op 15 februari 2004 op initiatief van de inspectie een bijeenkomst plaatsgevonden om de procedures ten aanzien van de toepassing van de quarantainewet op Schiphol nader te expliciteren.
Ten aanzien van SARS II is besloten met implementatie te wachten tot zich opnieuw een daadwerkelijke dreiging van SARS voordoet en te volstaan met het draaiboek dat is opgesteld. Dit geldt zowel voor het nationale als het regionale niveau.

Implementatie van de draaiboeken op regionaal niveau

De inspectie heeft in het najaar van 2003 onderzoek verricht naar de regionale implementatie van het draaiboek SARS I[4] De inspectie heeft de GGD'en getoetst aan de hand van criteria die de inspectie in samenwerking met het bureau LCI heeft opgesteld. Het ging daarbij om 34 te treffen maatregelen. In januari 2004 bleken alle GGD'en op twee vereisten na aan de criteria te voldoen.
De twee resterende punten hebben betrekking op de diagnostiek en de samenwerking met de huisartsen.
In het draaiboek is het afnemen van diagnostisch materiaal bij van SARS verdachte patiënten in de thuissituatie toebedeeld aan de GGD. Het afnemen van een goede neuswat vereist echter een vaardigheid waarover GGD medewerkers niet vanzelfsprekend beschikken. Omdat bevestiging of uitsluiting van de diagnose SARS van groot belang is, moet gewaarborgd worden dat afname van patiëntenmateriaal op adequate wijze gebeurt.
Bij de samenwerking met de huisartsen doet zich een algemeen probleem voor dat de Districts Huisartsen Verenigingen voor regionale samenwerking van huisartsen niet meer functioneert, zodat op regionaal niveau vaak geen vertegenwoordiging van huisartsen meer (herkenbaar) aanwezig is. Dit bemoeilijkt de afstemming met de huisartsen, terwijl de eerstelijnszorg een volwaardige schakel vormt binnen de geneeskundige hulpverlening bij epidemieën.

Het beoefenen van de draaiboeken op nationaal en regionaal niveau

In de regio's Fryslan, IJssel-Vecht (2x), Noord- en Oost-Gelderland, Gelderland Zuid (3x), Haaglanden (2x) en Noord- en Midden-Limburg zijn op regionaal niveau oefeningen gehouden.

Actualisering van de draaiboeken

De meest recente versie van het draaiboek SARS I dateert van december 2003. Een herziene versie van SARS II is in augustus 2004 verschenen.
Geen van beide draaiboeken vermelden een termijn waarop actualisering zou moeten plaatsvinden.

3.4.3 Influenza

Nederland werd in het voorjaar van 2003 opgeschrikt door een epidemie van aviaire influenza. Het virus bleek in staat mensen te besmetten en voornamelijk conjunctivitis te veroorzaken. Uit angst voor recombinatie met circulerende humane influenza-stammen heeft het ministerie van VWS op advies van het Outbreak Management Team (OMT) besloten alle direct betrokkenen tegen influenza te vaccineren en profylactisch oseltamivir toe te dienen.
Onderzoek van de inspectie heeft een groot aantal tekortkomingen aan het licht gebracht bij de uitvoering van deze maatregelen in de desbetreffende regio's.[17]
Deze tekortkomingen betroffen onder meer het volgende:

- Een verschil tussen de regelingen die op papier zijn getroffen en de daadwerkelijke uitvoering van de maatregelen. De aanpak maakte een onprofessionele indruk.
- Onvoldoende controle op de toediening van oseltamivir. Er was geen zicht op de totale populatie die risico liep en welke deel was beschermd.
  Ten aanzien van ruimers en anderen die op besmette terreinen kwamen werd niet gecontroleerd of betrokkenen oseltamivir slikken.
  Er was een beperkte registratie van de (uitgifte van) medicatie;
- Basale activiteiten als het bijhouden van de temperatuur van de koelkast, de registratie van de voorraad vaccins en de afvoer van gebruikte naalden waren niet op orde.

Mede naar aanleiding van deze bevindingen en de toenemende dreiging van een influenzapandemie heeft het ministerie van VWS GGD Nederland de opdracht gegeven om in samenwerking met het bureau LCI en het bureau van de Raad van RGF'en drie draaiboeken op te stellen:

- Draaiboek aviaire influenza.
- Draaiboek incidentele introductie pandemische influenza.
- Draaiboek influenza pandemie.

Bij dit laatste draaiboek betreft het een actualisering van het draaiboek dat het ministerie al in 1999 heeft opgesteld. Deze draaiboeken zijn in oktober 2004 gereed gekomen.

Toetsing van het draaiboek door de Gezondheidsraad

In februari 2005 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over het gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een grieppandemie.[29] Dit advies is vooraf gegaan door een deeladvies dat een jaar eerder is uitgebracht.[30] De draaiboeken zijn in overeenstemming met deze adviezen.
Formele toetsing van de draaiboeken als zodanig door de Gezondheidsraad heeft niet plaatsgevonden.

Toetsing van het draaiboek door het Landelijk Overleg Infectieziekten

Het LOI heeft op 13 mei 2003 inhoudelijk gesproken over vogelpest naar aanleiding van een voordracht over de activiteiten van de Hulpverleningsdienst Gelderland Midden. De tekst van de voordracht is integraal bij het verslag gevoegd. Het verslag vermeldt niets over een op te stellen draaiboek.
Het protocol Aviaire Influenzavarianten is op de bijeenkomst van 9 maart 2004 besproken en vastgesteld.
Op de bijeenkomst van 22 juni 2004 zijn de rapportages van IGZ over de gang van zaken tijdens de vogelpest bij de Hulpverleningsdienst Gelderland Midden en de GGD Noord- en Midden-Limburg besproken. De deelnemers hebben in het bijzonder

gesproken over de problemen bij opschaling en het Arbo-aspect bij de aanpak van vogelpest.
De enige verwijzing naar de draaiboeken is te vinden in het verslag van de bijeenkomst van 14 september 2004 dat bij de rondvraag vermeld dat de vergadering geen behoefte heeft aan een aparte bijeenkomst om over de implementatie van de draaiboeken te spreken.
Uit bovenstaande volgt dat de draaiboeken influenza niet in het LOI besproken of vastgesteld zijn.

Toetsing van het draaiboek door de Raad van RGF'en
De Raad van RGF'en heeft de draaiboeken besproken in haar vergaderingen van 12 februari 2004, 17 juni 2004 en 26 november 2004. Hierbij is gesproken over de door VWS beschikbaar gestelde extra financiële middelen, de procedure voor het opstellen van de draaiboeken, de projectopzet, de voortgang bij het opstellen van de modeldraaiboeken en over de vraag of de RIVM-rapportage over de aviaire influenza in 2003 aanleiding is het modeldraaiboek bij te stellen.
De Raad van RGF'en heeft criteria opgesteld voor de regionale implementatie van de drie landelijke modeldraaiboeken.[31] Opmerkelijk is dat in de verslagen niets is terug te vinden over bespreking van deze criteria, noch inhoudelijk noch procedureel, terwijl gekozen is om niet alle criteria uit de LCI-draaiboeken over te nemen.
Evenmin blijkt uit de verslagen of de draaiboeken systematisch besproken of getoetst zijn. Ook dit is opmerkelijk omdat VWS aan GGD Nederland, het bureau van de LCI en het bureau van de Raad heeft verzocht gezamenlijk de draaiboeken op te stellen.

Toetsing van de draaiboeken aan buitenlandse voorbeelden
Bij het opstellen van het influenza pandemie draaiboek is gebruikgemaakt van het WHO-modeldraaiboek. Formele toetsing aan buitenlandse voorbeelden heeft verder niet plaatsgevonden. Ook is het draaiboek nog niet herzien in het licht van het nieuwe WHO-plan dat in april 2005 gepubliceerd is.

Het 'doorrekenen' van de draaiboeken aan de hand van mathematische modellen
Het RIVM heeft al in 2001 een scenario-analyse uitgebracht over het te verwachten beloop van een influenzapandemie.[32] Dit scenario is later geactualiseerd waarbij gebruik is gemaakt van dynamische modellering.
Het scenario heeft mede ten grondslag gelegen aan het opstellen van het draaiboek pandemische influenza.
De resultaten van een eerste 'doorrekening' van de draaiboeken zijn in mei 2005 gereedgekomen.[33] Hierin concludeert het RIVM onder meer het volgende:

- Het reproductiegetal R0 is relatief laag voor influenza. Dit betekent dat maatregelen als het sluiten van scholen en hygiëne-maatregelen een relatief grote impact hebben op de verspreiding van het virus. In het huidige draaiboek zijn deze maatregelen onvoldoende beschreven.
- Ook asymptomatische personen kunnen het virus verspreiden. Dit heeft gevolgen voor de maatregelen die bij incidentele introductie van het pandemische virus genomen moeten worden ten aanzien van directe contacten van de patiënt. Ook deze bevinding is aanleiding het desbetreffende draaiboek op dit onderdeel nog eens kritisch te bezien.

De implementatie van de draaiboeken op nationaal niveau

Voor de implementatie van de draaiboeken zijn inmiddels een aantal voorzieningen getroffen.
De belangrijkste is het besluit van het kabinet om vijf miljoen kuren neuramidase-remmers aan te schaffen voor vroeg-therapeutische behandeling bij pandemische influenza. Hiermee is volgens berekeningen van het RIVM zeer aanzienlijke gezondheidswinst te behalen en bovendien zal de piekbelasting voor de zorg veel minder zijn, zodat in het bijzonder overbelasting van ziekenhuizen tegengegaan kan worden.[18]
Het ministerie verwacht dat de kuren in 2007 beschikbaar komen, afhankelijk van de uitkomst van de Europese aanbesteding.
Twee belangrijke zaken zijn nog niet geregeld:

- Het opstellen van een distributieplan voor de huidige en toekomstige voorraad neuramidase-remmers. Omdat de meerderheid van de kuren in bulk wordt geleverd zal in Nederland voor bereiding van individuele doseringen gezorgd moeten worden.
- Het maken van bindende afspraken met een vaccinproducent om zo snel mogelijk vaccins te leveren die bescherming bieden tegen de pandemische stam.

Implementatie van de draaiboeken op regionaal niveau

Naar aanleiding van het verschijnen van de landelijke draaiboeken heeft de Raad van RGF'en criteria opgesteld voor regionale implementatie van de draaiboeken. De RGF'en (en niet de GGD'en) zijn nu voor het eerst verantwoordelijk gesteld voor de implementatie van draaiboeken die zijn opgesteld voor de bestrijding van epidemieën. In januari 2005 moest de implementatie gereed te zijn.
De inspectie heeft het eerste half jaar van 2005 een onderzoek ingesteld naar de regionale implementatie van de draaiboeken. De rapportage zal naar verwachting in september 2005 verschijnen.
De belangrijkste bevindingen zijn:

- Er is in korte tijd veel voortgang gemaakt. Alle regio's hebben de voorbereiding serieus ter hand genomen. De opdrachtverlening was beter dan bij het draaiboek massavaccinatie pokken.
- Er zijn onvoldoende prikkels voor zorginstellingen om medewerking te verlenen aan de voorbereidingen op een pandemie van influenza. Hierdoor is het moeilijk voor de GHOR-bureaus om te zorgen voor borging van afspraken. Een extra complicatie vormt het wegvallen van regionale structuren voor huisartsen waardoor het overleg met deze beroepsgroep ernstig bemoeilijkt wordt.
  In dit verband is het van belang op te merken dat VWS verzuimt heeft tevoren te overleggen met de koepels van de zorginstellingen en via hen medewerking te bevorderen.
- De wijze van voorbereiding door de GHOR kenmerkt zich door een grote mate van schriftelijke protocollering. De GHOR toetst onvoldoende of de in de draaiboeken beschreven processen ook daadwerkelijk toegepast kunnen worden. Er is te weinig aandacht voor follow-up van taken die aan anderen zijn gedelegeerd. Draaiboeken zijn ook vrijwel nooit door derde partijen geaccordeerd. Hierdoor wordt nog onvoldoende zichtbaar waar de werkelijke knelpunten zullen optreden bij het toepassen van de draaiboeken.
- In het verlengde van bovenstaande bevinding constateert de inspectie dat de vaak omvangrijke draaiboeken slechts in een enkel geval zijn aangevuld met handzame stappenplannen of stroomschema's voor de ketenpartners. De inspectie heeft daarom twijfels over de praktische gebruikswaarde van draaiboeken (en de daarin vastgelegde procedures) voor derden.

- De inspectie heeft de indruk dat veel regio's de zorgvraag onderschatten, omdat niet of nauwelijks rekening gehouden wordt met de hulpvraag van de 'worried well' en anticiperend gedrag van burgers bij verwachte schaarste van in het bijzonder intramurale zorg. Ook lijkt de schaarste die zich mogelijk tijdens een pandemie zal voordoen, vooral wanneer het gaat om ziekenhuisbedden en IC-bedden, onvoldoende te zijn geadresseerd in de draaiboeken. Triage-systemen zijn vaak niet uitgewerkt mede omdat men precieze criteria verwacht van de landelijke overheid. Hiermee is één van de belangrijkste knelpunten die zich kunnen voordoen bij een pandemie, niet opgelost.
- Er is in de draaiboeken weinig aandacht voor het garanderen van de continuïteit van de inzet. Dit geldt voor de eigen GHOR-bureaus maar ook ten aanzien van de ziekenhuizen en al helemaal voor vitale functies buiten de zorg. Vooral GHOR-bureaus die niet zijn ingebed in een GGD zijn kwetsbaar.
- Het wordt uit de draaiboeken niet duidelijk hoe tijdens een pandemie de vraag naar diagnostiek zal verlopen en op welke wijze aan deze vraag tegemoet gekomen kan worden. Het beeld in de regio's is dat de vraag in het begin zal meevallen en dat in een later stadium van de pandemie het niet meer nodig is om diagnostiek te verrichten. Het is de vraag of deze verwachting terecht is.
- De landelijk opgestelde draaiboeken besteden weinig aandacht aan de mogelijke inzet van medewerkers van de thuiszorg en vrijwilligers van bijvoorbeeld het Rode Kruis terwijl de regio's hieraan veel belang hechten.
- Bij het opstellen van de regionale draaiboeken aviaire influenza verliep de samenwerking met Landbouw- en Tuin Organisatie (LTO) moeizaam. LTO is niet bereid mee te werken en schuift verantwoordelijkheden terug naar de Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV). Om redenen van privacy verschaft LTO geen informatie over pluimvee bedrijven.
- Er zijn nog teveel onduidelijkheden hoe de registratie van het beloop van een eventuele grote uitbraak van influenza of pandemie moet gaan gebeuren. Het is nog maar de vraag of Nederland in staat zal zijn inzicht te genereren in het verloop van een pandemie en de om het effect van maatregelen zoals vaccinatie goed te evalueren. Ook is er in Nederland nog onvoldoende ervaring opgedaan met het centraal registreren en analyseren van de zorgvraag en de zorgbehoefte ten tijde van een grootschalige epidemie. De kans bestaat dat hierdoor beschikbare zorgcapaciteit niet efficiënt kan worden ingezet.

De inspectie vindt dat een aantal zaken dat nu aan de regio is opgedragen, beter op nationaal niveau uitgewerkt hadden kunnen worden. Het betreft onder meer:
- Informatiepakket voor huisartsen.
- Gang van zaken rond diagnostiek.
- Informatie over pluimveebedrijven.

Op een aantal terreinen kon de regionale implementatie niet afgerond worden wegens gebrek aan duidelijkheid vanuit de landelijke overheid. Het gaat daarbij vooral om de volgende onderwerpen:
- Distributie en gebruik van antivirale middelen.
- Triagecriteria wanneer er schaarste optreedt ten aanzien van intramurale zorg.
- Het moment waarop de regio's moeten besluiten plaatselijke zorgpunten in te stellen.
- De wijze waarop landelijk de communicatie met de burgers zal verlopen.
- Inzet van landelijk operationele diensten (Korps Landelijke Politiediensten (KLPD), defensie personeel).

- Rechtspositie van vrijwilligers die bij de zorg betrokken worden.
- Grensoverschrijdende samenwerking.

Het beoefenen van de draaiboeken op nationaal en regionaal niveau

- Bij de inspectie zijn regionale oefeningen bekend die gehouden zijn in de regio Fryslan, Groningen (2x), IJssel-Vecht (4x), Zeeland, Brabant Noord, Noord- en Midden-Limburg en Zuid-Limburg.
- In de regio's Holland Midden, Rotterdam Rijnmond en Gelderland Zuid zijn een groot aantal bestuurlijke oefeningen en oefeningen door het regionale beleidsteam gehouden met influenza als scenario. Daarbij zijn (bijna) alle gemeentelijke rampenstaven en regionale beleidsstaven beoefend.
- In Overijssel is samen met de aangrenzende streek in Duitsland in het voorjaar van 2005 een oefening gehouden.

Op EU-niveau is een grote oefening voorzien in november 2005.

Actualisering van de draaiboeken

De landelijke draaiboeken maken geen vermelding van versiebeheer of actualisering. Op regionaal niveau voorzien 17 van de 23 draaiboeken in een procedure voor herziening van tenminste één keer per twee jaar, twee draaiboeken in herziening met een lagere frequentie en vier draaiboeken (nog) niet in herziening.

BIJLAGE 1 Referenties

1 Evaluatie van het signaleringsoverleg; Bijlage bij brief RIVM d.d. 19 januari 2005 met kenmerk 00044/2005 CIE HvV/MB aan de Directie Publieke gezondheid

2 M. Hosseinnia, Melding van infectieziekten door instellingen. Scriptie vervaardigd in het kader van de opleiding Sociale Geneeskunde, tak Algemene Gezondheidszorg. NSPH, Utrecht, december 2001

3 Inspectieronde Draaiboek Massavaccinatie Pokken. Presentatie 2 mei 2003. Octaaf Adviesgroep, mei 2003.

4 Kortschrift Monitoring SARS. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag, juli 2004.

5 De inspectie heeft dit onderzoek in de eerste helft van 2005 uitgevoerd. De rapportage verschijnt naar verwachting in het najaar van 2005 en wordt gepubliceerd op de website van de inspectie (www.igz.nl)

6 SM van de Plas, CC van den Wijngaard et al. Syndroomsurveillance van lage luchtweginfecties; projectvoorstel. Bijlage bij brief RIVM d.d. 28 juli 2005 met kenmerk 505/CIE/SvdP/SvdP

7 WHO. Draft Revised International Health Regulations, annex 2. Document 58/4. Geneva, mei 2005

8 Suijkerbuijck, A., JA van Vliet. Het signaleringsoverleg: signaleren van landelijke dreigingen op infectieziektegebied op het RIVM. Infectieziektebulletin 12:10 (2001)

9 Vliet, J.A. van et al. Evaluatie Signaleringsoverleg. RIVM, Brief met bijlage d.d. 19 januari 2005 met kenmerk 00044/2005 CIE HvV/MB

10 Geprotocolleerd wil zeggen dat schriftelijk is vastgelegd welke tijdschriften worden bezien op relevante literatuur.

11 Bereikbaarheid van GGD's buiten kantooruren. IGZ, Den Haag, februari 2002

12 Brief van RIVM d.d. 7 juni 2004 met kenmerk 63/04 CIE AB aan de Inspectie Gezondheidszorg

13 Swaan, C.M., P.J. Veldkamp et al. Contactonderzoek bij een patiënt met lassakoorts. Infectieziektebulletin 12:7; 223-227

14 Brief van RIVM met bijlage d.d. 28 januari 2004 met kenmerk 19/04 CIE SP aan de Inspectie voor de gezondheidszorg.

15 Het rapport zal gepubliceerd worden op de website van de inspectie: www.igz.nl

16 Neppelenbroek, S.E., M de Vries et al. "da's goed gedaan?" Woordverslag van de landelijke vaccinatiecampagne meningokokken C. GGD Nederland, Utrecht, 2003

17 Verslagen toezichtbezoeken aan de Hulpverlening Gelderland Midden en de GGD Noord- en Midden-Limburg. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, mei 2003

18 Mylius, S., J. Wallinga. De effectiviteit van therapeutische inzet van antivirale middelen tijdens een influenzapandemie. Notitie RIVM. Bilthoven, februari 2005

19 Zie bijvoorbeeld: Hospitals "facing winter crisis". BBC Online Network, section Health. 2 januari 1999

20 Zie artikel 6 van Besluit 2119/98/EC dat de lidstaten verplicht elkaar onderling te consulteren over bestrijdingsmaatregelen en deze op elkaar af te stemmen. Deze verplichting is in deze laatste jaren in toenemende mate praktijk geworden, zoals onder meer het geval was bij SARS

21 Kretzschmar, M., S van den Hof et al. Ring Vaccination and Smallpox Control. Emerg Infect Dis 10:5 (may 2004)

22 Voorbeelden zijn de aanschaf en opslag van voldoende pleisters die nodig zijn na een massale vaccinatie tegen pokken, en de productie van Vaccinia Immunoglobuline
23 Gezondheidsraad. Verdediging tegen bioterrorisme. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001. Publicatie nr 2001/16
24 Huurman, J.G.J. Bestrijding polio-epidemie 1992-1993: proces-evaluatie. Wassenaar, 1993.
25 Zie www.infectieziekten.info. Op deze website zijn de meeste recente versies van de draaiboeken te vinden.
26 Gezondheidsraad. Bioterrorisme: Vervolgadvies. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002. Publicatie nr. 2002/11
27 Projecten en kennisvragen 2005 Programma 7: Toezichtondersteuning Infectieziekten. RIVM, december 2004
28 Zie http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/sars/sars_en.htm
29 Gezondheidsraad. Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een grieppandemie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/05.
30 Gezondheidsraad. Antivirale middelen bij een grieppandemie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/05.
31 Brief van het bureau van de Raad van RGF'en d.d. 24 augustus 2004 met kenmerk RvM 180-607 aan de Regionaal Geneeskundig Functionarissen
32 van Geneugten MLL, Heijnen MLA, Jager JC. Scenario ontwikkeling zorgvraag bij een influenzapandemie. RIVM rapport 217617004, juni 2001, herziene versie oktober 2001
33 Mylius S, Kretzschmar M, Wallinga J. Modelmatige analyse van de draaiboeken voor een influenzapandemie; Brief rapport RIVM, mei 2005; (concept, definitief briefrapport wordt verwacht in september 2005)

BIJLAGE 2 Lijst van afkortingen

BAO	Bestuurlijk Afstemmingsoverleg
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding
EU	Europese Unie
EWRS	Early Warning and Response System
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
KLPD	Korps Landelijke Politiediensten
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding
LGV	Lymfogranuloma Venereum
LNV	Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit
LOI	Landelijk Overleg Infectieziekten
LTO	Landbouw- en Tuin Organisatie
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
OMT	Outbreak Management Team
OSIRIS	Online Systeem voor Infectieziekten binnen ISIS
ProMED	Program for Monitoring Emerging Diseases
RGF	Regionaal Geneeskundige Functionaris
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
VK	Verenigd Koninkrijk
VS	Verenigde Staten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization