Herziening VISI-normering

Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding 2013

Drs. Jolande Dekker, MPH, Beleidsadviseur Infectieziektebestrijding
Drs. Ronald ter Schegget, Arts Maatschappij en Gezondheid/Infectieziektebestrijding

In samenwerking met de regio Zeeland-Brabant

GGD Brabant-Zuidoost

Juni 2013

Het project herziening VISI normering werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie uit het RIVM/CIb regionaal programmabudget

Inhoud

Voorwoord pg 3

Inleiding pg 4
- **Doelstelling** pg 4
- **Werkwijze** pg 5
- **Team** pg 5
- **Vervolg** pg 5

Nieuwe Ontwikkelingen en aandachtspunten pg 6

VISI normering 2013
9 deeltaken Algemene Infectieziektebestrijding pg 11
1. **Surveillance** pg 12
2. **Taken in het kader van de meldingsplicht** pg 14
3. **Beleidsadvisering** pg 15
4. **Preventie** pg 17
5. **Bron- en contactonderzoek** pg 19
6. **Netwerk – en regiefunctie** pg 21
7. **Vangnetfunctie** pg 24
8. **Outbreakmanagement** pg 24
9. **Onderzoek** pg 26

Individuele meldingen pg 28
- **Lijst van meldingsplichtige infectieziekten /situaties** pg 32
- **Lijst overige en niet-meldingsplichtige meldingen** pg 32

Uitwerking in Excel-spreadsheet pg 85

Bijlage 1: **Opdracht programmacommissie IZB van GGD-NL**

Bijlage 2: **Geraadpleegde personen**

Voorwoord

Voor u ligt de herziening van de normering infectieziektebestrijding. In de inleiding leest u meer over de aanleiding voor deze herziening en de gevolgde werkwijze. Het was niet de bedoeling om een geheel nieuw instrument te ontwikkelen om de werkzaamheden van de afdeling infectieziektebestrijding te normeren. Er is gebruik gemaakt van de systematiek van de normering 2004. Een werkgroep uit de regio Zeeland-Brabant heeft de normering van alle 9 deeltaken geactualiseerd en de lijst met normeringen voor individuele meldingen/verwekkers uitgebreid met in 2004 nog niet genormeerde meldingen.

De resultaten van de werkgroep zijn vervolgens voorgelegd aan een aantal managers en artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding van andere GGD'en, buiten de regio Zeeland-Brabant (zie bijlage 2). De opmerkingen, adviezen en suggesties zijn zoveel mogelijk in dit document meegenomen. Tijdens de uitvoering werd duidelijk dat ook deze herziening een momentopname zal blijken te zijn. Over de afhandeling van bijvoorbeeld meldingen kinkhoest, shigella en STEC loopt onderzoek dat van invloed kan zijn op de tijdsinvestering bij het bron- en contactonderzoek.

Bij dit document hoort een excel-spreadsheet waarmee de GGD op basis van het (gemiddeld) aantal meldingen in voorgaande jaren een berekening kan uitvoeren van de benodigde formatie arts, verpleegkundige en administratie om de infectieziektebestrijding in de regio voor alle 9 deeltaken op een kwalitatief verantwoorde wijze uit te voeren. Het excelspreadsheet is door een aantal GGD'en getest op zijn praktische bruikbaarheid.

Wij willen een ieder die een bijdrage heeft geleverd aan de tot standkoming van deze herziening danken voor het meedenken, meelezen en geven van advies.

Jolande Dekker,
Ronald ter Schegget

Inleiding

In 2004 werd in het kader van het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI) door de regio Zeeland-Brabant (Zeebra) een normering uitgewerkt voor de werkzaamheden op het terrein van de algemene infectieziektebestrijding. Grondslag van het normeringsadvies was de opdracht in de toen geldende Wet collectieve preventie volksgezondheid en de operationalisering daarvan in negen deeltaken voor de Algemene Infectieziektebestrijding, zoals in 1998 uitgewerkt door het Project Basistaken Collectieve Preventie.

Als meest in het oog springend product leverde dit een rekenmethode op voor het bepalen van de benodigde formatie arts, verpleegkundige en administratief medewerker van het team infectieziektebestrijding van een GGD. Bij de berekening werd rekening gehouden met de grootte van het werkgebied van een GGD (inwoneraantal) en het gemiddeld aantal bij een GGD gemelde meldingsplichtige infectieziekten, artikel-7 (huidige artikel-26) meldingen en outbreaks.

Tussentijds hebben enkele kleine aanpassingen plaatsgevonden van dit rekenmodel. Vanuit diverse GGD'en zijn er de afgelopen jaren verzoeken geweest om de notitie normering en het hiermee samenhangend rekenmodel aan te passen aan de Wet publieke gezondheid en huidige inzichten ten aanzien van een kwalitatief goede infectieziektebestrijding voor wat betreft eisen ten aanzien van preparatie, visie op preventie en gewijzigde verwachtingen van de overheid, waaronder gemeenten, en het algemeen publiek.

Dit heeft in 2011 geresulteerd in een formeel verzoek van de Programmacommissie Infectieziektebestrijding (PC IZB) van GGD Nederland aan de regio Zeeland-Brabant tot herziening van de VISI-normering (zie Bijlage I).

Grondslag/uitgangspunt voor de herziening is het rekenmodel dat in 2004 door het Regionaal Overleg Infectieziektebestrijding (ROI) Zeeland-Brabant (Zeebra) is ontwikkeld en de taken en activiteiten die voor een verantwoorde infectieziektebestrijding noodzakelijk worden geacht. Deze taken zijn: surveillance, taken in het kader van de meldingsplicht, beleidsadvisering, preventie, bron- en contactopsporing, regie- en netwerkfunctie, vangnetfunctie, outbreakmanagement en onderzoek.

Doelstelling

Het doel van de herziening normering is GGD'en te ondersteunen bij het vaststellen van de noodzakelijke formatie van het team Algemene Infectieziektebestrijding. Door het formuleren van een norm wordt inzichtelijk of GGD'en kunnen beschikken over de capaciteit die nodig is om op een kwalitatief verantwoorde wijze de Infectieziektebestrijding in al zijn facetten uit te voeren.

Werkwijze

Uitgangspunt van de herziening is het VISI-document van 2004. Er is geen volledig nieuw instrument ontwikkeld. In het bestaande instrument is de kennis van nu omtrent infectieziektebestrijding verwerkt. Het document is zo uitgewerkt dat ook voor de niet-inhoudsdeskundige inzichtelijk wordt gemaakt wat de taken van een afdeling infectieziektebestrijding van de GGD zijn en welke formatie nodig is om deze taken op een kwalitatief verantwoorde wijze uit te voeren.

De volgende activiteiten werden uitgevoerd:

- Kennisname van de werkwijze en documenten VISI-normering 2004
- Het verzamelen van de suggesties en ideeën van GGD'en over de normering van de afgelopen jaren
- Het beschrijven van de ontwikkelingen binnen de infectieziektebestrijding en de invloed daarvan op de normering (in vergelijking met 2004)
- Het vertalen van deze wijzigingen naar een nieuwe set van normen op basis waarvan de benodigde formatie medewerkers binnen een team infectieziektebestrijding van een GGD berekend kan worden. Dit werd gedaan met hulp van een werkgroep vanuit de regio Zeebra en de reacties van een aantal GGD'en buiten de regio Zeebra.
- Het ontwikkelen van een nieuwe versie van een rekenmodel/spreadsheet om de benodigde formatie per GGD te kunnen berekenen. Dit model werd door een aantal GGD'en gepretest.

Team

Het team bestond uit een projectleider en een werkgroep van artsen en verpleegkundigen Infectieziektebestrijding uit de 4 GGD'en in Zeeland-Brabant:
Projectleider: Jolande Dekker, Beleidsmedewerker, team Algemene Infectieziektebestrijding, GGD Brabant-Zuidoost
Adviseur en ontwerper van het rekenmodel/ spreadsheet: Ronald ter Schegget, Arts Maatschappij en Gezondheid/Infectieziektebestrijding, GGD Brabant-Zuidoost
Werkgroep/adviseurs: artsen en verpleegkundigen vanuit de GGD'en Zeeland en Brabant:
Ariene Rietveld, Ronald ter Schegget, Angelique Maat en Caroline van Koeveringe.
Meelezer: Jozef Verheggen, Beleidsmedewerker, projectleider project VISI-normering 2004

Vervolg

De Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding 2013 (notitie en spreadsheet) zal worden aangeboden aan de Programmacommissie Infectieziektebestrijding van GGD Nederland, die verantwoordelijk is voor de definitieve vaststelling van het instrument. De notitie en spreadsheet zullen vervolgens verspreid worden onder alle GGD'en.

Nieuwe ontwikkelingen en aandachtspunten

- ***Wet Publieke Gezondheid***
  Met de invoering van de Wet Publieke Gezondheid (zie kader pagina 8) in december 2008 is het aantal meldingsplichtige infectieziekten uitgebreid tot 42. Zowel behandelaar en laboratorium hebben nu een meldingsplicht.

  In de nieuwe normering zijn meer infectieziekten genormeerd dan in de versie van 2004. Dit geldt voor een aantal toen al meldingsplichtige infectieziekten, maar ook voor de meeste infectieziekten die sinds eind 2008 meldingsplichtig zijn geworden. Voor weinig voorkomende infectieziekten is er weinig praktijkervaring. De normering is dan gebaseerd op inschatting en vergelijking met infectieziekten waarbij ongeveer dezelfde werkzaamheden van de GGD verwacht worden. Voor een aantal infectieziekten is niet genormeerd omdat een benadering van de te verwachten tijdsbesteding per melding op voorhand onmogelijk is. Zo is er voor gekozen de A-ziekten niet te normeren, evenals Pest, Antrax en Trichinose. Daarnaast is TBC als meldingsplichtige infectieziekte niet genormeerd, omdat bij de meeste GGD'en de tuberculosebestrijding door een aparte afdeling wordt uitgevoerd.

  In bijlage II wordt de normering per individuele verwekker verder uitgewerkt. Een aantal uitgangspunten zoals verificatie van een signaal, werkzaamheden met betrekking tot de index en contacten, reistijd, registratie/rapportage/verslaglegging in registratiesysteem , overleg intern/extern en verwerking administratie worden hier beschreven.

- ***Wijzigingen richtlijnen en dergelijke***
  Wijzigingen in richtlijnen, draaiboeken en landelijke werkafspraken en de uitwerking hiervan in de verpleegkundige stappenplannen (VSI).

  Bij de normering is hier mee rekening gehouden.

- ***Schaalgrootte***
  Sinds 2004 zijn de gemiddelde regio's groter en het verkeer drukker geworden.

  Bij de normering wordt nu uitgegaan van een gemiddelde reistijd van 1,5 uur (heen- en terugreis). In de normering wordt geen onderscheid gemaakt tussen stad en platteland. Op het platteland zijn de afstanden groter, in de stad de verkeersdrukte.
  Bij de berekeningen wordt uitgegaan van een GGD met 500.000 inwoners. Afhankelijk van de te normeren taak wordt gecorrigeerd per 100.000 inwoners meer of minder. Voor sommige taken is de grootte van het werkgebied niet van invloed op de norm, voor andere taken nemen de werkzaamheden recht evenredig toe (of af) met de grootte van het werkgebied . Dit betekent dat er 20% meer of minder genormeerd wordt per per 100.000 inwoners meer of minder. Voor taken waar de grootte van het werkgebied wel van invloed is, maar sprake is van schaalvoordeel wordt gerekend met + / - 10% per 100.000 inwoners. In de tabellen is terug te vinden of de normering afhangt van de grootte van de GGD en of met 10 of 20 % meer of minder wordt gerekend.

- ***Regio specifieke kenmerken***
  Regio specifieke kenmerken zoals stad versus platteland, aanwezigheid van een vliegveld of haven en de bevolkingssamenstelling.

  Sommige infectieziekten zullen mogelijk in de stad of op het platteland vaker voorkomen (ook samenhangend met samenstelling bevolking). In de normering kan per infectieziekte het aantal meldingen worden aangegeven, waardoor hiervoor automatisch wordt gecorrigeerd. Specifieke regiokenmerken kunnen van invloed zijn op de noodzakelijke formatie. Zo zal een GGD met een (lucht)haven in het kader van de International Health Regulations (IHR) zich dienen te prepareren. Oververtegenwoordiging van speciale bevolkingsgroepen zal om specifieke preventieprojecten vragen (bijvoorbeeld hepatitis B). In plattelandsregio's zal er meer behoefte zijn aan beleidsondersteuning t.a.v. zoönoseproblematiek. Gemiddeld gesproken zal elke GGD, zeker gezien de huidige omvang van de gemiddelde GGD, ongeveer in gelijke mate met één of meer van deze aspecten te maken hebben. In het rekenmodel zijn daarom geen variabelen opgenomen die rekening houden met deze specifieke regiokenmerken.

- ***Nieuwe diagnostische mogelijkheden***
  Veranderingen in diagnostische mogelijkheden die van invloed zijn op het aantal aan de GGD gemelde infectieziekten, bijvoorbeeld het gebruik van de PCR.

  Wanneer het aantal meldingen beïnvloedt wordt door nieuwe diagnostische technieken zoals de PCR, wordt dit bij de desbetreffende infectieziekte benoemd en beschreven. Een toename van het aantal meldingen kan betekenen dat de gemiddelde werkbelasting per melding verminderd. Het is ondoenlijk om in het model wat dit betreft rekening te houden met lokale omstandigheden (GGD'en met en zonder PCR). Door de nieuwe diagnostische technieken is er soms ook onduidelijkheid over de werkzaamheden van de GGD n.a.v. een melding, met consequenties voor de normering. Actuele voorbeelden zijn Shigella, STEC en kinkhoest. De normering voor deze meldingen is daarom een momentopname!

- ***Elektronisch registratiesysteem***
  Inmiddels is het gebruik van een elektronisch registratiesysteem (Orion, HPZone of ander systeem) standaard bij (vrijwel) elke GGD.

  Invoering van registratiesystemen bij de GGD vraagt van GGD'en om, meer dan vroeger, systematisch gegevens vast te leggen. De tijd die hiermee gemoeid is zal gemiddeld meer bedragen dan 10 jaar geleden en wordt meegenomen bij de normering van de individuele meldingen van infectieziekten. Tegenover deze tijdsinvestering staat een verbetering van de kwaliteit en toetsbaarheid en de mogelijkheid om gegevens beter te ontsluiten.

- ***Niet-meldingsplichtige infectieziekten/meldingen***
  Niet-meldingsplichtige infectieziekten/meldingen zoals scabiës, prikaccidenten, MRSA, legionella in water en advisering rabiësprofylaxe waren in de normering 2004 niet opgenomen. Ook een aantal meldingsplichtige infectieziekten waren niet genormeerd.

GGD'en krijgen meer meldingen dan er uiteindelijk meldingsplichtig blijken te zijn, terwijl er bij deze meldingen wel tijd gemoeid is met het uitzoeken of er sprake is van een meldingsplichtige situatie. Daarnaast zijn er de meldingen van niet-meldingsplichtige infectieziekten waar wel actie op wordt genomen door de GGD. Een bekend voorbeeld is een melding scabiës, maar ook prikaccidenten en vragen over rabiësrisico zijn goede voorbeelden. Voor een aantal van dit soort meldingen is een specifieke normering vastgesteld. Voor de overige niet-meldingsplichtige meldingen is een gemiddelde tijdsinvestering vastgesteld.

- ***Document Taakschikking professionals***
  In het document Taakschikking professionals binnen de GGD infectieziektebestrijding (ViZ, Utrecht, januari 2009) worden 3 niveaus artsen en verpleegkundigen beschreven in relatie tot de uitvoering van taken.

  In dit model wordt geen onderscheid gemaakt in de 3 niveaus van artsen en verpleegkundigen waarvan sprake is in het document "Taakschikking". Uitgangspunt is dat er in elke GGD voldoende expertise en ervaring aanwezig is om taken en processen efficiënt te laten verlopen, waarbij er op de werkvloer een mix zal zijn van de verschillende deskundigheidsniveaus.

  De indeling van arts, verpleegkundige en administratief medewerker blijft bij de normering gehandhaafd. Soms kunnen taken gedelegeerd worden, bijvoorbeeld preventietaken door een medewerker Gezondheidsbevordering of een deel van de registratie door een administratief medewerker. De totaal tijd nodig voor de uitvoering van taken zal hierdoor niet wezenlijk veranderen.

- ***Manier van formatieberekening***

  In de spreadsheet "normering" kan het aantal productieve uren per fte worden aangepast . Gebruikelijk is een productief aantal uren van ongeveer 1300 uur per fulltime arts, 1340 uur per verpleegkundige en 1400 uur per administratief medewerker. Scholing is niet opgenomen in de normering, maar voor een goede taakuitvoering wel noodzakelijk. De hiervoor benodigde uren vallen echter onder de "niet productieve uren". Alleen het bijhouden van vakliteratuur is wel genormeerd als activiteit binnen de deeltaak surveillance. Voor elke arts en verpleegkundige zijn hier een aantal uren genormeerd onafhankelijk van de aanstellingsuren. Het begeleiden van co-assistenten of stagiaires worden gerekend tot de niet-productieve uren, waar soms een financiële vergoeding voor de GGD tegenoverstaat.

- ***Kwaliteitseisen***

  In de normering 2004 waren kwaliteitseisen niet opgenomen. Deze zijn nu ondergebracht bij "Taken in het kader van de meldingsplicht".

- ***(Social) Media / mondigheid publiek***

  In vergelijking met 10 jaar geleden zijn actualiteiten op terrein van infectieziekten vaker volop in de aandacht van de media (mediahype). Hantavirus in Yosemitepark, Schmallenbergvirus en de "Mexicaanse griep" zijn hiervan voorbeelden.
  Dit vertaalt zich o.a. in een toename van het aantal vragen vanuit het publiek aan de GGD.
  In de normering is hiermee rekening gehouden door het hiervoor beschikbare aantal uren op te hogen in vergelijk met de normering 2004.

- ***Zoönosen***

  In toenemende mate is er aandacht voor zoönoseproblematiek. GGD'en worden regelmatig geïnformeerd over situaties waarbij er mogelijk sprake is van een humaan risico. Hieronder vallen bijvoorbeeld de meldingen van de Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit (NVWA), bijvoorbeeld Q-koorts bij geiten of schapen of salmonella op een rundveebedrijf .

  Dit vertaalt zich in een toenemend aantal overige meldingen en signalen aan de GGD en verzoeken tot beleidsadvisering op dit terrein en als zodanig verwerkt in de normering.

- ***Decentralisatie OGZ-diagnostiek budget***

  In 2007 werd de OGZ-diagnostiek gedecentraliseerd. Regio's kregen de beschikking over een eigen diagnostiekbudget. Het budget kan ingezet worden ter ondersteuning van de bestrijdingsactiviteiten. Het inzetten van deze diagnostiek en de verantwoording (inhoudelijk en financieel) kost de nodige tijd.

  Bij de normering van de individuele meldingen wordt met deze (extra) werkzaamheden rekening gehouden (bij registratie / rapportage /verslaglegging).

Terug naar inhoudsopgave

Meldingsplichtige ziekten (A, B, C) volgens de Wet Publieke Gezondheid 2008

In 2005 zijn de nieuwe International Health Regulations (IHR), of Internationale Gezondheidsregeling (IGR), door de WHO vastgesteld. Deze is sinds 2008 in de Nederlandse wetgeving geïmplementeerd. De IGR heeft als doel het voorkomen van, beschermen tegen en beheersen van internationale verspreiding van ziekten, zonder het handels- en personenverkeer te belemmeren. De reden voor een nieuwe IGR was de noodzaak om wereldwijde dreigingen van infectieziektecrisis het hoofd te kunnen bieden. De invoering van de nieuwe IGR heeft geleid tot een grondige herziening van de Nederlandse infectieziekteregelgeving en de invoering van de Wet publieke gezondheid op 1 december 2008.

Deze wet bracht een aantal wijzigingen met zich mee. Zo is het aantal meldingsplichtige ziekten van 36 naar 42 gegaan en moeten alle ziekten voortaan door zowel de behandelende arts als het laboratorium bij de GGD gemeld worden. Daarnaast dient een arts "een ziektebeeld met een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak, waarbij een gegrond vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid" bij de GGD melden. Inmiddels zijn er nog enkele wijzigingen aangebracht. Nieuwe influenza A (H1N1) waarvoor in 2009 een meldingsplicht werd ingesteld, is sinds 1 oktober 2011 niet meer meldingsplichtig. De meldingsplicht voor virale hemorragische koorts is aangepast van groep B1 naar groep A. Dit betekent dat de behandelaar een vermoeden van hemorragische koorts bij een patiënt direct telefonisch moet melden aan de arts infectieziektebestrijding van de GGD. Voor de meldingsplichtige ziekten uit groep A zijn ook wettelijke maatregelen mogelijk ten aanzien van mensen die contact hebben gehad met de patiënt, zoals temperatuurmonitoring en een verbod om Nederland te verlaten. Ook is er een meldingsplicht (B1-ziekte) ingesteld voor humane infecties ten gevolge van alle typen influenzavirus met een dierlijke oorsprong, voorheen betrof het alleen aviaire influenza.

De arts infectieziektebestrijding van de GGD beoordeelt aan de hand van de melding of er besmettingsgevaar dreigt en of er eventueel maatregelen genomen moeten worden om de volksgezondheid te beschermen (bron- en contactopsporing, geven van profylaxe aan contacten, geven van hygiëne- adviezen of het verrichten van extra diagnostiek). De GGD stelt tevens het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM op de hoogte van de geanonimiseerde meldingsgegevens volgens meldingsnormen. Deze normen zijn in december 2008 gewijzigd en vanaf mei 2009 gehanteerd bij de beoordeling van de kwaliteit van de meldingssnelheid. Er is gekozen om de meldingstermijn van 1 maand terug te brengen naar een maximum van 7 dagen. Dit betekent bijvoorbeeld dat malaria- en kinkhoestmeldingen binnen 7 dagen doorgemeld dienen te worden.

VISI-normering 2013

9 deeltaken Algemene Infectieziektebestrijding

1. **Surveillance**
2. **Taken in het kader van de meldingsplicht**
3. **Beleidsadvisering**
4. **Preventie**
5. **Bron- en contactopsporing**
6. **Netwerk- en regiefunctie**
7. **Vangnetfunctie**
8. **Outbreak management**
9. **Onderzoek**

1: Surveillance

Onder surveillance wordt verstaan het in kaart brengen van het vóórkomen van infectieziekten in de regio door het voortdurend verzamelen, analyseren en interpreteren van die infectieziekte-gegevens, die noodzakelijk zijn voor de planning, uitvoering en evaluatie van beleid, gekoppeld aan de tijdige verspreiding van informatie aan allen die ervan op de hoogte dienen te zijn.

Doelstelling

- Inzicht in cijfers, signalen en trends met betrekking tot infectieziekten
- Informatie beschikbaar voor beleid en management

Gerelateerde activiteiten	**Beoogd resultaat**
Bijhouden/beheer van het registratiesysteem	• Meldingen, lab uitslagen en binnengekomen/gestelde vragen overzichtelijk (per infectieziekte, plaats, geslacht, leeftijd, context, eerste ziektedag, diagnostiek), tijdig (dagelijks) en toegankelijk voor bespreking en vervolg activiteiten geregistreerd • Meldingen in kaart gebracht voor doormelding aan RIVM en betrokken ketenpartners
Signaleren, analyseren van cijfermateriaal en interpreteren hiervan	• Inzicht gevende rapportage beschikbaar en toegankelijk voor het team en ketenpartners • Deze rapportages kunnen de input vormen voor het doen van (outbreak)onderzoek, beleidsadvisering en/of preventieactiviteiten
Bijhouden van vakliteratuur en maatschappelijk relevante informatie	• Goed kunnen uitvoeren van infectieziektebestrijding door op de hoogte te zijn/blijven van relevante informatie / ontwikkelingen voor artsen en verpleegkundigen op structurele basis

Overwegingen normering:

Algemeen:

- Bij deze deeltaak worden werkzaamheden vooral door de arts uitgevoerd. Er dient rekening gehouden te worden met de volgende twee zaken:
  - De tijdsbesteding is soms afhankelijk van de grootte en aard van het werkgebied. Voor het bijhouden van vakliteratuur en maatschappelijk relevante informatie speelt de grootte van het werkgebied geen rol. Bij interpretatie van meldingen (monitoren) is dat in beperkte mate het geval en bij analyseren/verklaren in belangrijker mate.
  - Het aantal artsen/verpleegkundigen infectieziektebestrijding per GGD kan ook een rol spelen. Bij het signaleren, analyseren van cijfermateriaal en interpreteren kan sprake zijn van een onderlinge taakverdeling.

Bijhouden/beheer van het registratiesysteem:

Zowel het eigen registratiesysteem (HPZone, Orion, etc.) als Osiris dienen beheerd te worden, zowel wat betreft de volledigheid van de meldingen als het bijhouden van de hiermee samenhangende adreslijsten en overige gegevens. Een deel van deze werkzaamheden zal uitgevoerd worden door een hiervoor aangewezen arts/verpleegkundige, maar ook in bijvoorbeeld

casuïstiekoverleg zal dit ter sprake komen. Ook deelname aan een gebruikersgroep (regionaal en/of landelijk) valt hieronder.
Tijdsbesteding: per week 2 uur arts en 2 uur verpleegkundige voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 10%.

Signaleren, analyseren van cijfermateriaal en interpreteren:
Signaleren wordt afgewisseld met analyseren. Zowel de arts als de verpleegkundige infectieziekte hebben hierin een taak. In de praktijk vindt een deel van deze werkzaamheden plaats binnen inhoudelijk teamoverleg (casuïstiek). Bij de normering gaan we uit van 2x per week een teamoverleg van een half uur en eenmaal per 3 weken een casuistiekoverleg van 1,5 uur.
Bij deze activiteit zal de grootte en de aard van het werkgebied een rol spelen. Bij een GGD met een groot werkgebied zullen meerdere artsen en verpleegkundigen zich met deze activiteit bezighouden. Soms wordt hierbij een epidemioloog betrokken.
Tijdsbesteding: per week 4 uur arts en 2 uur verpleegkundige voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 10%.

Bijhouden van vakliteratuur en maatschappelijk relevante informatie:
Dit vormt een essentieel onderdeel van de werkzaamheden van de arts infectieziektebestrijding en omvat onder meer de landelijke en internationale surveillance data (RIVM, ECDC, WHO) en de infectieziekteliteratuur. **Elke arts en verpleegkundige** wordt geacht zijn inhoudelijke kennis bij te houden. Tijdsbesteding: 4 uur per week per arts en 2 uur per week per verpleegkundige.

Opmerking: Het bijhouden van de medische kennis / vaardigheden in meer algemene zin (accreditatie/bijscholing) wordt hiertoe niet gerekend (scholing valt onder de "niet productieve uren").

Normering surveillance (per week)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	Per 100.000 Meer/minder
Bijhouden/beheer van het registratiesysteem	2 uur	2 uur		4 uur	Factor 10%
Signalering, analyse en interpretatie	4 uur	2 uur		6 uur	Factor 10%
Bijhouden vakliteratuur en maatschappelijk relevante informatie	4 uur	2 uur			Wordt berekend op basis van aantal artsen en verpleegkundigen

Terug naar inhoudsopgave

2: Taken in het kader van de meldingsplicht

De meldingsplicht is wettelijk verankerd in de Wet publieke gezondheid (2008). In deze wet is vastgelegd welke infectieziekten door artsen en laboratoria aan de GGD gemeld moeten worden. Afhankelijk van de ernst en aard van de ziekte en de hiermee samenhangende bestrijdingsmaatregelen worden de meldingsplichtige infectieziekten ingedeeld in de groepen A, B1, B2 en C. Sommige maatregelen, zoals isolatie/quarantaine en tijdelijke sluiting van gebouwen, vinden onder directe verantwoordelijkheid van de burgemeester plaats. Daarnaast dienen hoofden van instellingen waar personen verblijven die kwetsbaar zijn voor infectieziekten, zoals kinderdagverblijven, scholen en verpleeghuizen, een ongewoon aantal mensen met bepaalde infectieuze aandoeningen te melden bij de GGD (zogeheten artikel-26 meldingen). De GGD onderzoekt of er sprake is van een uitbraak in de instelling en geeft, waar nodig, adviezen over de bestrijding ervan.

Doelstelling:

- Alle meldingsplichtige infectieziekten worden gemeld aan de GGD
- De GGD borgt de kwaliteit van de afhandeling van meldingsplichtige infectieziekten, inclusief de mogelijkheid deze ook buiten kantooruren te melden

Gerelateerde activiteiten	**Beoogd resultaat**
Wet publieke gezondheid (WPG) onder de aandacht houden van gemeenten en andere ketenpartners en het onderhouden van contacten over de WPG	• Ketenpartners melden conform de WPG aan de GGD
Werkzaamheden ten behoeve van kwaliteitseisen	• Voldoen aan HKZ-normen (inclusief audits) • Deelname aan visitatie en toetsing door IGZ • ManagementRapportages (MARAP), jaarverslag en (IGZ) indicatoren beschikbaar • Beleidsplan, inclusief werk- en jaarplan aanwezig • Klantentoets uitgevoerd • Werkinstructies, richtlijnen en draaiboeken up-to-date
Het organiseren van een 24 x 7 uur bereikbaarheid	• Tijdige afhandeling meldingsplichtige infectieziekten, ook buiten kantooruren.

Overwegingen normering:

Algemeen:

De met de individuele meldingen gemoeide tijdsinvestering wordt genormeerd bij de deeltaak bron- en contactonderzoek.

WPG onder de aandacht houden van ketenpartners, en het onderhouden van contacten:

De activiteiten om de meldingsplicht onder de aandacht te brengen/houden van de hierbij betrokken ketenpartners wordt genormeerd onder de deeltaak "regie- en netwerkfunctie".

Werkzaamheden ten behoeve van kwaliteitseisen:
Het kwaliteitsdenken dat integraal deel uit maakt van de infectieziektebestrijding, is niet als aparte deeltaak geformuleerd, maar dient binnen de normering wel een plaats te krijgen. Er is voor gekozen alle werkzaamheden in het kader van kwaliteit onder te brengen bij "taken in het kader van de meldingsplicht".
Tijdsbesteding: per week 6 uur arts, 8 uur verpleegkundige en 4 uur administratief medewerker.

Het organiseren van een 24 x 7 uur bereikbaarheid:
Elke GGD dient voor een melding infectieziekte 7 dagen per week 24 uur per dag bereikbaar te zijn. Veel GGD'en hebben de buiten-kantoor bereikbaarheid regionaal/provinciaal georganiseerd. Voor deze 24-uurs bereikbaarheid en de hiermee samenhangende werkzaamheden (inclusief coördinatie) is geen normering vastgesteld. In de regel zullen artsen die hiervoor dienst doen en de coördinerend GGD een financiële vergoeding ontvangen.

Normering taken in het kader van de meldingsplicht (per week)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	Per 100.000 Meer/minder
Afhandeling individuele meldingen	Zie deeltaak bron- en contactonderzoek				
WPG onder de aandacht houden van ketenpartners	Zie deeltaak regie- en netwerkfunctie				
Werkzaamheden t.b.v. kwaliteitseisen	6 uur	8 uur	4 uur	18 uur	n.v.t.
24-uurs bereikbaarheid	Niet opgenomen in normering (financiële vergoeding dienstdoende artsen)				

Terug naar inhoudsopgave

3. Beleidsadvisering

De afdeling infectieziektebestrijding kan de gemeente, ketenpartners (waaronder de GHOR) en andere afdelingen binnen de GGD (JGZ, GB) over infectieziekten gevraagd en ongevraagd advies geven. Het kan nieuwe ontwikkelingen betreffen (zoönosen, tijgermuggen, etc.), advisering over vergunningen (evenementen), legionellabestrijding (koeltorens), bijdrage aan een milieu effect rapportage, een gemeentelijke nota volksgezondheid of het regionaal kompas.

Deelname aan regionale en landelijke overlegstructuren (ROI, LOI e.d.), die deels ook een beleidsmatig karakter kunnen hebben, wordt onder de deeltaak regie- en netwerkfunctie gerekend.

Doelstelling:

- Gemeenten en ketenpartners werken samen met de GGD aan een adequate infectieziektebestrijding
- De organisaties/instellingen zijn voorbereid (organisatie en plan) op ontwikkelingen in de infectieziektebestrijding

Gerelateerde activiteiten	Beoogd resultaat
Deelname aan beleidsoverleggen op gemeentelijk en regionaal niveau	• Input gegeven voor beleid
Formuleren van beleidsadviezen op grond van: • Evaluaties	• Evaluaties van ervaringen en aanbevelingen beschikbaar voor beleidsadvisering
• Nieuwe ontwikkelingen	• Voorbereid zijn als GGD op (mogelijke) nieuwe ontwikkelingen • Ketenpartners geïnformeerd/geattendeerd op en geadviseerd over (mogelijk) nieuwe ontwikkelingen
• Prioritering na risico-inventarisatie	• Relevante infectieziekten en risicogroepen in beeld gebracht • Interventies bepaald

Overwegingen normering:

Algemeen:

Zowel bij gemeenten als GGD is het bewustzijn gegroeid dat bij beleidsvorming ook infectieziektebestrijding een plaats heeft. Vaker dan 10 jaar geleden wordt de GGD betrokken bij de beleidsvorming. Vooral de arts infectieziektebestrijding heeft hierin een taak, soms ook een verpleegkundige of beleidsmedewerker. De benodigde tijd is afhankelijk van het aantal gemeenten in het werkgebied, het aantal inwoners, specifieke risicogroepen en risicosituaties.

Deelname beleidsoverleggen:

Tijdsbesteding: per week 2 uur arts voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 10%.

Formuleren van beleidsadviezen:

Tijdsbesteding: per week 6 uur arts en 1 uur verpleegkundige voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 10%.

Normering beleidsadvisering (uren per week)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	Per 100.000 Meer/minder
Deelname overleg	2 uur			2 uur	Factor 10%
Formuleren van beleidsadviezen	6 uur	1 uur		7 uur	Factor 10%

Terug naar inhoudsopgave

4: Preventie

De deeltaak preventie betreft activiteiten om het optreden en de verspreiding van infectieziekten te voorkomen. Het gaat hier om de activiteiten niet samenhangend met een individuele melding of outbreak. Het kan gaan om het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal en het geven van voorlichting/informatie aan groepen, algemeen publiek en ketenpartners, het uitvoeren van specifieke projecten, vaccineren van risicogroepen en het in beeld brengen van risicosituaties (bronnen).

De afdeling infectieziektebestrijding wordt veelvuldig geraadpleegd met vragen over infectieziekten van algemeen publiek, scholen, kinderdagverblijven, andere instellingen en professionals. Dit is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden en wordt onder deze deeltaak meegenomen. Het onderhouden van een goede website gaat hierin in toenemende mate een rol spelen.

Doelstelling:

- Door het uitvoeren van specifieke activiteiten het optreden en de verspreiding van infectieziekten voorkomen

Gerelateerde activiteiten	**Beoogd resultaat**
Voorlichtingsmateriaal verzamelen en ontwikkelen (inclusief onderhouden website)	• Voorlichtingsmateriaal beschikbaar, inclusief up to date informatie op de website
Het geven van voorlichting/ informatie aan groepen (algemeen publiek/ketenpartners/professionals).	• Doelgroep is geïnformeerd over infectieziekte (preventie)
Uitvoering specifieke preventieprojecten	• Afhankelijk doelstelling project
Publieksvragen en vragen ketenpartners	• Publiek en ketenpartners zijn geïnformeerd over infectieziekten (preventie)

Overwegingen normering:

Algemeen:

Bij voorlichtingsactiviteiten wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van een communicatiemedewerker. Deze uren zijn opgenomen onder administratief medewerker.

Voorlichtingsmateriaal verzamelen en ontwikkelen:

In vergelijking met 2004 kost de ontwikkeling van toolkits en ISI-teksten minder tijd omdat veel van deze materialen inmiddels beschikbaar zijn en landelijk worden verspreid. Het bijhouden van een website (intern en extern gebruik) en het inspelen op ontwikkelingen wat betreft social-media kosten extra tijd. Een actuele website vraagt soms dagelijks, maar in ieder geval wekelijks onderhoud!

Tijdsbesteding: per week 2 uur arts, 2 uur verpleegkundige en 1 uur administratief medewerker.

Het geven van voorlichting en informatie aan groepen:

Het betreft hier niet casus-gebonden en niet aan specifieke projecten gekoppelde voorlichtingsactiviteiten. Per jaar worden er gemiddeld 15 groepsvoorlichtingen verzorgd voor een GGD met 500.000 inwoners. Gemiddeld kost een voorlichting 9 uur tijd (voorbereiding + uitvoering).
Tijdsbesteding: per week 0,5 uur arts, 2 uur verpleegkundige en 0,5 uur administratief medewerker voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 10%.

Uitvoering specifieke preventieprojecten:
Van een team infectieziektebestrijding mag verwacht worden dat men jaarlijks enkele preventieprojecten uitvoert, bijvoorbeeld op basis van de risico-inventarisatie. In de normering is uitgegaan van een minimaal aantal uren dat hiervoor beschikbaar dient te zijn.
Tijdsbesteding: per week 2 uur arts, 10 uur verpleegkundige en 2 uur administratief medewerker voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 10%.

Publieksvragen en vragen ketenpartners
Dit is een dagelijkse activiteit, waarbij de meeste GGD'en een verpleegkundige als voorwacht inzetten voor het beantwoorden van vragen van het algemeen publiek, instellingen, professionals, etc. De verpleegkundige raadpleegt zo nodig de arts achterwacht. Met de afhandeling van een vraag is ongeveer 20 minuten gemoeid, inclusief uitzoeken, registratie en opsturen van informatiemateriaal. Een GGD met 500.000 inwoners krijgt tussen de 500 en 750 vragen per jaar. In het aantal per week geraamde uren is van 750 vragen per jaar uitgegaan + uren die samenhangen met het beschikbaar zijn van een voorwacht, (ongeveer 3 uur per week extra). Het zijn van voorwacht betekent namelijk enig "productieverlies", de in theorie resterende uren van een verpleegkundige met voorwacht zullen minder productief zijn!
Tijdsbesteding: per week 2 uur arts en 8 uur verpleegkundige voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 20%.

Normering preventie (uren per week)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	Per 100.000 Meer/minder
Voorlichtingsmateriaal verzamelen en ontwikkelen + onderhoud website	2 uur	2 uur	1 uur	5 uur	n.v.t.
Voorlichting/informatie geven aan groepen	0,5 uur	2 uur	0,5 uur	3 uur	Factor 10%
Specifieke preventieprojecten	2 uur	10 uur	2 uur	14 uur	Factor 10%
Publieksvragen en vragen van ketenpartners	2 uur	8 uur		10 uur	Factor 20%

Terug naar inhoudsopgave

5: Bron- en contactopsporing

Door het zoeken van de bron van de ziekte en het opsporen van contacten kan verdere verspreiding van de infectieziekte voorkomen worden.

Doelstelling:

- Het voorkomen van verspreiding van infectieziekten

Gerelateerde activiteiten	Beoogd resultaat
Afhandeling van meldingsplichtige infectieziekten, artikel-26 meldingen en overige meldingen/signalen: • Door huisbezoek, telefonisch of e-mail • Schriftelijke afhandeling van vragen en meldingen / briefwisseling correspondentie • Terugkoppeling melder/behandelaar bij (ingewikkelde) casussen/briefwisseling en correspondentie	• Bijdrage geleverd aan het doorbreken van het transmissierisico • Werkzaamheden verantwoord/geborgd via registratie • Melder geïnformeerd over gang van zaken

Overwegingen normering:

Meldingsplichtige infectieziekten (A, B en C ziekten):

Voor de beschrijving en normering van de verschillende meldingsplichtige infectieziekten wordt verwezen naar bijlage II.

Artikel 26 meldingen:

Echte explosies worden niet genormeerd als artikel-26, maar als outbreak.

Bij de artikel-26 meldingen die als zodanig genormeerd worden, kan onderscheid gemaakt worden tussen meldingen die weinig tijd vragen en meldingen die veel tijd vragen. Voor een verdere uitwerking van de normering artikel-26 meldingen wordt verwezen naar bijlage II.

normering artikel-26 meldingen (uren per melding)

Activiteiten per soort melding	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	% v/h totaal artikel-26
Melding met korte inventarisatie en direct advies (telefonisch)	0,25 uur	1,50 uur		1,75 uur	80%
Melding met uitgebreide inventarisatie, locatiebezoek en inzet OGZ-diagnostiek	2 uur	8 uur	1 uur	11 uur	20 %

Terug naar inhoudsopgave

Overige signalen en meldingen:
De GGD ontvangt veel niet-meldingsplichtige meldingen en signalen. Deze meldingen kunnen afkomstig zijn van een behandelaar, een niet artikel-26 instelling, een gemeente, laboratorium of burger. Voorbeelden zijn: MRSA (clusters), Scabiës, prikaccidenten, Rabiës-risico inschatting, melding van meldingsplichtige infectieziekten waarbij of de (klinische) diagnose niet geconfirmeerd wordt (Bof, Q-koorts, hepatitis C chronisch) of het een tweede melding blijkt te zijn (hepatitis B).

Met de toegenomen aandacht voor zoönosen en de hierover gemaakte afspraken krijgt de GGD van de NVWA regelmatig een melding van een besmetting op een agrarisch bedrijf zoals bijvoorbeeld verdenking aviaire influenza, een salmonella besmetting of brucellose. De GGD wordt ook regelmatig geraadpleegd wanneer er legionella wordt aangetroffen in een waterinstallatie en, in het zomerseizoen, over aan zwemwater gerelateerde problematiek.
Daarnaast doet de GGD ook navraag op verzoek van bijvoorbeeld het RIVM i.v.m. een landelijk gesignaleerd cluster/uitbraak of onderzoeksvraag. Recente voorbeelden zijn de uitbraak van Salmonella Thompson en het onderzoek in het kader van het Schmallenbergvirus.

In bijlage II zullen een aantal niet -meldingsplichtige meldingen en signalen beschreven en genormeerd worden zoals een scabiës melding, prikaccident en rabiës-risico inschatting. Voor de overige niet-meldingsplichtige meldingen is een gemiddelde genormeerd. Het gaat hierbij om aan een persoon gebonden meldingen die te beschouwen zijn als "casus". Een "eenvoudige" vraag valt niet onder deze rubriek. Zoals hierboven al genoemd zouden dit bijvoorbeeld meldingen kunnen zijn van een klinische verdenking mazelen of bof waarbij door nader onderzoek (door of op advies van de GGD) de diagnose komt te vervallen. Ook meldingen van Q-koorts of hepatitis A die bij nadere evaluatie als niet acute infectie beschouwd kunnen worden vallen hieronder en infectieziekten die ook bij vaststelling niet meldingsplichtig zijn maar wel door de GGD zijn opgepakt.

Normering overige niet-meldingsplichtige meldingen (uren per melding)

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	1,00		1,25
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,50		0,50
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,25	0,50		0,75
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,25		0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,75	2,25	0,50	3,50

Tot slot resteren dan meldingen en signalen die niet direct betrekking hebben op één persoon met klachten. Deze meldingen kunnen zeer divers van aard zijn en daarmee kan ook de tijdsinvestering sterk variëren. Normering hiervan is moeilijk. Hieronder vallen de meldingen NVWA over besmettingen op bedrijven, zwemwaterproblematiek, legionella in een waterinstallatie etc. Voor de normering is de systematiek van de meldingen artikel-26 toegepast. Dat wil zeggen er wordt vanuit gegaan dat in 80% sprake is van een signaal/melding waarmee weinig tijd gemoeid is en in 20% veel tijd.

Normering overige meldingen / signalen (legionella in water, NVWA meldingen, etc.)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	% v/h totaal artikel-26
Melding met korte inventarisatie en direct advies of geen actie	0,25 uur	1,50 uur		1,75 uur	80%
Melding met uitgebreidere inventarisatie, vervolgoverleg, overleg met derden etc..	2 uur	8 uur	1 uur	11 uur	20 %

Terug naar inhoudsopgave

6: Netwerk- en regiefunctie

Om te bevorderen dat de meldingsplicht goed wordt nageleefd en dat de bestrijding van infectieziekten binnen de regio door alle betrokkenen goed wordt opgepakt, is het van belang dat de GGD, in het verlengde van de gemeenten, de regie kan voeren. De GGD moet de spin zijn in het netwerk binnen de regio en de noodzakelijke contacten/overleggen buiten de regio onderhouden. Het gaat onder meer om gemeenten, huisartsen, specialisten, verpleeg- en verzorgingshuizen, scholen, kindercentra, laboratoria, RIVM, Inspectie en GGD-NL. Uiteraard zal ook binnen de GGD de nodige afstemming moeten plaatsvinden (Reizigerszorg, JGZ, TBC, SOA, THZ).

Doelstelling:

- Versterken van interne en externe samenwerking
- Informatie uitwisseling teneinde regie te kunnen voeren op het gebied van infectieziektebestrijding
- Bevorderen van de meldingsplicht

Gerelateerde activiteiten	Beoogd resultaat
Proactief onderhouden van contacten met ketenpartners binnen het werkgebied (huisartsen, instellingen, laboratoria, etc.)	• Informatie uitgewisseld • Activiteiten afgestemd • Advies gegeven aangaande infectieziekten vanuit de GGD • Slagvaardige zorgketen bewerkstelligd
Proactief onderhoud netwerk buiten het werkgebied (GGD' en in de regio, RIVM, etc.,)	• Informatie up-to-date • Informatie uitgewisseld • Activiteiten afgestemd
Samenwerkingsafspraken binnen de GGD	• Klanten eenduidig geadviseerd • Elkaars expertise gebruikt • Signalen naar elkaar overgedragen
Up-to-date houden van de sociale kaart	• Overzicht beschikbaar van contacten en instellingen

Overwegingen normering:

Proactief onderhouden van contacten met ketenpartners binnen het werkgebied:

Het onderhouden van goede contacten met huisartsen en specialisten is van groot belang. Deze doelgroep is echter niet eenvoudig te bereiken. In vergelijk met de normering in 2004 is daarom het aantal uren voor relatiebeheer aangepast (minder uren) rekening houdend met wat haalbaar is. Structureel overleg met de laboratoria in de regio is eveneens van groot belang, zeker met de OGZ-laboratoria. Jaarlijks overleg met de infectieziektepreventiecommissies van de ziekenhuizen is waarschijnlijk de meest efficiënte manier om de relatie met de ziekenhuizen in de regio te onderhouden. Daarnaast is overleg met andere ketenpartners zoals scholen, kinderdagverblijven, verpleeg- en verzorgingshuizen, de dak- en thuislozenzorg wenselijk. In de regio zal gezocht moeten worden naar de meest efficiënte / effectieve manier om de contacten met deze ketenpartners te onderhouden. Volgens onderstaande tabel zijn hiervoor in totaal 160 uur genormeerd.

Overleg ketenpartners binnen het GGD werkgebied

Ketenpartner	Aantal overleggen	Tijdsinvestering per overleg	Aantal mdwerk. GGD	Totaal aantal uren
Huisartsen/specialisten	4x per jaar	4 uur	2x arts	32 uur
Infectieziektecommissies ziekenhuizen	3 ziekenhuizen 1x per jaar	4 uur	1x arts 1x vplk	24 uur
Laboratoria	4x per jaar	4 uur	2x arts	32 uur
Overige ketenpartners	5x per jaar	4 uur	1x arts 1x vplk	40 uur
GHOR	2x per jaar	4 uur	1x arts 1x vplk	16 uur
Gemeente	4x per jaar	4 uur	1x arts	16 uur
Totaal aantal uren per jaar				160 uur

Proactief onderhoud netwerk buiten het werkgebied:
Elke GGD maakt deel uit van een "infectieziekteregio". Binnen de regio vindt provinciaal/regionaal infectieziekteoverleg plaats. Hieraan zal per GGD een arts en een verpleegkundige deelnemen. Tijdsbesteding Provinciaal Overleg Infectieziektebestrijding (POI): 5 x 8 uur x 2 personen (arts en verpleegkundige) = 80 uur. Incidenteel deelname aan een werkgroep / overleg door een arts of verpleegkundige = 20 uur arts en 20 uur verpleegkundige. Totaal 120 uur per jaar.

Overleg met netwerk buiten GGD werkgebied

	Aantal overleggen	Tijdsinvestering per overleg	Aantal mdwerk. GGD	Totaal aantal uren
POI / ROI	5x per jaar	8 uur	1x arts 1x vplk	80 uur
Deelname werkgroepen	5x per jaar arts 5x per jaar vplk	4 uur 4 uur		20 uur 20 uur
Totaal aantal uren per jaar				120 uur

Samenwerkingsafspraken binnen de GGD:
Tijdsbesteding: 2 x per jaar overleg met 5 afdelingen (THZ, SOA, TBC, Reizigerszorg, JGZ) x 3 uur x 2 personen (arts en verpleegkundige). Totaal 60 uur per jaar

Samenwerkingsafspraken binnen de GGD

	Aantal overleggen	Tijdsinvestering per overleg	Aantal medewerkers GGD	Totaal aantal uren
THZ/SOA/RZ/JGZ/TBC	2x per jaar per team (totaal 5 teams)	3 uur	1x arts 1x vplk	60 uur

Up-to-date houden van de sociale kaart:
Tijdsbesteding: 25 uur per jaar door administratief medewerker.

Normering netwerk- en regiefunctie (uren per jaar)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	Per 100.000 Meer/minder
Proactief onderhoud ketenpartners binnen werkgebied	120 uur	40 uur		160 uur	Factor 10%
Proactief onderhoud netwerk buiten werkgebied	60 uur	60 uur		120 uur	n.v.t.
Samenwerking binnen GGD	30 uur	30 uur		60 uur	n.v.t.
Up-to-date houden van sociale kaart			25 uur	25 uur	Factor 10%

Terug naar inhoudsopgave

7: Vangnetfunctie

De GGD ondersteunt, begeleidt, coördineert en verleent zorg aan cliënten waar geen andere instelling of instantie op dat moment in voorziet, bijvoorbeeld dak- en thuislozen en onverzekerden. De cliënten bevinden zich vaak in slechte hygiënische omstandigheden met verhoogd risico op ziekten bij zichzelf en anderen. Vanuit het oogpunt van volksgezondheid is proactieve aandacht voor deze groepen van belang. De vangnetfunctie is niet zozeer een taak van de infectieziektebestrijding, maar van de GGD als geheel.

Alleen die extra activiteiten op het terrein van de infectieziektebestrijding die feitelijk door andere instellingen / beroepsbeoefenaren / personen uitgevoerd zouden moeten worden, maar wegens bepaalde omstandigheden door de GGD worden uitgevoerd, kunnen als vangnettaak binnen de infectieziektebestrijding worden opgevoerd. De betreffende activiteiten zijn sterk afhankelijk van de regionale situatie en nemen waarschijnlijk een beperkte tijd in beslag. Bovendien zal een deel van deze activiteiten bij één van de overige deeltaken genormeerd worden. Een indicatie voor de benodigde tijd kan niet worden gegeven. Het blijft belangrijk de deeltaak vangnet te vermelden als een van de taken van de infectieziektebestrijding, omdat de infectieziektebestrijding van de GGD alert moet zijn op mogelijke hiaten in de bestrijding.

8: Outbreak management

Bij een uitbraak is sprake van een plotseling optredende toename van ziektegevallen, waarbij het aantal ziektegevallen in een omschreven periode bij een bepaalde groep mensen hoger is dan normaal te verwachten. Belangrijke aspecten van een uitbraak zijn het acute en onverwachte ontstaan en de tijdsdruk bij het analyseren en bestrijden. De GGD is hiervoor 7 x 24 uur bereikbaar voor medisch professionals, buiten kantooruren middels een piketdienst van artsen infectieziektebestrijding.

Doelstelling:

- Voorkomen van verspreiding van infectieziekten
- Voorbereid zijn op (grootschalige) uitbraken

Gerelateerde activiteiten	Beoogd resultaat
Outbreak preparatie: • Regionale afspraken ketenpartners (via GHOR) • Afspraken binnen GGD (GGD Rampen Opvang Plan = GROP) • Noodplannen (lucht)havens (IHR) • Up-to-date houden regionale draaiboeken en werkinstructies • Voorbereiding oefeningen	• GGD is voorbereid op uitbraken van infectieziekten • Richtlijnen, draaiboeken, netwerk, middelen, menskracht en budget op orde en per jaar gepland • Voldaan aan IHR eisen
Scholing en oefenen	• Minimaal 2 oefeningen per jaar uitgevoerd • Deskundige en geoefende medewerkers
Activiteiten n.a.v. een outbreak	• Outbreak is bestreden
Voorraadbeheer: bemonsteringsmateriaal en beschermende middelen	• Benodigde middelen altijd voorradig en overzichtelijk

Overwegingen normering:

Outbreak preparatie:

Binnen een team zullen meestal enkele medewerkers zich specifiek met preparatie bezig houden. Zij houden de regionale draaiboeken up-to-date en bereiden oefeningen voor (samen met GHOR). Tijdsbesteding: Per week 4 uur arts en 4 uur verpleegkundige.

Scholing en oefening:

Alle medewerkers worden betrokken bij scholing en oefenen minimaal 2x per jaar.
Tijdsbesteding: 12 uur per persoon per jaar (arts, verpleegkundige en administratief medewerker).

Outbreaks:

Outbreaks laten zich niet voorspellen. Bij de normering wordt rekening gehouden met twee grotere uitbraken per jaar voor een GGD met 500.000 inwoners. Het kan gaan om bijvoorbeeld een uitbraak scabiës in een instelling, complexe MRSA problematiek, of een groot legionella cluster. Een dergelijke uitbraak zou dus op basis van de beschikbare formatie geen grote problemen mogen opleveren. Echt grote/langdurige uitbraken (bijvoorbeeld Q-koorts) lenen zich niet voor normering. Hiervoor zal steeds een passende oplossing gevonden moeten worden (personeel, financiën).
Tijdsbesteding per outbreak: 40 uur arts, 60 uur verpleegkundige en 25 uur administratief medewerker voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 20%.

Voorraadbeheer:

Een verpleegkundige checkt gemiddeld 1x per maand (2 uur) de voorraden (inclusief bijbestellen).

Normering outbreak management (uren per week/jaar)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	Per 100.000 Meer/minder
Outbreak preparatie	4 uur per week	4 uur per week		8 uur per week	n.v.t.
Scholing en oefenen	12 uur per pers/jaar	12 uur per pers/jaar	12 uur per pers/jaar		n.v.t.
2 grotere outbreaks per jaar	80 uur per jaar	120 uur per jaar	50 uur per jaar	250 uur per jaar	Factor 20%
Voorraadbeheer		24 uur per jaar		24 uur per jaar	n.v.t.

Terug naar inhoudsopgave

9: Onderzoek

Het doen van onderzoek is vaak een sluitpost binnen het team. Onderzoek is belangrijk in verband met het onderhouden van affiniteit met onderzoek(resultaten). Tegenwoordig zijn er mogelijkheden om extern gefinancierd aan onderzoek te doen, bijvoorbeeld middels het regionaal programmabudget (RIVM). Dit vraagt echter voorbereidende activiteiten zoals het inventariseren van ideeën en het opstellen van onderzoeksplannen. Zodra een voorstel wordt gehonoreerd en dus gefinancierd (inclusief uren) valt dit buiten de normering. Ook werken GGD'en in toenemende mate samen met een academische werkplaats. Deze samenwerking vraagt van de GGD een bepaalde inspanningsverplichting. Dit is meegenomen in de normering.

Doelstelling:

- Praktisch implementeerbare kennis gegenereerd
- Effect van interventies geëvalueerd
- Onderhouden van onderzoekservaring binnen de GGD

Gerelateerde activiteiten	Beoogd resultaat
Inventariseren van ideeën voor onderzoek	• Onderwerpen voor onderzoek bekend die maatschappelijk en/of politiek relevant zijn, praktisch uitvoerbaar en mogelijk (formatie/budget beschikbaar)
Opstellen van onderzoeksplannen	• Onderzoeksplan met gerelateerd budget beschikbaar
Uitvoeren van onderzoek (aanvraag, uitvoer, dataverwerking, evaluatie, publicatie)	• Afgerond onderzoek
Samenwerking met o.a. Academische werkplaats/RIVM	• Samenwerking gerealiseerd

Overwegingen normering:

De hier genormeerde uren moeten gezien worden als een minimum, bijvoorbeeld om deelname binnen een academische werkplaats te borgen, een klein onderzoek uit te voeren of te participeren in een regionaal of landelijk onderzoek. Onderzoek is niet alleen het domein van de arts infectieziektebestrijding, ook verpleegkundigen moeten de mogelijkheid hebben om onderzoekservaring op te doen.
Tijdsbesteding: Per jaar 100 uur arts, 50 uur verpleegkundige en 25 uur administratief medewerker voor een GGD met een werkgebied van 500.000 inwoners. Per 100.000 inwoners meer of minder + / - 10%..

Normering onderzoek (uren per jaar)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	Per 100.000 Meer/minder
Onderzoek en samenwerking onderzoek	100 uur per jaar	50 uur per jaar	25 uur per jaar	175 uur per jaar	Factor 10%

Terug naar inhoudsopgave

Individuele meldingen infectieziekten

Specifieke aandachtspunten individuele meldingen

In de inleiding is bij "nieuwe ontwikkelingen en aandachtspunten" beschreven welke (nieuwe) factoren zijn meegenomen bij het vaststellen van de normering. Een aantal hiervan zijn ook van toepassing op de normering van individuele meldingen. Deze worden hier voor de duidelijkheid herhaald en aangevuld met factoren die specifiek van toepassing zijn op individuele meldingen.

- In de nieuwe normering zijn meer infectieziekten genormeerd dan in de versie van 2004. Dit geldt voor een aantal toen al meldingsplichtige infectieziekten, maar ook voor de meeste infectieziekten die sinds eind 2008 meldingsplichtig zijn geworden. Voor weinig voorkomende infectieziekten is er weinig praktijkervaring. De normering is dan gebaseerd op inschatting en vergelijking met infectieziekten waarbij ongeveer dezelfde werkzaamheden van de GGD verwacht worden. Voor een aantal infectieziekten is niet genormeerd omdat een benadering van de te verwachten tijdsbesteding per melding op voorhand onmogelijk is. Zo is er voor gekozen de A-ziekten niet te normeren, evenals Difterie, Pest, Antrax en Trichinose. Daarnaast is TBC als meldingsplichtige infectieziekte niet genormeerd (aparte afdeling).
- Bij de normering wordt uitgegaan van een gemiddelde reistijd van 1,5 uur (heen- en terugreis).
- In de praktijk vindt melding meestal plaats door het laboratorium. De GGD zoekt dan contact met de behandelaar voor aanvullende informatie (1^{e} ziektedag, klinisch beeld, etc.) en afstemming over het benaderen van de patiënt door de GGD. In de normering worden deze activiteiten meegenomen in "Verificatie van een signaal".
- Wanneer het aantal meldingen beïnvloedt wordt door nieuwe diagnostische technieken zoals de PCR, wordt dit bij de desbetreffende infectieziekte benoemd en beschreven. Een toename van het aantal meldingen kan namelijk betekenen dat de gemiddelde werkbelasting per melding juist verminderd. Het is ondoenlijk om in het model wat dit betreft rekening te houden met lokale omstandigheden (GGD'en met en zonder PCR). Daarnaast is hier ook duidelijk sprake van een momentopname. Ten aanzien van verschillende verwekkers is er discussie over de werkzaamheden door de GGD n.a.v. een melding (bijvoorbeeld STEC, Shigella, kinkhoest).
- Invoering van registratiesystemen bij de GGD vraagt van GGD'en om, meer dan vroeger, systematisch gegevens vast te leggen. De tijd die hiermee gemoeid is wordt vastgelegd onder "Registratie/rapportage en verslaglegging" en zal gemiddeld meer bedragen dan 10 jaar geleden. Tegenover deze tijdsinvestering staat een verbetering van de kwaliteit en toetsbaarheid en de mogelijkheid om gegevens beter te ontsluiten.
- Per infectieziekte is een inschatting gemaakt over de vraag of een (huis)bezoek geïndiceerd is en in welk percentage. Afhankelijk van de lokale situatie en ideeën over het nut van (huis)bezoeken zal de praktijk per GGD kunnen verschillen. Voor meldingen hepatitis B kan in het model aangegeven worden of men op huisbezoek gaat dan wel de cliënt meestal op de GGD ziet. Voor de overige infectieziekten wordt gewerkt met een gemiddelde.

- GGD'en krijgen meer meldingen dan er uiteindelijk meldingsplichtig blijken te zijn, terwijl er bij deze meldingen wel tijd gemoeid is met het uitzoeken of er sprake is van een meldingsplichtige situatie. Daarnaast zijn er de meldingen van niet-meldingsplichtige infectieziekten waar wel actie op wordt genomen. Een bekend voorbeeld is een melding scabiës, maar ook prikaccidenten en vragen over rabiësrisico zijn goede voorbeelden. Voor een aantal van dit soort meldingen is een specifieke normering vastgesteld. Voor de overige niet-meldingsplichtige meldingen is een gemiddelde tijdsinvestering vastgesteld.
- GGD'en worden regelmatig geïnformeerd over situaties waarbij er mogelijk sprake is van een risico humaan. Hieronder vallen bijvoorbeeld de meldingen van de NVWA (bijvoorbeeld Q-koorts bij geiten of schapen of salmonella op een runderen bedrijf) en meldingen van legionella in water. In de normering is voor dit soort meldingen de tabel "Normering overige meldingen / signalen (legionella in water, NVWA meldingen, etc.)"opgenomen, zie deeltaak 4 bron- contactonderzoek

Systematiek normering per infectieziekte

In deze bijlage staat van alle infectieziekten die genormeerd zijn een korte beschrijving. Per infectieziekte wordt eerst heel kort het ziektebeeld, het aantal meldingen in Nederland en de belangrijkste maatregelen die de GGD kan/moet nemen beschreven. Volledigheid is hierbij niet nagestreefd. Het is met name bedoeld voor de minder ingewijde die toch een idee wil hebben waarom het draait bij de desbetreffende infectieziekte. Bij deze korte omschrijving is gebruik gemaakt van:

- Praktische handleiding "Melden van infectieziekten conform de Wet publieke gezondheid"
- Voor de schatting van het aantal meldingen per GGD van de website van het RIVM: www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/M/Meldingsplicht_infectieziekten/Open_rapportages_meldingsplichtige_infectieziekten
- LCI richtlijnen en draaiboeken
- Verpleegkundige stappenplannen Infectieziekten (VSI)
- Kennis / ervaring infectieziektebestrijders van de GGD

Vervolgens worden de doelen zoals geformuleerd in de Verpleegkundige Stappenplannen (VSI) vermeld. Voor enkele infectieziekten is (nog) geen VSI beschikbaar.

Daarna worden de overwegingen die bij de normering een rol hebben gespeeld beschreven. Voor het vaststellen van de benodigde tijd per meldingsplichtige infectieziekte werden in 2004 de werkzaamheden onderverdeeld in een aantal kenmerkende stappen die aansluiten bij de werkprocessen zoals beschreven in de verpleegkundige stappenplannen (VSI's). Ook voor de herziening van 2013 is dit principe gehanteerd, de indeling werd enigszins aangepast en verder uitgesplitst. Alleen overwegingen die specifiek zijn voor de desbetreffende infectieziekte en van invloed zijn geweest op de normering van deze infectieziekte worden per melding expliciet beschreven. In de tabellen is de complete tijdsbesteding steeds terug te vinden.

Indeling 2004:

- Binnenkomst signaal
- Huisbezoek
- Reistijd
- Rapportage
- Overleg
- Administratie

Indeling 2013:

- ***Verificatie van een signaal, inclusief overleg met de behandelaar***
  Voor een arts is hiervoor altijd minimaal 0,1 uur genormeerd (beoordeling la uitslag/diagnose), wanneer het een infectieziekte betreft waarbij hiermee extra tijd gemoeid is kan hiervoor 0,25 of 0,50 uur genormeerd zijn. Voor een verpleegkundige is standaard 0,5 uur genormeerd, wanneer er meer tijd gemoeid is met signaalverificatie kan dit 0,75, 1 of 1,5 uur zijn.

- ***Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten***
  Het gaat hier om het overleg met de index en contacten. Per infectieziekte kan de werkwijze variëren van een huisbezoek, bezoek aan instellingen, afspraak op de GGD en/of telefonisch/schriftelijk contact. Ook het regelen van OGZ-diagnostiek en het regelen van profylaxe en de nazorg vallen hieronder. In de praktijk zijn dit vooral werkzaamheden die door de verpleegkundige worden uitgevoerd waarbij de tijdsinvestering sterk kan variëren (van 0,10 tot 5,0 uur).

- ***Reistijd***
  Wanneer er een (huis)bezoek plaatsvindt wordt hier de gemiddelde tijdsinvestering aangegeven. Voor een bezoek op locatie is 1,5 uur reistijd genormeerd. Wanneer voor de desbetreffende infectieziekte in 50% van de meldingen een huisbezoek wordt gedaan, wordt dus 0,75 uur genormeerd. Wanneer de index of contacten op de GGD worden ontvangen is de reistijd 0.

- ***Registratie/rapportage/verslaglegging***
  Hieronder worden gerekend de registratie/verslaglegging in het registratiesysteem van de GGD en in Osiris, maar ook het schrijven van een terugkoppelingsbrief aan de behandelaar, de administratieve verwerking van de OGZ-diagnostiek en het afsluiten van een casus.
  Voor een arts is minimaal 0,10 genormeerd, bij sommige infectieziekten 0,25 of 0,5 uur.
  Voor een verpleegkundige varieert de tijdsbesteding van 0,25 uur tot 3 uur.

- ***Overleg intern***
  Hieronder valt het overleg binnen het team infectieziektebestrijding , in de praktijk meestal tussen arts en verpleegkundige. De tijdsinvestering varieert van 0,10 tot 1 uur, zowel voor de arts als de verpleegkundige.

- ***Overleg Extern***
  Hieronder valt vervolgoverleg met de behandelaar, verwijzing naar specialist, overleg met instellingen, overige ketenpartners en CIb/LCI. De tijdsinvestering varieert van 0 tot 1 uur voor een arts en 0 tot 2 uur voor een verpleegkundige .

- ***Administratie***
  Hieronder vallen de werkzaamheden van een administratief medewerker. Bij de meeste GGD'en heeft de administratief medewerker een rol bij het aanmaken van een melding in het registratiesysteem van de GGD en soms ook in Osiris. Daarnaast vallen hieronder ontvangst en verwerking van uitslagen/post/e-mail, aannemen van telefoontjes, uitwerken en verzenden van brieven, vragenlijsten, factuurverwerking en archiveringswerkzaamheden. De tijdsinvestering varieert van 0,5 tot 0,75 uur per melding.

Terug naar inhoudsopgave

Lijst van meldingsplichtige infectieziekten /situaties

Groep A	Pokken	SARS
	Polio	Virale hemorragische koorts
Groep B1	Humane infectie dierlijk influenzavirus	Rabiës
	Difterie	Tuberculose
	Pest	
Groep B2	Buiktyfus	Paratyfus
	Cholera	Rubella
	Hepatitis A	STEC / EHEC
	Hepatitis B	Shigellose
	Hepatitis C	Invasieve groep A streptokokken
	Kinkhoest	Voedselinfectie
	Mazelen	
Groep C	Antrax	Listeriose
	Bof	Malaria
	Botulisme	Meningokokkenziekte
	Brucellose	MRSA-infectie (clusters extramuraal)
	Ziekte van Creutzfeldt-Jakob, klassiek	Invasieve pneumokokkenziekte
	Ziekte van Creutzfeldt-Jakob, variant	Psittacose
	Gele koorts	Q-koorts
	Invasieve H.Influenzae type b	Tetanus
	Hantavirusinfectie	Trichinose
	Legionellose	West-Nilevirus
	Leptospirose	

Lijst overige en niet-meldingsplichtige meldingen

Artikel-26 melding
Beoordeling Prik/besmettingsaccident
Beoordeling Rabiësrisico
Scabiës
Overige niet-meldingsplichtige meldingen
Overige signalen

Buiktyfus (typhoid fever)

Ziektebeeld: Buiktyfus is een ernstige infectieziekte met kans op verspreiding van mens op mens. Buiktyfus is voornamelijk een importziekte. Het belangrijkste ziekteverschijnsel bij buiktyfus is koorts. In bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld als een drager werkzaam is in de levensmiddelensector) kan een epidemie mogelijk zijn. Een (tijdelijk) verbod op beroepsuitoefening kan nodig zijn als de patiënt werkzaam is in de voedselbereiding.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden tussen de 15 en 40 gevallen gemeld, meestal opgelopen in het buitenland.

Maatregelen GGD: De GGD doet bron- en contactonderzoek. De nadruk ligt op het geven van hygiëneadviezen. De GGD adviseert over wering, werkhervatting en vervolgen (bacteriologisch) van patiënt en/of contacten. Een (tijdelijk) verbod op beroepsuitoefening kan nodig zijn als de patiënt werkzaam is in de voedselbereiding of werkt met immuungecompromitteerden.

Doelen (VSI):

- Transmissie van buiktyfus/paratyfus is voorkomen
- Relaties van de patiënt hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en de preventie maatregelen
- Patiënt heeft inzicht in de te nemen hygiënische maatregelen die verspreiding naar andere personen voorkomen
- Door middel van bronopsporing en contactonderzoek is de mogelijke bron bekend en zijn de contacten geïdentificeerd, geadviseerd en zijn indien nodig, hun faeces gecontroleerd (volgens de LCI-richtlijn)
- De meldend arts is op de hoogte van de preventieve maatregelen zoals genoemd in de (landelijke) protocollen van de LCI

Overwegingen normering

Algemeen: Bij een melding buiktyfus zal er altijd overleg zijn met de behandelaar, meestal ook telefonisch overleg met de index, waarbij in 50% een huisbezoek volgt.

Verificatie van een signaal: 0,85 uur
Contact met behandelaar over, onder andere, het klinisch beeld, reisbestemming en mogelijke bron.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Meestal is er contact met de index en in 50% van de gevallen vindt een huisbezoek plaats.

Reistijd: 0,75 uur
In 50% van de gevallen vindt er een huisbezoek plaats.

Overleg extern: 0,5 uur
Incidenteel vindt er overleg plaats met de behandelaar, ketenpartners, of een bedrijf.

Normering Buiktyfus

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,75		0,85
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd		0,75		0,75
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,25	0,75		1,00
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,85	4,25	0,50	5,60

Naar overzicht

Cholera

Ziektebeeld: Cholera is een acute, besmettelijke darmziekte. De voornaamste verschijnselen zijn hevige diarree en heftig braken. Cholera is een importziekte die de afgelopen jaren slechts af en toe werd vastgesteld in ons land. Besmetting vindt meestal plaats door besmet water of voedsel. Bronopsporing en hygiëne maatregelen zijn van belang.

Aantal meldingen: Cholera is een importziekte in Nederland en zeer zeldzaam. Jaarlijks worden er 1 tot 5 gevallen gemeld.

Maatregelen GGD: Bij 2 bevestigde gevallen binnen 5 dagen dient bronopsporing plaats te vinden. Bronopsporing bij reizigers gebeurt alleen bij een uitbraak indien er verdenking bestaat op besmetting tijdens de reis (bijvoorbeeld door besmet vliegtuigvoedsel).

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Een melding Cholera is zeldzaam in de Nederlandse situatie. Het vaststellen van een normering heeft daardoor beperkte waarde.

Verificatie van een signaal: 0,85 uur
Contact met behandelaar over het klinisch beeld, reisbestemming en mogelijke bron.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,75 uur
Meestal is er telefonisch contact met de index of zijn familie, in de regel geen huisbezoek.

Reistijd: Geen

Overleg extern: 1,0 uur
Hieronder valt overleg met CIb, behandelaar, een instelling of bedrijf.

Normering Cholera

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,75		0,85
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,75		0,75
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 1,00		1,00 1,00
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,70	3,75	0,50	4,95

Naar overzicht

Hepatitis A

Ziektebeeld: Hepatitis A is een besmettelijke leverontsteking (geelzucht). Het is een milde infectieziekte bij kinderen, maar heeft een ernstiger beloop bij volwassenen. Bij personen die hepatitis A oplopen gaat het vaak om reizigers naar gebieden waar hepatitis A veel voorkomt die voor vertrek niet zijn gevaccineerd. In Nederland komen met enige regelmaat kleine clusters hepatitis A voor op scholen en kinderdagverblijven. Hier zijn vaccinatiecampagnes aangewezen om verdere verspreiding van de ziekte te voorkomen.

Aantal meldingen: Het aantal meldingen hepatitis A lijkt geleidelijk af te nemen. In de jaren ’90 werden per jaar 600 tot 1200 gevallen gemeld, tussen 2004 en 2011 ging het nog om 100 tot 450 meldingen.

Maatregelen GGD: Bron- en contactopsporing moet altijd plaatsvinden. Bij clusters kan soms uitgebreider contactonderzoek noodzakelijk zijn. Naast het geven van hygiëneadviezen is het belangrijk om onbeschermde contacten te vaccineren, soms komen grotere groepen (schoolklassen) hiervoor in aanmerking.

Doelen (VSI):

- Transmissie van hepatitis A is voorkomen
- De patiënt en relaties van de patiënt hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en de preventiemaatregelen
- De behandelaar en/of andere betrokken zorgverleners zijn bekend met het profylaxebeleid en het doel
- Risicocontacten zijn geïnventariseerd en krijgen zo nodig profylaxe

Overwegingen normering:

Algemeen: De werkzaamheden naar aanleiding van een melding hepatitis A hangen sterk samen met de context. Een kind met hepatitis A maakt deel uit van een gezin, maar zit ook op school of kinderdagverblijf. Bij volwassenen speelt het beroep een rol bij de te nemen maatregelen. Naast het doen van bron- en contactonderzoek zijn daarom vaak ook voorlichtingsactiviteiten, verzorgen van profylaxe (vaccinatie gezinsleden, schoolklassen, etc..) en soms communicatie met de media aan de orde. Met een afnemend absoluut aantal meldingen hepatitis A neemt percentueel het aantal meldingen waarbij uiteindelijk blijkt geen sprake te zijn van een recente hepatitis A infectie toe. Vaak heeft dan al het nodige overleg plaatsgevonden (laboratorium, behandelaar, index). Wanneer de conclusie is dat het geen recente hepatitis A betreft, wordt deze als niet-meldingsplichtige melding meegenomen in de normering (zie deeltaak bron- en contactonderzoek en laatste pagina's van deze bijlage). In de normering wordt een uitbraak apart genormeerd, dit kan ook een cluster/uitbraak hepatitis A betreffen (zie onder outbreak management).

Verificatie van een signaal: 1,25 uur
Bij een acute hepatitis A vindt overleg plaats met de behandelaar over het klinisch beeld, de sociale omgeving van de index en mogelijke bronnen.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 3,0 uur
In het eerste (telefonisch) contact met de index (0,5 uur) is een inschatting van de sociale context essentieel. Er vindt aansluitend meestal een huisbezoek plaats waarbij o.a. aandacht voor de hygiëne (1,5 uur). Bij kinderen volgt vaak ook een bezoek aan school, kinderdagverblijf of (sport)vereniging (1,5 uur). Bij volwassenen zijn bezoeken aan de werkplek afhankelijk van het beroep (voedselbereiding, zorg, onderwijs). Gemiddeld wordt uitgegaan van één huisbezoek plus in 50% van de gevallen een tweede bezoek elders.

Reistijd: 2,25 uur
Gemiddeld vinden er 1,5 (huis)bezoeken plaats per melding.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 2,25 uur
Hieronder vallen het vastleggen van bron- en contactonderzoek, invullen Osiris, terugkoppelingsbrief naar behandelaar en het bijhouden van het OGZ-registratiesysteem.

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 2,0 uur.
Naast bezoek aan school, kinderdagverblijf of bedrijf, vindt hiermee ook vaak nog extra telefonisch overleg plaats of zijn er vragen van andere instellingen/organisaties/personen. Daarnaast is er soms overleg met LCI, andere GGD'en en de huisarts.

Normering Hepatitis A

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	1,00		1,25
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		3,00		3,00
Reistijd		2,25		2,25
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,25	2,00		2,25
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	1,00 2,00		1,50 2,00
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	1,00	11,25	0,75	13,00

Naar overzicht

Hepatitis B

Ziektebeeld: Hepatitis B is een ernstige acute of chronische ontsteking van de lever met kans op levenslang dragerschap. Hepatitis B is overdraagbaar via bloedcontact, seksueel contact, van moeder op kind of via met bloed verontreinigde lichaamsvloeistoffen.

Aantal meldingen: Gemiddeld worden in Nederland tussen de 200 en 250 gevallen van acute hepatitis B aangegeven en 1500 tot 1800 dragers (chronische hepatitis B).

Maatregelen GGD: Bronopsporing is nodig bij alle gevallen van acute hepatitis B en in de meeste gevallen van dragerschap. Omdat bij een chronisch geïnfecteerde het moment van besmetting meestal niet duidelijk is worden alle mogelijke risicomomenten in kaart gebracht. Contacten moeten, indien mogelijk, gecontroleerd worden op HBV-dragerschap en bij afwezigheid hiervan eventueel gevaccineerd worden.

Doelen (VSI): Hepatitis B-Acuut

- Patiënt heeft inzicht in zijn ziekte, de transmissieroute, het verloop en de eventuele behandeling
- Patiënt heeft inzicht in welke preventieve maatregelen hij moet nemen om verspreiding naar andere personen te voorkomen
- De mogelijke bron is bekend en de risicocontacten van de bron zijn geïdentificeerd, gewaarschuwd en voorgelicht over het tijdstip van screening
- De gezins- of andere risicocontacten van de patiënt zijn gescreend, zo nodig beschermd, voorgelicht en geadviseerd over het risico van transmissie van Hepatitis B
- Gegevens zijn verzameld voor surveillance

Doelen (VSI): Hepatitis B-Chronisch

- De patiënt heeft inzicht in zijn/haar dragerschap Hepatitis B, de transmissieroute, het verloop en de controles en eventuele behandeling
- Door middel van bronopsporing is de meest waarschijnlijke bron bekend

- De gezins- of andere risicocontacten van de patiënt zijn gescreend, zo nodig beschermd, voorgelicht en geadviseerd over het risico van transmissie van hepatitis B
- De patiënt en de contacten hebben inzicht in welke preventieve maatregelen zij moeten nemen om verspreiding naar andere personen te voorkomen
- Gegevens zijn verzameld voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: Bij Hepatitis B speelt de privacy van de patiënt, en mogelijk betrokkenen, een grote rol. Er dient omzichtig gewerkt te worden hetgeen tijd kost. Communicatie met patiënten afkomstig uit anderstalige landen zal meer tijd kosten vanwege een taalbarrière (in de praktijk betreft dit ongeveer 30% van de patiënten). Soms moet een tolk worden ingeschakeld. De laatste jaren is er meer aandacht voor het contactonderzoek. Een deel van de GGD'en voert inmiddels screening en vaccinatie van contacten zelf uit. Uiteraard kost ook dit meer tijd. Het model houdt rekening met verschillen in werkwijze tussen GGD'en (wel/geen huisbezoek, contactonderzoek wel/niet volledig door de GGD).

Verificatie van een signaal: 1,25 uur
Er vindt o.a. overleg plaats met de behandelaar waarbij aanvullend labonderzoek (leverfuncties, hepatitis B-Markers), de sociale omgeving van de index en een mogelijke bron ter sprake komen.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: (2 opties in het model)

- Contactonderzoek deels door de GGD: 3,0 uur
  Hieronder vallen een 1ste gesprek middels huisbezoek of op de GGD, vervolggesprekken (deels telefonisch) met index, partner en andere contacten, inclusief nazorg.
- Contactonderzoek volledig door de GGD: 5,0 uur
  Hieronder vallen een 1ste gesprek middels huisbezoek of op de GGD (gemiddeld 1,5 uur), vervolggesprekken (deels telefonisch) met index, inclusief nazorg en de screening, vaccinaties (3x) en titerbepaling van contacten (gemiddeld 2 per index).

Reistijd (2 opties in het model): 0 of 1,5 uur

- Contact index middels huisbezoek. Er wordt uitgegaan van gemiddeld 1 bezoek.
- Contact index op de GGD (geen reistijd)

Registratie/rapportage/verslaglegging: 2,25 uur
Bij hepatitis B vindt meer dan gemiddeld verslaglegging plaats i.v.m. het bron- en contactonderzoek, terugkoppelingsbrief naar behandelaar en registratie (OGZ) diagnostiek.

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg Extern: 0,5 uur
Er vindt vaak aanvullend overleg met behandelaar/specialist, arbodienst of instelling plaats.

Normering Hepatitis B

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. Medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	1,00		1,25
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten ▪ Contactonderzoek deels GGD ▪ Contactonderzoek volledig GGD		 3,00 5,00		3,00 – 5,00
Reistijd Geen reistijd (afspraak op GGD)		1,50 0,00		0 – 1,50
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,25	2,00		2,25
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,75	
Totaal aantal benodigde uren	1,00	7,00– 10,50	0,75	8,75 – 12,250

Naar overzicht

Hepatitis C (acuut)

Ziektebeeld: Hepatitis C is een ernstige en besmettelijke leverziekte. Alleen recent opgelopen hepatitis C is meldingsplichtig, aangezien alleen hier brononderzoek en eventuele onderbreking van transmissie uitvoerbaar is.

Aantal meldingen: In de periode 2004-2011 waren er tussen de 25 en 75 meldingen acute hepatitis C per jaar.

Maatregelen GGD: Brononderzoek is nodig om (iatrogene) verspreiding via transfusie of besmette instrumenten te achterhalen en te stoppen.

Doelen (VSI):

- De patiënt heeft inzicht in zijn/haar besmetting met het hepatitis C-virus, de transmissieroute, het verloop, de controles en eventuele behandelingsmogelijkheden
- Door middel van bronopsporing is de meest waarschijnlijke bron bekend
- De patiënt heeft inzicht in welke preventieve maatregelen hij/zij moet nemen om verspreiding naar andere personen te voorkomen
- Gegevens zijn verzameld voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: Melding hepatitis C aan de GGD vindt plaats op basis van een lab uitslag waarbij het op voorhand niet duidelijk is of er sprake is van een acute of chronische hepatitis C. Het merendeel blijkt na overleg met behandelaar meest waarschijnlijk chronisch en is dus niet meldingsplichtig. Deze meldingen worden als niet- meldingsplichtige meldingen meegenomen in de normering (zie

deeltaak bron- en contactonderzoek en laatste pagina's van deze bijlage). Wanneer er bij een acute infectie aanknopingspunten zijn voor een mogelijk (iatrogene) bron kunnen de werkzaamheden omvangrijk worden, dit is niet in de normering opgenomen.

Verificatie van een signaal: 1,0 uur
Er vindt overleg plaats met de behandelaar over klinisch beeld, eerdere lab bevindingen en mogelijke oorzaken van een recente besmetting. De praktijk leert dat het regelmatig de nodige inspanning vraagt om contact te leggen met de behandelaar.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Meestal vindt alleen telefonisch contact met de index plaats. Soms is de voorlichting al door de consulent in het ziekenhuis (bv de HIV-verpleegkundige) verzorgd.

Reistijd: Geen

Registratie/rapportage/verslaglegging in registratiesysteem: 1,60 uur
Het betreft o.a. het vastleggen van informatie inclusief brononderzoek in het eigen registratiesysteem, invullen Osiris en terugkoppelingsbrief naar behandelaar.

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 0,5 uur
In de meeste situaties zal dit beperkt zijn.

Normering Hepatitis C (acuut)

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,75		1,00
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,85	4,25	0,75	5,88

Naar overzicht

Pertussis (Kinkhoest)

Ziektebeeld: Kinkhoest is vooral een ernstige infectieziekte bij jonge zuigelingen en kenmerkt zich door hoestklachten. In gezinnen met jonge, niet gevaccineerde kinderen kan profylaxe aangewezen zijn. In landen met een hoge vaccinatiegraad (zoals Nederland) spelen adolescenten

en volwassenen een steeds belangrijkere rol in de transmissie. Om het voorkomen van kinkhoest en de werkzaamheid van het vaccin te monitoren is kinkhoest een meldingsplichtige infectieziekte.

Aantal meldingen: Sinds 1996 is het aantal gevallen van kinkhoest in Nederland toegenomen. Jaarlijks worden 3.000 tot 10.000 gevallen van kinkhoest gemeld.

Maatregelen GGD: De werkzaamheden van de GGD beperken zich veelal tot een bijdrage aan de landelijke surveillance. Incidenteel wordt geadviseerd over profylaxe in gezinnen met een zwangere of ongevaccineerde zuigeling.

Doelen (VSI):

- Risicopersonen, te weten niet- of onvolledig gevaccineerde kinderen onder de leeftijd van 1 jaar, kinderen die op het punt staan geboren te worden (zwangerschap > 34 weken) en kinderen met ernstige hart-of longafwijkingen (bijvoorbeeld Cystic fibrosis), worden adequaat beschermd tegen kinkhoest
- Ouder(s) en/of verzorgers van risicokinderen hebben inzicht en toegang tot de preventieve maatregelen die genomen kunnen worden
- De meldende arts is op de hoogte van het protocol met betrekking tot risicopersonen
- De gegevens zijn verzameld voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: Het aantal kinkhoest meldingen varieert van jaar tot jaar. Het gemiddeld aantal nieuwe gevallen neemt toe. Het aantal vragen naar aanleiding van een melding lijkt af te nemen. Hiermee is minder tijd gemoeid dan in 2004. De noodzakelijk geachte werkzaamheden naar aanleiding van een melding kinkhoest zijn momenteel onderwerp van discussie (LOI). Het is nu (maart 2013) nog niet duidelijk of gekozen zal worden voor een werkwijze waarbij in de meeste gevallen contact gelegd wordt met behandelaar en/of index in verband met nagaan van eerste ziekte dag en aanwezigheid risicopersonen rondom de index, of dat voor een andere werkwijze gekozen zal worden, waarvan de inschatting is dat deze minder tijd zal vragen. In de normering is gekozen voor de werkwijze zoals voorgesteld in het LOI van november 2012.

Verificatie van een signaal: 0,25 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,1 uur
In ongeveer 1 op de 4 meldingen vindt telefonisch overleg plaats met de index.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,3 uur.

Overleg Intern: 0,2 uur.
Alle werkzaamheden van de arts t.a.v. een melding kinkhoest zijn hier ondergebracht.

Overleg Extern: geen
Dit komt in verhouding tot het aantal meldingen zelden voor.

Verwerking administratie: 0,75 uur
De administratie verzorgt het navragen van de vaccinatiestatus bij het RIVM plus een deel van de registratiewerkzaamheden in het GGD-registratiesysteem en Osiris.

Normering Kinkhoest

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,25		0,35
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,10		0,10
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,05	0,25		0,30
Overleg Intern Overleg Extern	0,10	0,10		0,20
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,25	0,70	0,75	1,70

Naar overzicht

Mazelen

Ziektebeeld: Mazelen is een zeer besmettelijke virusziekte met soms ernstige complicaties, zoals encefalitis of een levensbedreigende pneumonie. Ondanks mazelenvaccinatie (RVP) komt mazelen sporadisch voor bij ongevaccineerden.

Aantal meldingen: In 2008 waren er verschillende mazelenuitbraken onder ongevaccineerden met veel onderlinge contacten. De laatste landelijke epidemie was in 2000 (3300 meldingen waarvan 95% niet was gevaccineerd). In jaren zonder duidelijke verheffing gaat het om tussen de 1 en 50 meldingen per jaar.

Maatregelen GGD: Melding van mazelen is van belang voor het bepalen van de effectiviteit van het mazelenvaccin. Ook moet gelet worden op mogelijke import van de ziekte uit het buitenland. Door de aanwezigheid van geografisch geclusterde groepen niet-gevaccineerden ligt een uitbraak van mazelen altijd op de loer. GGD'en spelen dan een rol bij monitoring, informatievoorziening en aanbieden van vaccinatie (organiseren vaccinatiecampagnes).

Doelen (VSI):

- Transmissie van mazelen en nieuwe ziektegevallen is voorkomen
- De mogelijke bron is bekend
- Wanneer het een solitair geval betreft is het mazelenvirus getypeerd in het kader van de moleculaire epidemiologische surveillance van mazelenvirussen
- Patiënt en/of ouders/verzorgers hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en het verloop
- Patiënt en/of ouders/verzorgers hebben inzicht in welke voorzorgsmaatregelen zij moeten nemen om verspreiding naar andere personen te voorkomen
- Personen met verhoogde kans op ernstig beloop en/of behorend tot de risicogroep hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en maatregelen die eventueel noodzakelijk zijn
- Gegevens zijn geïnventariseerd voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: In jaren zonder verheffing (epidemie) van mazelen is een melding een betrekkelijk zeldzame gebeurtenis, waarbij de nadruk ligt op verificatie van het signaal en vervolgens op het bron- en contactonderzoek. Deze normering gaat uit van die situatie. Bij een epidemie zullen sommige GGD'en (regio's met lage vaccinatiegraad) veel meldingen hebben en activiteiten ontplooien die deels los staan van de individuele meldingen.

Verificatie van een signaal: 1,1 uur.
Dit vraagt veel tijd omdat de GGD inspanningen verricht om een klinische diagnose laboratorium bevestigd te krijgen. Regelmatig verstuurt de GGD onderzoeksetjes aan de huisarts of index.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Overleg vindt meestal telefonisch plaats, incidenteel zal een huisbezoek plaatsvinden.

Reistijd: geen
Meestal vindt geen (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,85 uur.
Hieronder valt ook het informeren van de behandelaar/arts over de uitslag (ingeval GGD diagnostiek heeft verricht).

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 1,0 uur
Regelmatig zal met bijvoorbeeld een school overleg plaatsvinden. Ook zal er vaak met de LCI overleg zijn over een casus.

Normering Mazelen

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	1,00		1,10
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,50	0,50 0,50		1,00 1,00
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	1,20	3,75	0,50	5,45

Naar overzicht

Paratyfus

Ziektebeeld: Paratyfus is een ernstige infectieziekte met kans op verspreiding van mens op mens. Paratyfus gaat gepaard met algemene ziekteverschijnselen zoals koorts. Meldingen paratyfus zijn onderverdeeld in Salmonella paratyphi A, B en C.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden tussen de 10 en 30 gevallen gemeld, waarvan ongeveer 60 % opgelopen in het buitenland.

Maatregelen GGD: De GGD doet bron- en contactonderzoek. De nadruk ligt op het geven van hygiëneadviezen. De GGD adviseert over wering, werkhervatting en vervolgen (bacteriologisch) van patiënt en/of contacten. Een (tijdelijk) verbod op beroepsuitoefening kan nodig zijn als de patiënt werkzaam is in de voedselbereiding of werkt met immuungecompromitteerden.

Doelen (VSI): Buiktyfus/Paratyfus

- Transmissie van buiktyfus/paratyfus is voorkomen
- Relaties van de patiënt hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en de preventie maatregelen
- Patiënt heeft inzicht in de te nemen hygiënische maatregelen die verspreiding naar andere personen voorkomen
- Door middel van bronopsporing en contactonderzoek is de mogelijke bron bekend en zijn de contacten geïdentificeerd, geadviseerd en zijn, indien nodig, hun feces gecontroleerd (volgens de LCI-richtlijn)
- De meldend arts is op de hoogte van de preventieve maatregelen zoals genoemd in de (landelijke) protocollen van de LCI

Overwegingen normering:

Algemeen: Van de gemelde Salmonella groep A, B en C (soms op basis van PCR) blijkt bij nadere subtypering (bijvoorbeeld door RIVM) dat er sprake is van een Salmonella Paratyphi A, B of C. Bij de normering gaan we uit van het totaal aantal meldingen Salmonella met verdenking paratyfus (PCR en/of kweek positief) waarbij er altijd overleg is met de behandelaar, meestal ook telefonisch overleg met de index plaatsvindt en in 50% een huisbezoek volgt.

Verificatie van een signaal: 0,85 uur
Contact met behandelaar over, onder andere, het klinisch beeld en mogelijke bron.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Meestal is er contact met de index en in 50% van de gevallen vindt een huisbezoek plaats.

Reistijd: 0,75 uur
In 50% van de gevallen vindt er een huisbezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,0 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 0,5 uur
Incidenteel vindt er overleg plaats met de behandelaar, ketenpartners, of bedrijf.

Normering Paratyfus

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,75		0,85
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd		0,75		0,75
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,25	0,75		1,00
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,85	4,25	0,50	5,60

Naar overzicht

Rubella

Ziektebeeld: Rubella of rode hond is een ziekte die bij kinderen mild verloopt, maar bij ongeboren kinderen kan leiden tot ernstige afwijkingen zoals congenitaal rubellasyndroom. Via het Rijksvaccinatieprogramma wordt gevaccineerd tegen rubella.

Aantal meldingen: In 2005 vond een epidemie plaats onder ongevaccineerden, met 364 bevestigde gevallen. In de periode 2006-2011 waren er 0 tot 13 meldingen per jaar.

Maatregelen GGD: Het opsporen van niet-immune zwangeren die zijn blootgesteld aan een rubella patiënt is van belang. Daarnaast zijn patiëntgegevens met vaccinatiestatus van belang om de effectiviteit van rubellavaccinatie na te gaan. Door de aanwezigheid van geografisch geclusterde groepen niet-gevaccineerden ligt een uitbraak van rubella altijd op de loer. GGD'en spelen dan een rol bij monitoring, informatievoorziening en aanbieden van vaccinatie.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: In jaren zonder verheffing (epidemie) van rubella is een melding een betrekkelijk zeldzame gebeurtenis, waarbij de nadruk ligt op verificatie van het signaal en het bron- en contactonderzoek. Deze normering gaat uit van die situatie. Bij een epidemie zullen sommige GGD'en (regio's met lage vaccinatiegraad) veel meldingen hebben en activiteiten ontplooien die deels los staan van de individuele meldingen.

Verificatie van een signaal: 1,1 uur.
Dit vraagt veel tijd omdat de GGD inspanningen verricht om een klinische diagnose laboratorium bevestigd te krijgen. Regelmatig verstuurt de GGD onderzoeksetjes aan de huisarts of index.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Overleg vindt meestal telefonisch plaats, incidenteel zal een huisbezoek plaatsvinden.

Reistijd: geen
Meestal vindt geen (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,85 uur.
Hieronder valt ook het informeren van de behandelaar/arts over de uitslag (ingeval GGD diagnostiek heeft verricht)

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 1,0 uur
Regelmatig zal met bijvoorbeeld een school overleg plaatsvinden. Ook zal er vaak met de LCI overleg zijn over een casus.

Normering Rubella

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	1,00		1,10
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,50	0,50 0,50		1,00 1,00
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	1,20	3,75	0,50	5,45

Naar overzicht

Shigatoxine-producerende Escherichia coli (STEC)-infectie

Ziektebeeld: STEC/enterohemorragische E-coli is een ernstige infectie met diarree, soms gecompliceerd door haemolytisch uremisch syndroom (HUS). Bij sommige subtypen (bijvoorbeeld O-157) is het van belang om in verband met de mogelijkheid van voedsel als besmettingsbron, potentiële voedselbronnen na te gaan.

*Aantal meldingen:*Tot enkele jaren geleden was de STEC diagnostiek gebaseerd op de kweek. Het aantal meldingen bedroeg ongeveer 50 per jaar. Inmiddels wordt de STEC in toenemende mate op basis van een PCR vastgesteld. In 2011 resulteerde dit in ruim 650 meldingen.

Maatregelen GGD: De belangrijkste taak van de GGD is om eventuele clusters bijtijds op het spoor te komen. Door snelle bronopsporing kan mogelijk een grote epidemie worden voorkomen.

Doelen (VSI):

- Transmissie van STEC is voorkomen
- De patiënt heeft inzicht in zijn ziekte, de transmissieroute en het verloop
- De patiënt heeft inzicht in welke voorzorgsmaatregelen hij/zij moet nemen om verspreiding naar andere personen te voorkomen
- De mogelijke bron is bekend
- Contactpersonen zijn geïdentificeerd, geadviseerd en indien nodig is hun feces gecontroleerd. Zij zijn op de hoogte gesteld van eventuele wering van werk/school/kinderdagverblijf
- Contacten van de patiënt hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en de preventiemaatregelen

Overwegingen normering:

Algemeen: In toenemende mate wordt in laboratoria de PCR-methode gebruikt. Dit heeft geleid tot een forse toename van het aantal STEC-meldingen aan de GGD. Slechts bij een deel van de PCR positieve STEC's is ook de kweek positief voor STEC, waarna subtypering bij het RIVM plaatsvindt. Er wordt gewerkt aan een landelijke consensus over de werkwijze bij een melding STEC, zodat alleen bij STEC's met bijvoorbeeld een verhoogde kans op HUS de GGD bron- en contactonderzoek verricht. Bij de normering gaan we voorlopig uit van het totaal aantal meldingen STEC (PCR en/of kweek positief) waarbij er altijd overleg is met de behandelaar, in 10% is aanvullend telefonisch overleg met de index geïndiceerd en incidenteel volgt een huisbezoek. Vaak blijkt namelijk uit informatie van de behandelaar dat er geen acute klachten zijn, waardoor bron- en contactonderzoek niet aan de orde zijn.

Verificatie van een signaal: 0,85 uur
Contact met behandelaar over, onder andere, het klinisch beeld en mogelijke bron.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,10 uur
In 10% van de gevallen is er contact met de index, meestal telefonisch.

Reistijd: geen
In verhouding tot het aantal meldingen vindt er zelden een huisbezoek plaats.

Overleg extern: geen
In verhouding tot het aantal meldingen is dit nihil.

Normering STEC-infecties

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,75		0,85
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,10		0,10
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,50		0,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,25		0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,45	1,60	0,50	2,55

Naar overzicht

Shigellose (Bacillaire dysenterie)

Ziektebeeld: Shigellose is een erg besmettelijke infectieziekte. Een van de belangrijkste ziekteverschijnselen is slijmerige diarree met bloed. Naast contactonderzoek wordt ook brononderzoek gedaan in verband met de mogelijkheid van voedsel als besmettingsbron. Personen die werkzaam zijn in de zorg of voedselbereiding worden gecontroleerd totdat feceskweken negatief zijn.

Aantal meldingen: In Nederland komen nu en dan kleinere of grotere explosies voor. Per jaar worden in Nederland ongeveer 300-600 gevallen van shigellose gemeld. Vaak is sprake van importgevallen (75%).

Maatregelen GGD: Bronopsporing moet altijd plaatsvinden, zowel bij solitaire gevallen als bij explosies. Bij explosies kan soms uitgebreider contactonderzoek noodzakelijk zijn.

Doelen (VSI):

- De patiënt heeft inzicht in zijn ziekte, de transmissieroute, het verloop en de eventuele behandeling
- De patiënt heeft inzicht in welke voorzorgsmaatregelen hij moet nemen om verspreiding naar andere personen te voorkomen
- De mogelijke bron is bekend en zijn contactpersonen zijn geïdentificeerd en geadviseerd
- De gegevens zijn verzameld voor surveillance
- Contactpersonen van de patiënt zijn, indien van toepassing, voorgelicht over het risico van transmissie van shigella

Overwegingen normering:

Algemeen: In toenemende mate wordt in laboratoria de PCR-methode gebruikt bij het vaststellen van darmpathogenen. Dit heeft geleid tot een toename van het aantal Shigella meldingen aan de GGD. Slechts bij een deel van de PCR-positieve Shigella's is ook de kweek positief voor Shigella.

Landelijk is inmiddels (in het LOI) consensus bereikt over de werkwijze van een GGD bij een melding Shigella: alleen kweek bevestigde Shigella meldingen zouden aan de GGD gemeld moeten worden en aanleiding moeten zijn voor vervolgacties door de GGD. Bij de normering gaan we daarom nu uit van het aantal door kweek bevestigde meldingen Shigella. In dat geval is er altijd overleg met de behandelaar en de index, in 25 % gevolgd door een huisbezoek.

PS: aangepast n.a.v. laatste LOI maart 2013

Verificatie van een signaal: 0,85 uur
Bij elke melding zal er contact zijn met de behandelaar over, onder andere, het klinisch beeld en de mogelijke bron.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,5 uur
In 75% van de gevallen is er contact met de index, meestal telefonisch.

Reistijd: 0,15 uur
In 10% van de gevallen vindt er een huisbezoek plaats.

Overleg extern: 0,25 uur
Incidenteel vindt er extern overleg plaats met de behandelaar, ketenpartners, of bedrijf.

Normering Shigellose

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,75		0,85
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd		0,40		0,40
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,25		1,00 0,25
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,70	3,65	0,50	4,85

Naar overzicht

Invasieve groep A-streptokokkeninfectie (GAS)

Ziektebeeld: Invasieve groep A-streptokokkeninfectie is een ernstige infectieziekte, die afhankelijk van de klinische presentatie meldingsplichtig is. Binnen het gezin of de directe omgeving kan behandeling met antibiotica aangewezen zijn. Tevens kunnen door de meldingsplicht clusters worden ontdekt en bronnen worden opgespoord.

Aantal meldingen: Sinds invoering meldingsplicht 200 tot 250 meldingen per jaar.

Maatregelen GGD: De GGD verstrekt informatie over de ziekte aan gezinsleden en waarborgt de profylaxe voor deze gezinsleden. Door de meldingsplicht worden clusters zichtbaar en kan de GGD de bron opsporen.

Doelen (VSI):

- Verdere verspreiding en nieuwe ziektegevallen beperken en/of voorkomen door:
  - Nauwe contacten en huishoudcontacten inventariseren en informeren over de symptomen en eventueel gebruik van profylaxe
  - Weringsadvies verstrekken ten aanzien van bepaalde beroepsgroepen
  - De patiënt en zijn omgeving hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute, het verloop en, indien nodig, de profylactische behandeling en preventiemogelijkheden
- De behandelaar en/of andere betrokken zorgverleners kennen het profylaxebeleid bij huishoudcontacten en wordt zo nodig toegepast
- Opsporen van clusters

Overwegingen normering:

Algemeen: Gezien de ernst van het ziektebeeld zijn er vaak veel vragen en soms onrust in de directe omgeving van de patiënt.

Verificatie van een signaal: 0,6 uur
Meestal is er snel duidelijkheid over aard en ernst van de ziekte.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur.
In de meeste situaties vindt overleg plaats met naaste familie van de index. Soms (ongeveer 10%) vindt een bezoek plaats aan (zieken)huis. In 25% van de gevallen coördineert de GGD de profylaxeverstrekking.

Reistijd: 0,15 uur
In 10% van de gevallen vindt er een (zieken)huisbezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 0,5 uur
Soms vindt aanvullend overleg met ziekenhuis(hygiënist), school of bedrijf plaats.

Normering invasieve groep A-Streptokokkeninfectie

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,50		0,60
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,70	4,00	0,75	5,45

Naar overzicht

Voedselinfectie (indien vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron

Ziektebeeld: Voedselinfecties veroorzaken meestal, maar niet uitsluitend, gastro-enteritis. Bij een voedselinfectie bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie is brononderzoek geïndiceerd. Het kan gaan om verwekkers zoals Salmonella, Campylobacter of Norovirus.

Aantal meldingen: Per jaar worden 30 tot 100 voedselinfecties aan de GGD gemeld , hetgeen slechts het topje van de ijsberg is.

Maatregelen GGD: De GGD zal proberen de verwekker en de mogelijke bron te identificeren om zo verdere verspreiding te voorkomen. Dit vaak in samenwerking met de NVWA. Door informeren en adviseren levert de GGD een bijdrage aan het voorkomen van nieuwe uitbraken.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: De tijdsinvestering gemoeid met de afhandeling van acute voedselinfecties hangt van veel factoren af, waarbij de GGD een afweging moet maken tussen de geleverde inspanning en het te verwachten resultaat. Een voedselinfectie in het verpleeghuis is iets anders dan op een bruiloft. Het aantal zieken/gasten, ernst van het beeld, herkomst en traceerbaarheid van de betrokkenen en bijvoorbeeld media aandacht spelen allen een rol. In de normering worden de voedselinfecties in 3 categorieën ingedeeld, waarvan de eerste twee genormeerd worden en de derde categorie beschouwd wordt als een outbreak (zie taakveld outbreak):

1. **Voedselinfectie: afhandeling eenvoudig/afhandeling "op afstand"**
   Bij een melding van een mogelijk voedsel gerelateerde uitbraak zal soms worden volstaan met een goede inventarisatie en het via telefonisch overleg verzamelen (NVWA, index, locatie) van aanvullende informatie, waarbij er geen vragenlijstonderzoek plaatsvindt.

2. **Voedselinfectie: afhandeling complexer, met vragenlijstonderzoek/locatiebezoek**
   In andere situaties zal na de inventarisatie besloten worden tot bijvoorbeeld een locatie bezoek en het uitzetten van vragenlijsten. Het gaat om uitbraken die een duidelijk begin hebben en waarbij er al sterke aanwijzingen zijn in welke context de uitbraak heeft plaatsgevonden (in het verpleeghuis, tijdens een diner, etc..)
3. **Voedselinfectie als outbreak**
   Wanneer een mogelijk aan voedsel gerelateerde uitbraak plaatsvindt met veel patiënten en er gedurende langere tijd nieuwe patiënten gemeld worden en er (aanvankelijk) geen duidelijkheid is over de context zal de afhandeling veel tijd vragen, mede door overleg met en informeren van NVWA, curatieve sector, laboratoria, gemeente, media etc..

Verificatie van een signaal: 2,50 uur
Dit vraagt in situatie 1 en 2 even veel tijd en bestaat uit overleg met 1 of meer personen met klachten, een eerste contact met NVWA en met de locatie waar het e.e.a. heeft plaatsgevonden.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 4,0 uur (situatie 1) of 12,0 uur (situatie 2)
In situatie 1 vindt telefonisch contact plaats met een aantal zieken over de klachten, genuttigd voedsel, inclusief voorlichting, zonder vragenlijstonderzoek en/of nadere diagnostiek.
In situatie 2 vindt ook telefonisch contact plaats met een aantal zieken. Vervolgens wordt een vragenlijst ontwikkelt en uitgezet. Er vindt een locatiebezoek plaats en er wordt uitvoeriger overlegd met de NVWA en andere betrokken instanties.

Reistijd: geen (situatie 1) of 1,5 uur (situatie 2)
In situatie 2 wordt gemiddeld één locatiebezoek afgelegd .

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,5 uur (situatie 1) of 6,0 uur (situatie 2)
Bij het ontwikkelen van een vragenlijst zal de arts nauw betrokken zijn (of een epidemioloog). Werkzaamheden van de verpleegkundige nemen toe naarmate de situatie complexer is.

Overleg intern: 1,0 uur (situatie 1) of 4,0 uur (situatie 2)

Overleg extern: 0,5 uur (situatie 1) of 2,0 uur (situatie 2)
Bij complexere situaties zal zowel intern als extern meer/vaker overlegd worden.

Administratie: 1,0 uur (situatie 1) of 4,0 uur (situatie 2)
De administratie heeft een rol bij het versturen en daarna weer verwerken van vragenlijsten.

Voedselinfectie: afhandeling eenvoudig/afhandeling "op afstand"

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,50	2,00		2,50
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		4,00		4,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,50	1,00		1,50
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			1,00	1,00
Totaal aantal benodigde uren	1,50	8,00	1,00	10,50

Voedselinfectie: afhandeling complexer, met vragenlijstonderzoek/locatiebezoek

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,50	2,00		2,50
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		12,00		12,00
Reistijd		1,50		1,50
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	2,00	4,00		6,00
Overleg Intern Overleg Extern	2,00 1,00	2,00 1,00		4,00 2,00
Administratie			4,00	4,00
Totaal aantal benodigde uren	5,50	22,50	4,00	32,00

Naar overzicht

Parotitis epidemica (Bof)

Ziektebeeld: Bof is een besmettelijke virusziekte die gekenmerkt wordt door een ontsteking van de oorspeekselklier. Mensen kunnen elkaar besmetten door hoesten en niezen. Tegen bof wordt gevaccineerd via het Rijksvaccinatieprogramma. Toch komen af en toe uitbraken voor van bof.

Aantal meldingen: In 1999 is de meldingsplicht voor bof afgeschaft. In 2008 is deze weer geïntroduceerd, met name ter surveillance van vaccin falen. Vanaf 2009 worden meer meldingen van bof gedaan, voornamelijk onder studenten, in 2011 bedroeg het aantal meldingen ruim 600.

Maatregelen GGD: Met name bij clustermeldingen heeft de GGD een rol bij de informatievoorziening en het wijzen op de mogelijkheid tot vaccinatie van niet- of onvolledig

gevaccineerden.

Doelen (VSI):

- Transmissie naar derden is voorkomen
- De patiënt heeft inzicht in zijn/haar besmetting met bof virus, de transmissieroute, het verloop, eventuele controles en behandelingsmogelijkheden
- De patiënt (en/of diens ouders/verzorgers) heeft inzicht in welke preventieve maatregelen hij/zij moet nemen om verspreiding naar andere personen te voorkomen
- Gegevens verzamelen voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: Bof wordt regelmatig op basis van een klinische verdenking bij de GGD gemeld. Afhankelijk van de context zal de GGD de diagnose graag bevestigd zien middels laboratorium onderzoek.

Verificatie van een signaal: 1,1 uur
Verificatie vraagt veel tijd omdat de GGD inspanningen pleegt om een klinische diagnose laboratorium bevestigd te krijgen. Regelmatig verstuurt de GGD onderzoeksetjes aan de huisarts of index.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,5 uur
Overleg vindt meestal telefonisch plaats. Een deel van dit overleg vindt plaats in het kader van verificatie

Reistijd: geen
Meestal vindt geen (huis)bezoek plaats

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,85 uur.
Hieronder valt ook het informeren van de behandelaar/arts over de uitslag (wanneer de GGD de diagnostiek heeft laten verrichten)

Overleg intern: 0,5 uur
O.a. overleg over wel/niet inzetten diagnostiek bij klinische verdenking

Overleg extern: 0,1 uur
Incidenteel met school, universiteit.

Normering Bof

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	1,00		1,10
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,50		0,50
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,25 0,10		0,50 0,10
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,45	2,60	0,50	3,55

Naar overzicht

Botulisme

Ziektebeeld: Botulisme is een ernstige, verlammende ziekte die veroorzaakt wordt door het toxine van de bacterie Clostridium botulinum. Het toxine van de bacterie kan voorkomen in bijvoorbeeld zelf ingemaakt voedsel.

Aantal meldingen: Het aantal meldingen varieert tussen de 0 en 10 per jaar.

Maatregelen GGD: Bronopsporing vindt altijd plaats als er meerdere meldingen zijn. Het is van belang om verontreinigd voedsel op te sporen en te vernietigen.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Omdat het een zeldzaam voorkomende ziekte betreft, kost een melding relatief veel tijd.

Verificatie van een signaal: 0,75 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Contact met de index is van belang voor het achterhalen van een mogelijke bron met behulp van een vragenlijst. Soms zal dit telefonisch gebeuren, soms middels huisbezoek.

Reistijd: 0,75 uur
In 50% van de meldingen vindt een huisbezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 2,0 uur
Partners waarmee wordt overlegd zijn o.a.: LCI, NVWA, gemeente en waterschap

Normering Botulisme

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,50		0,75
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd		0,75		0,75
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,50	0,50 1,50		1,00 2,00
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	1,35	5,75	0,75	7,85

Naar overzicht

Brucellose

Ziektebeeld: Brucellose is een besmettelijke ziekte van mens en dier en gaat gepaard met algemene ziekteverschijnselen zoals koorts. De bacterie is in Nederland dankzij intensieve bestrijdingsmaatregelen onder rundvee en pasteurisatie van melk zeldzaam, maar komt frequenter voor in landen rond de Middellandse Zee. Incidenteel wordt de aandoening daarom als importziekte gezien.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden 1 tot 10 meldingen geregistreerd.

Maatregelen GGD: Bronopsporing is nodig om uit te sluiten dat brucellose in Nederland is opgelopen.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Omdat het een zeldzaam voorkomende ziekte betreft, kost een melding relatief veel tijd.

Verificatie van een signaal: 0,75 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Bronopsporing met behulp van een vragenlijst is met name van belang. Soms zal dit telefonisch gebeuren, soms middels huisbezoek. Incidenteel is er een indicatie voor postexpositieprofylaxe (denk ook aan laboratorium personeel).

Reistijd: 0,75 uur
In 50% van de gevallen vind er een huisbezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg Extern: 2,0 uur
Partners waarmee wordt overlegd zijn met name LCI en NVWA.

Normering Brucellose

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,50		0,75
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd		0,75		0,75
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,50	0,50 1,50		1,00 2,00
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	1,35	5,75	0,75	7,85

Naar overzicht

Ziekte van Creutzfeldt-Jakob

Ziektebeeld: De ziekte van Creutzfeldt-Jakob is een dodelijk verlopende prionziekte van de hersenen en behoort tot de spongiforme encefalopathieën. De meldingsplicht geldt zowel voor de klassieke vorm als voor de variantvorm van de ziekte. Aangenomen wordt dat consumptie van met BSE (Boviene Spongiforme Encefalopathie)-besmette voedingsmiddelen tot de variantvorm van Creutzfeldt-Jakob kan leiden.

Aantal meldingen: Er geldt een afwijkende meldingsprocedure. De behandelaar meldt aan het landelijk registratiecentrum (Erasmus MC Rotterdam). De GGD wordt via de LCI geïnformeerd. Vanaf 2004 worden jaarlijks tussen de 5 en 40 meldingen van de klassieke vorm van de Ziekte van Creutzfeldt-Jakob gemeld. In 2005 en 2010 werd 1 keer melding gedaan van de variant Ziekte van Creutzfeldt-Jakob.

Maatregelen GGD: Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor contactonderzoek binnen het ziekenhuis. De GGD beantwoordt zo nodig vragen van algemeen publiek of de pers. Indien sprake is van de variant vorm trekt de GGD samen op met het landelijk registratiecentrum bij het huisbezoek en afnemen vragenlijst.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Het betreft een zeldzaam voorkomende ziekte. Wanneer het een klassieke vorm betreft zijn de werkzaamheden van de GGD vaak beperkt tot registratie en telefonisch overleg met bijvoorbeeld het ziekenhuis waar de patiënt opgenomen is geweest. Normering van de werkzaamheden in geval van een variant vorm zijn op theoretische gronden vastgesteld (slechts 2x een melding in afgelopen jaren).

Verificatie van een signaal: 1,10 uur (klassiek) of 2,0 uur (variant)
Het betreft een zeldzame melding voor zowel GGD als behandelaar, waardoor onderlinge afstemming de nodige tijd vraagt.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: geen (klassiek) of 3,0 uur (variant)
Bij de variant vorm vindt overleg plaats met het landelijk registratiecentrum en wordt gezamenlijk een huisbezoek afgelegd (vragenlijst onderzoek).

Reistijd: geen (klassiek) of 1,5 uur (variant)
Bij een melding van de variantvorm wordt een huisbezoek afgelegd.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,6 uur (klassiek) of 2,1 uur (variant)

Overleg intern: 0,50 uur (klassiek) of 1,0 uur (variant)

Overleg extern: 0,50 uur (klassiek) of 1,0 uur (variant)
Er vindt n.a.v. een melding overleg plaats met de Landelijke Registratie Prionziekten en de LCI, met name in geval van de variant vorm (gegevensverzameling bij vCJD).

Normering Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassieke vorm

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	1,00		1,10
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten				
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,50		0,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,25 0,25	0,25 0,25		0,50 0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,70	2,00	0,50	3,20

Naar overzicht

Normering Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant vorm

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,50	1,50		2,00
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		3,00		3,00
Reistijd		1,50		1,50
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	2,00		2,10
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,50	0,50 0,50		1,00 1,00
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	1,60	9,00	0,75	11,35

Naar overzicht

Gele koorts

Ziektebeeld: Gele koorts is een ernstige tropische virusziekte die wordt overgebracht door muggen. Ongevaccineerde reizigers naar bepaalde gebieden in Zuid-Amerika en Afrika lopen risico.

Aantal meldingen: De laatste 8 jaar werden er geen meldingen van gele koorts gedaan

Maatregelen GGD: De GGD verzamelt informatie over het gebied waar de infectie werd opgelopen en vraagt de vaccinatiestatus van de patiënt na.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Onderstaande normering is gebaseerd op de werkzaamheden zoals bij een melding van malaria (geen praktijkervaring met gele koorts meldingen de afgelopen jaren)

Normering Gele koorts

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,25		0,35
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,50		0,50
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,25		0,35
Overleg Intern Overleg Extern	0,10	0,10		0,20
Administratie				
Totaal aantal benodigde uren	0,30	1,10	0,50	1,90

Naar overzicht

Invasieve Haemophilus influenza type b(Hib)-infectie

Ziektebeeld: Invasieve Haemophilus influenzae type b-infectie (Hib) is een ernstige infectieziekte. Het meest gevreesd zijn invasieve infecties zoals meningitis, sepsis of epiglottitis. Via het Rijksvaccinatieprogramma wordt gevaccineerd tegen Hib. Het snel geven van profylaxe binnen het gezin kan nodig zijn. Door de meldingsplicht kan individueel vaccinfalen worden opgespoord.

Aantal meldingen: Sinds invoering meldingsplicht 20 tot 50 meldingen per jaar.

Maatregelen GGD: Contactonderzoek wordt ingesteld ten behoeve van de indicatiestelling voor chemoprofylaxe

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Gezien de ernst van het ziektebeeld zijn er vaak veel vragen en soms onrust in de directe omgeving van de patiënt.

Verificatie van een signaal: 0,6 uur.
Meestal is er snel duidelijkheid over aard en ernst van de ziekte.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
In de meeste situaties vindt overleg plaats met naaste familie van de index. Soms (ongeveer 10%) vindt een bezoek plaats aan (zieken)huis. In 25% van de gevallen coördineert de GGD de profylaxeverstrekking.

Reistijd: 0,15 uur
In 10% van de gevallen vindt er een (zieken)huisbezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg Intern: 1,0 uur

Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 0,5 uur

Soms vindt aanvullend overleg met ziekenhuis(hygiënist), school of bedrijf plaats.

Normering invasieve Haemophilus influenza type b-infectie

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,50		0,60
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,70	4,0	0,75	5,45

Naar overzicht

Hantavirusinfectie

Ziektebeeld: Hantavirusinfectie is een zoönose die wereldwijd onder knaagdieren voorkomt en kan leiden tot ernstige klachten van de nieren of de longen. In Nederland is de veel voorkomende rosse woelmuis drager van een variant van het Hantavirus. Bij een bewezen humaan geval is bronopsporing van belang.

Aantal meldingen: Sinds de meldingsplicht zijn er jaarlijks 5 tot 20 meldingen.

Maatregelen GGD: Contact met de index is met name van belang voor het achterhalen van een mogelijke bron (vragenlijst onderzoek). In overleg met RIVM vindt soms onderzoek onder de lokale populatie rosse woelmuizen plaats.

Doelen (VSI):

- Transmissie van hantavirus (besmetting) en nieuwe ziektegevallen is voorkomen
- De mogelijke bron is bekend (knaagdieren (muis/rat) en/of de excreta van deze dieren) en zo mogelijk verwijderd
- De patiënt heeft inzicht in de ziekte (zoönosen), de transmissieroute, het verloop en de eventuele behandeling
- De patiënt heeft inzicht in de te nemen preventieve maatregelen en hygiënische maatregelen
- De gegevens zijn geïnventariseerd voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: Omdat het een zeldzaam voorkomende ziekte betreft, kost een melding relatief veel tijd.

Verificatie van een signaal: 0,75 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur.
Contact is met name van belang voor het achterhalen van een mogelijke bron. Soms zal dit telefonisch gebeuren, soms middels huisbezoek

Reistijd: 0,75 uur
In 50% van de meldingen vindt een (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 2,0 uur
Partners waarmee wordt overlegd zijn met name LCI en NVWA.

Normering Hantavirusinfectie

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,50		0,75
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd		0,75		0,75
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,50	0,50 1,50		1,00 2,00
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	1,35	5,75	0,75	7,85

Naar overzicht

Legionellose

Ziektebeeld: Legionella veroorzaakt een ernstige, soms fatale pneumonie. De Legionellabacterie verspreidt zich via vernevelende waterinstallaties zoals airco's, sauna's, douches en koeltorens. Legionella-infecties worden zowel in binnen-als buitenland opgelopen. Om nieuwe ziektegevallen te voorkomen is het van groot belang om de besmettingsbron in zowel binnen- als buitenland op te sporen en uit te schakelen.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden 200-500 gevallen van legionellose gemeld.

Maatregelen GGD: Bij een melding Legionella staat het opsporen van mogelijke bronnen centraal. Hierbij wordt nauw samengewerkt met BEL (Bemonsteringseenheid Legionellapneumonie) en de

Inspectie voor de leefomgeving en transport (ILT).

Doelen (VSI):
De patiënt:

- Nieuwe ziektegevallen zijn voorkomen door het opsporen en elimineren van de bron
- De patiënt en contacten hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en de te nemen maatregelen

Brononderzoek:

- Nieuwe legionellose gevallen zijn voorkomen door het elimineren van de bron
- Mensen die aan de vastgestelde bron zijn blootgesteld zijn geïnformeerd

Overwegingen normering:

Algemeen: Soms genereert een melding legionellose vragen vanuit het publiek, de media of gemeente. De rapportage vereist zorgvuldigheid vanwege mogelijk juridische consequenties. Gezien de complexiteit van de bronopsporing bij legionellose is een combinatie van vaardigheden en bevoegdheden vereist waarvoor samenwerking tussen meerdere instanties noodzakelijk is

Verificatie van een signaal: 1,25 uur
Er moet snel worden gehandeld. Soms zijn aanvullende laboratorium gegevens nodig. Index of zijn familie zijn niet altijd makkelijk bereikbaar (patiënt zelf vaak niet aanspreekbaar).

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 4,0 uur
Zo snel als mogelijk vindt overleg plaats met index of naaste familie middels (zieken)huisbezoek. Er is veel behoefte aan uitleg en informatie bij index, partner of familie. Inventariseren van mogelijke bronnen door invullen van een vragenlijst heeft hoge prioriteit. Vaak moet dit gebeuren met hulp van derden. In 10% van de meldingen gaat een verpleegkundige mee met de bemonsteringseenheid BEL.

Reistijd: 1,5 uur
Per melding gemiddeld 1 (huis)bezoek.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 3,5 uur
De rapportage vereist extra zorgvuldigheid vanwege mogelijke juridische gevolgen. Ten behoeve van Osiris moet extra informatie over reisdoel (hotel accommodatie) worden verzameld

Overleg intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 0,75 uur
Hieronder vallen o.a. overleg met BEL voor bemonstering en ILT.

Normering Legionella

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	1,00		1,25
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		4,00		4,00
Reistijd		1,50		1,50
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,50	3,00		3,50
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,25	0,50 0,50		1,00 0,75
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	1,50	10,50	0,75	12,75

Naar overzicht

Leptospirose

Ziektebeeld: Leptospirose is een zoönose die ernstige ziektebeelden veroorzaakt waaronder de ziekte van Weil. Bij ratten en muizen komen leptospiren het meest voor. Over het algemeen wordt de mens besmet via door de rat besmet oppervlaktewater. Ongeveer tweederde van de patiënten loopt leptospirose op in het buitenland.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden tussen de 20 en 40 gevallen gemeld.

Maatregelen GGD: Bij besmetting in Nederland is brononderzoek van belang ter voorkoming van nieuwe besmettingen.

Doelen (VSI):

- Door middel van bronopsporing is de mogelijke bron bekend en zijn maatregelen met betrekking tot bestrijding ondernomen
- De patiënt heeft inzicht in zijn ziekte, de transmissieroute, het verloop en de eventuele behandeling
- De patiënt heeft inzicht in de te nemen hygiënische maatregelen
- De gegevens zijn verzameld voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: De te verrichten werkzaamheden hangen nauw samen met de vraag of de besmetting in Nederland is opgelopen.

Verificatie van een signaal: 0,75 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Het is met name van belang om bij een mogelijke bron binnen Nederland deze te achterhalen (vragenlijst onderzoek). Soms zal dit telefonisch gebeuren, soms middels huisbezoek.

Reistijd: 0,5 uur
In 33 % van de meldingen vindt een (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 2,0 uur
Partners waarmee wordt overlegd zijn o.a. Nationaal Referentielaboratorium voor Leptospirosen (NRL), NVWA, gemeente en waterschap.

Normering leptospirose

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,50		0,75
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd		0,50		0,50
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50 0,50	0,50 1,50		1,00 2,00
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	1,35	5,50	0,75	7,60

Naar overzicht

Listeriose

Ziektebeeld: Listeriose is een bacteriële infectie die zich kan uiten als bijvoorbeeld meningitis of gastro-enteritis. Listeriose is een infectieziekte waarbij voedsel vrijwel altijd de bron van besmetting is. Voornamelijk zwangeren en mensen met een verminderde weerstand lopen risico.

Aantal meldingen: Sinds de meldingsplicht worden jaarlijks 40 tot 100 meldingen geregistreerd.

Maatregelen GGD: Bij elke melding zal de GGD met behulp van een vragenlijst mogelijke voedselbronnen proberen te achterhalen.

Doelen (VSI):

- Patiënt heeft inzicht in zijn ziekte, de transmissieroute, het verloop en de eventuele behandeling
- De mogelijke bron (meestal langdurig gekoelde consumptieartikelen) is bekend en de risicocontacten van de bron (zwangere vrouwen: verticale transmissie) zijn geïdentificeerd en geadviseerd
- Personen in de omgeving van de patiënt met een verhoogd risico op een ernstig beloop van een infectie met listeriose te weten, immuno-incompetenten, ouderen en pasgeborenen en zwangeren, hebben inzicht in de risico's voor het oplopen van een infectie
- Epidemiologische gegevens zijn verzameld voor surveillance

- Indien er sprake is van (verdenking) van commercieel verkrijgbaar besmet voedsel als bron, is de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) ingeschakeld

Overwegingen normering:

Algemeen: Tussen tijdstip van mogelijke besmetting en vaststellen diagnose kan geruime tijd zitten. Afnemen van een voedselvragenlijst neemt hierdoor meer tijd in beslag.

Verificatie van een signaal: 0,75 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,6 uur.
Contact is met name van belang voor het achterhalen van een mogelijke bron. Soms zal dit telefonisch gebeuren, soms middels huisbezoek.

Reistijd: 0,75 uur
In 50 % van de meldingen vindt een (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg intern: 0,75 uur

Overleg extern: 1,0 uur
Partners waarmee wordt overlegd zijn o.a. NVWA en het laboratorium (doorsturen stammen naar RIVM).

Normering Listeriose

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,50		0,75
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,50		1,50
Reistijd		0,75		0,75
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,50 1,00		0,75 1,00
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,60	5,75	0,75	7,10

Naar overzicht

Malaria

Ziektebeeld: Malaria is een ernstige, koortsende infectieziekte, die in Nederland bijna alleen nog als importziekte wordt gemeld.

Aantal meldingen: Per jaar worden 200 tot 300 meldingen malaria gedaan.

Maatregelen GGD: De meldingsplicht van malaria dient met name om na te gaan of het malariaprofylaxebeleid voor reizigers werkt.

Doelen (VSI):

- De patiënt en zijn omgeving hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute en preventiemogelijkheden
- Epidemiologische gegevens zijn verzameld ten behoeve van surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: Bij deze bijna altijd in het buitenland opgelopen infectie die op basis van een laboratorium uitslag wordt gemeld, beperken de werkzaamheden van de GGD zich meestal tot telefonisch contact met de behandelaar en index over wel of niet genomen profylaxe maatregelen.

Normering Malaria

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,25		0,35
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,50		0,50
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,25		0,35
Overleg Intern Overleg Extern	0,10	0,10		0,20
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,30	1,10	0,50	1,90

Naar overzicht

Meningokokkose

Ziektebeeld: Meningokokkenziekte is een zeer ernstige infectieziekte die zich kan uiten als meningitis of sepsis. Tegen *Neisseria meningitidis* type C wordt sinds 2002 gevaccineerd via het Rijksvaccinatieprogramma. De meldingsplicht kan ook gebruikt worden om vaccin falen op te sporen.

Aantal meldingen: In Nederland worden na invoering van het vaccinatieprogramma 100 tot 200 meldingen meningokokkose per jaar gedaan. Bijna één derde van de patiënten is jonger dan 5 jaar met een tweede piek in de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar.

Maatregelen GGD: De GGD verstrekt informatie over de ziekte aan gezinsleden en bijvoorbeeld school of kinderdagverblijf en waarborgt de profylaxe voor gezinsleden.

Doelen (VSI):

- Transmissie van de meningokokkenziekte is voorkomen
- Relaties van de patiënt zijn gerustgesteld omdat zij inzicht hebben in de ziekte, de transmissieroute en de preventiemaatregelen
- De behandelaar en/of andere betrokken zorgverleners kennen het profylaxebeleid bij risicocontacten
- Risicocontacten zijn geïnventariseerd en gebruiken zo nodig profylaxe
- Betrokkene wordt verwezen en begeleidt ten aanzien van de (lichamelijke, psychische en sociale) gevolgen van de infectieziekte

Overwegingen normering:

Algemeen: Tegenwoordig, enkele jaren na de invoering van de vaccinatie, levert een melding meningokokkose gemiddeld minder vragen en onrust op.

Verificatie van een signaal: 1,1 uur
Vaak komt een signaal vanuit de omgeving, bijvoorbeeld een school. De GGD doet navraag bij gezin en behandelaar. Bij een deel van de meldingen blijkt er geen sprake te zijn van een meningokokkose. Deze meldingen worden als niet- meldingsplichtige meldingen meegenomen in de normering (zie deeltaak bron- en contactonderzoek en laatste pagina's van deze bijlage).

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,5 uur
In tegenstelling tot 10 jaar geleden vindt contact met name telefonisch plaats . Telefoontjes van ongeruste contacten/school vragen de nodige tijd. In 25% van de gevallen coördineert de GGD de profylaxeverstrekking.

Reistijd: 0,15 uur
In 10% van de gevallen vindt een (huis)bezoek plaats of bezoek aan een instelling/school.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 2,10 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 0,5 uur

Normering Meningokokkose

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	1,00		1,10
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,50		1,50
Reistijd		0,15		0,15
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	2,00		2,10
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,70	5,65	0,75	7,10

Naar overzicht

MRSA-infectie – clusters buiten het ziekenhuis

Ziektebeeld: Meticillineresistente Staphylococcus Aureus-infecties kunnen verschillende ziektebeelden veroorzaken, zoals huidinfecties rn invasieve infecties. Sinds de invoering van de Wet pg is een cluster buiten het ziekenhuis van 2 of meer gezonde personen met een MRSA-infectie meldingsplichtig wanneer er aanwijzingen zijn dat deze personen door dezelfde bron of door elkaar zijn besmet.

Aantal meldingen: Per jaar worden tussen de 1 en 20 clusters gemeld.

Maatregelen GGD: De GGD zal bron- en contactonderzoek verrichten, waarbij samenwerking met betrokken instanties (waar het cluster zich afspeelt) essentieel is. Om verdere verspreiding te voorkomen is behandeling van contacten aangewezen.

Doelen (VSI):

- Patiënt en contacten hebben inzicht in de verschijnselen, transmissieroute en de preventiemaatregelen
- Bron en de contacten bij clusters die ontstaan zijn buiten het ziekenhuis zijn bekend
- MRSA-dragers en eventuele verzorgers binnen een cluster zijn op de hoogte van de hygiëne maatregelen om overdracht te voorkomen
- MRSA-dragers, binnen een cluster met klachten, én die voldoen aan de criteria, worden gekweekt en indien mogelijk behandeld
- De betrokken behandelaars, zorgverleners, microbiologen en eventuele (zorg)instellingen zijn op de hoogte van de situatie en het gevoerde beleid
- De patient kan omgaan met de psychosociale aspecten die dragerschap met zich mee kan brengen

Overwegingen normering:

Algemeen: De tijdsinvestering gemoeid met de afhandeling van een MRSA-cluster hangt van veel factoren af. De praktijkervaring van veel GGD'en is nog beperkt (sinds enkele jaren pas een

meldingsplicht). Om toch tot een normering te komen is de systematiek gebruikt zoals bij een voedseluitbraak. In de normering worden de MRSA-clusters in 3 categorieën ingedeeld, waarvan de eerste twee genormeerd worden en de derde categorie beschouwd wordt als een outbreak (zie taakveld outbreak):

1. **MRSA-cluster: afhandeling eenvoudig/afhandeling "op afstand"**
   Bij een melding van een mogelijk MRSA-cluster zal soms worden volstaan met een goede telefonische inventarisatie op grond waarvan besloten kan worden dat verder onderzoek niet geindiceerd is (conclusie is dan dat geen sprake is van een cluster).
2. **MRSA-cluster: afhandeling complexer, met screenen aantal contacten**
   In andere situaties zal na een eerste inventarisatie besloten worden tot verder onderzoek waarbij er één of enkele huisbezoeken plaatsvinden en er een aantal contacten gescreend worden. Bij aangetoond dragerschap kan sprake zijn van behandeling. Het aantal contacten blijft beperkt en de verspreiding eveneens.
3. **MRSA-cluster: afhandeling complex, veel te screenen contacten en/of verspreiding naar meerdere locaties**
   Wanneer bij onderzoek van de melding blijkt dat het aantal contacten groot blijkt en/of de bij de verspreiding meerdere instellingen betrokken zijn is feitelijk sprake van een uitbraak en wordt het cluster ook als zodanig gezien (zie taakveld outbreak).

Verificatie van een signaal: 4 uur
Dit vraagt in situatie 1 en 2 even veel tijd en bestaat uit overleg met 1 of meer personen met klachten en eventueel screenen van enkele personen (met klinische verschijnselen maar nog geen kweek), contact met instelling/locatie waar e.e.a. zich afspeelt.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 4,0 uur (situatie 1) of 20,0 uur (situatie 2)
In situatie 1 vindt aanvullend telefonisch contact plaats met de patiënten en de melder van het cluster om uitleg te geven over de bevindingen (geen cluster) en zorgdragen voor de nazorg.
In situatie 2 worden meerdere patiënten/contacten gescreend waarbij alle aspecten aan de orde komen zoals beschreven in de VSI-doelen. Er vindt vaak ook een locatiebezoek plaats.

Reistijd: geen (situatie 1) of 3 uur (situatie 2)
In situatie 2 wordt gemiddeld 2x een bezoek afgelegd, soms zal screening deels op de GGD plaatsvinden.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,5 uur (situatie 1) of 6,0 uur (situatie 2)

Overleg intern: 2,0 uur (situatie 1) of 4,0 uur (situatie 2)

Overleg extern: 0,5 uur (situatie 1) of 4,0 uur (situatie 2)
Bij complexere situaties zal zowel intern als extern meer/vaker overlegd worden.

Administratie: 1,0 uur (situatie 1) of 4,0 uur (situatie 2)
De administratie heeft een rol bij het verwerken van screeningsuitslagen.

MRSA-cluster: afhandeling eenvoudig/afhandeling "op afstand"

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	1,00	3,00		4,00
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		4,00		4,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,50	1,00		1,50
Overleg Intern Overleg Extern	1,00	1,00 0,50		2,00 0,50
Administratie			1,00	1,00
Totaal aantal benodigde uren	2,50	9,50	1,00	13,00

MRSA-cluster: afhandeling complexer, met screenen aantal contacten

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	1,00	3,00		4,00
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		20,00		20,00
Reistijd		3,00		3,00
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	1,00	5,00		6,00
Overleg Intern Overleg Extern	2,00 1,00	2,00 3,00		4,00 4,00
Administratie			4,00	4,00
Totaal aantal benodigde uren	5,00	36,00	4,00	45,00

Naar overzicht

Invasieve pneumokokkenziekte bij kinderen tot en met 5 jaar

Ziektebeeld: Invasieve pneumokokkenziekte is een ernstige infectieziekte die kan leiden tot levensbedreigende invasieve ziektebeelden zoals meningitis, sepsis en pneumonie. In 2006 is pneumokokkenvaccinatie opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden tussen de 30 en 60 gevallen gemeld.

Maatregelen GGD: Bij individuele meldingen is het verstrekken van profylaxe in de regel niet aan de orde. De GGD rol beperkt zich vaak tot goede voorlichting (verwarring met meningokokkose voorkomen) en de registratie t.b.v. de monitoring en opsporing vaccinfalen.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Gezien de ernst van het ziektebeeld zijn er vaak veel vragen en soms onrust in de directe omgeving van de patiënt.

Verificatie van een signaal: 0,60 uur
Bij melding is de verwekker niet altijd bekend (meningokok of pneumokok?).

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Accent ligt op het geven van uitleg over de ziekte en het niet noodzakelijk zijn van profylaxe.

Reistijd: geen

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,6 uur

Overleg Intern: 1,0 uur
Elke individuele melding zal uitvoeriger besproken worden tussen arts en verpleegkundige.

Overleg extern: 0,5 uur
Soms vindt aanvullend overleg met ziekenhuis(hygiënist), school of bedrijf plaats

Normering invasieve pneumokokkenziekte

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,50		0,60
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,50		1,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,70	4,00	0,75	5,45

Naar overzicht

Psittacose (Ornithose)

Ziektebeeld: Psittacose of papagaaienziekte is een ernstige longontsteking overgebracht door papagaaien, parkieten, duiven of kippen.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden 30 tot 100 gevallen gemeld.

Maatregelen GGD: Het is van belang om bij patiënten contact met vogels na te gaan en de herkomst van de vogels te traceren. Zo nodig kunnen vogels behandeld worden.

Doelen (VSI):

- Door middel van bronopsporing is de mogelijke bron (vogels, vogelexcreta) bekend en zo mogelijk behandeld of verwijderd
- De patiënt heeft inzicht in zijn ziekte, de transmissieroute, het verloop en de eventuele behandeling
- Transmissie van ornithose/psittacose is voorkomen
- De gegevens zijn verzameld voor surveillance

Overwegingen normering:

Algemeen: Bij de meeste meldingen gaat het om solitaire gevallen, waarbij de GGD brononderzoek verricht. De GGD kan aanvullende diagnostiek (PCR) laten verrichten, die extra informatie kan opleveren ten aanzien van de mogelijke bron. Een enkele keer is sprake van een cluster/uitbraak van psittacose. In de normering wordt een uitbraak apart genormeerd.

Verificatie van een signaal: 0,85 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,50 uur
Meestal is er persoonlijk contact met de index (huisbezoek) waarbij mogelijke bronnen worden geïnventariseerd en uitleg wordt gegeven over aard van de infectie.

Reistijd: 1,5 uur
Meestal vindt er een (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,10 uur

Overleg intern: 1,0 uur
Overleg extern: 0,50 uur
Met de NVWA vindt overleg plaats over eventueel brononderzoek en de taakverdeling hierbij.

Normering Psittacose

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,75		0,85
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,50		1,50
Reistijd		1,50		1,50
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,00		1,10
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,70	5,75	0,50	6,95

Naar overzicht

Q-koorts

Ziektebeeld: Q-koorts is een zoönose die wereldwijd voorkomt en waarbij koeien, schapen en geiten de belangrijkste bron van besmetting voor de mens vormen. De ziekteverschijnselen van Q-koorts zijn zeer variabel en niet specifiek.

Aantal meldingen:
Vanaf 2007 werd Nederland met een grote Q-koorts epidemie geconfronteerd, waarbij onder andere het oosten van Noord-Brabant werd getroffen. Na het nemen van rigoreuze maatregelen eind 2009 nam het aantal nieuwe humane ziektegevallen geleidelijk af. In 2012 was de epidemie definitief onder controle. In 2007 betrof het aantal meldingen 168, oplopend tot 2354 in 2009. In 2012 werden 69 Q-koorts gevallen gemeld. Voor de uitbraak van 2007 werden jaarlijks enkele 10-tallen meldingen gedaan.

Maatregelen GGD: Het is van belang om bij patiënten met Q-koorts potentiële bronnen in kaart te brengen en eventueel in overleg met de NVWA nader onderzoek te(laten) verrichten.

VSI doelen:

- De patiënt heeft inzicht in zijn/haar besmetting met Q-koorts, de transmissieroute, eventuele controles en behandelingsmethoden
- De meest waarschijnlijke bronnen zijn onderzocht en de NVWA heeft bronopsporing uitgevoerd
- De behandelaar en/of andere betrokken zorgverleners zijn bekend met de meldcriteria voor deze ziekte
- De behandelaar en/of andere betrokken zorgverleners zijn bekend met primaire en vervolgdiagnostiek Q-koorts
- Epidemiologische gegevens zijn verzameld ten behoeve van surveillance
- Indien er sprake is van (verdenking van) een cluster en/of een mogelijke bron met risico voor de openbare gezondheid, is de NVWA ingeschakeld

Overwegingen normering:
Algemeen: Bij het begin van de epidemie in 2007 kostte de afhandeling van een individuele melding Q-koorts zeer veel tijd (onbekendheid ziektebeeld, mogelijke bronnen etc..). Anno 2013 krijgt de GGD nog regelmatig op basis van positieve serologie een melding Q-koorts van het laboratorium. De GGD probeert dan in eerste instantie te achterhalen of het een nieuwe infectie betreft of een eerder doorgemaakte (oude) infectie. Dit laatste is meestal het geval, een indicatie voor aanvullend brononderzoek is er derhalve nog zelden. Deze meldingen worden als niet-meldingsplichtige meldingen meegenomen in de normering (zie deeltaak bron- en contactonderzoek en laatste pagina's van deze bijlage).

Verificatie van een signaal: 1,25 uur
Dit kost veel tijd, omdat op basis van de lab uitslag (vaak eenpuntsserologie) geen duidelijkheid bestaat over een recente infectie of eerder doorgemaakte infectie. De GGD zal i.o.m. behandelaar eventueel vervolgonderzoek (laten) doen.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,10
Alleen bij de als acute Q-koorts aangemerkte meldingen vindt overleg plaats met index over

mogelijke bronnen. Dit gebeurt veelal telefonisch. Van het totaal aantal meldingen aan de GGD is het percentage waarbij een huisbezoek plaatsvindt verwaarloosbaar.

Reistijd: geen

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,10 uur
Het is belangrijk steeds de overwegingen acuut versus niet acuut goed vast te leggen.

Overleg intern: 0,50 uur

Overleg extern: 0,10 uur
In voorkomende gevallen zal contact gezocht worden met NVWA.

Normering Q-koorts

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	1,00		1,25
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,10		0,10
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,00		1,10
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,25 0,10		0,50 0,10
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,60	2,45	0,50	3,55

Naar overzicht

Tetanus

Ziektebeeld: Tetanus is een ernstige infectieziekte die zonder behandeling dodelijk is. De ziekte veroorzaakt spierkrampen en kan leiden tot ernstige ademhalingsproblemen. Tegen tetanus wordt gevaccineerd via het Rijksvaccinatieprogramma.

Aantal meldingen: Jaarlijks worden enkele tetanus patiënten gemeld.

Maatregelen GGD: Bronopsporing is niet nodig. Om een goed beeld van de werkzaamheid van het vaccin te verkrijgen is tetanus een meldingsplichtige infectieziekte.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Omdat het een zeldzaam voorkomende ziekte betreft, kost een melding relatief veel tijd. Echter, de acties die door de GGD genomen kunnen worden zijn zeer beperkt.

Verificatie van een signaal: 1,0 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,85 uur
Accent ligt op nagaan vaccinatiestatus en het geven van uitleg over de ziekte.

Reistijd: geen

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,85 uur

Normering tetanus

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,75		1,00
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,75		0,75
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,25		0,50
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,60	2,50	0,75	3,85

Naar overzicht

West-Nilevirusinfectie

Ziektebeeld: Het West- Nilevirus is een virus dat circuleert onder trekvogels en wordt overgebracht door muggen. Het kan encefalitis en meningitis veroorzaken. West-Nilevirusinfectie is een importziekte maar bij elke melding moet worden uitgesloten dat de ziekte is opgelopen in NL.

Aantal meldingen: Per jaar worden er enkele patiënten met West Nile gemeld in Nederland (meestal import).

Maatregelen GGD: De GGD zal bij elke melding nagaan of de ziekte in Nederland kan zijn opgelopen. Alleen dan is bronopsporing noodzakelijk.

Doelen (VSI): niet beschikbaar

Overwegingen normering:

Algemeen: Omdat het een zeldzaam voorkomende ziekte betreft, kost een melding relatief veel tijd. Wanneer duidelijk is dat de besmetting in het buitenland werd opgenomen (hetgeen meestal het geval is tot op heden) zijn de werkzaamheden beperkt. Een normering voor in Nederland opgelopen West-Nilevirusinfectie is pas zinvol wanneer dit met enige regelmaat voorkomt.

Verificatie van een signaal: 1,0 uur

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 0,75 uur
Accent ligt op nagaan waar de infectie het meest waarschijnlijk werd opgelopen.

Reistijd: geen

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,85 uur

Overleg intern: 0,50 uur

Overleg extern: geen

Normering West-Nilevirusinfectie

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	0,75		1,00
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,75		0,75
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,25		0,50
Administratie			0,75	0,75
Totaal aantal benodigde uren	0,60	2,50	0,75	3,85

Naar overzicht

Artikel 26 meldingen

Het hoofd van een instelling waar voor infectieziekten kwetsbare populaties verblijven of samenkomen dient de GGD op de hoogte te brengen van het optreden van een ongewoon aantal zieken met:

- Maag- en darmaandoeningen
- Geelzucht
- Huidaandoeningen
- of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard in de desbetreffende populatie of bij het begeleidende of verzorgend personeel

Deze meldingsplicht, bekend onder de naam "artikel-26 meldingen" is in 2008 in de Wet publieke gezondheid inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van de "artikel 7- meldingen", zoals vastgelegd in de vroegere Infectieziektenwet. Instellingen waarvoor dit wetsartikel geldt zijn instellingen waar kinderen, zieken of ouderen verblijven, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, jeugdinstellingen, kindercentra, scholen voor basisonderwijs, opvangcentra voor dak- en thuislozen en opvangcentra voor asielzoekers.

Aantal meldingen: Landelijke cijfers over het aantal "artikel 26" meldingen zijn niet beschikbaar aangezien er door de GGD geen melding landelijk plaatsvindt (zoals bij de meldingsplichtige infectieziekten).

Maatregelen GGD: De GGD beoordeelt aan de hand van een "artikel-26" melding of er besmettingsgevaar dreigt en of er eventueel maatregelen genomen moeten worden om verdere verspreiding te voorkomen, bijvoorbeeld bron- en contactopsporing, profylaxe voor contacten, hygiëne-adviezen of het verrichten van extra diagnostiek.

Overwegingen normering:

Echte explosies worden niet meer genormeerd bij artikel-26, maar als outbreak.
Bij de artikel-26 meldingen kan onderscheid gemaakt worden tussen meldingen die weinig tijd vragen en meldingen die veel tijd vragen. Bij veel artikel-26 meldingen gaat het om het aannemen van de melding en een korte inventarisatie met aansluitend advies, bijvoorbeeld door het toezenden van een ISI-tekst. Gemiddeld gaat het om 2 telefoontjes. Binnen deze categorie zijn er uiteraard verschillen in tijdsinvestering. De normering gaat uit van een gemiddelde tijdsinvestering van 0,25 uur arts en 1,5 uur verpleegkundige. Dit soort meldingen maakt 80% uit van het totaal aantal artikel-26 meldingen. In 20% van de artikel-26 meldingen is er sprake van een uitgebreidere inventarisatie, meestal met locatiebezoek en inzet van OGZ-diagnostiek. Deze meldingen kosten gemiddeld 2 uur arts, 8 uur verpleegkundige en 1 uur administratie.

normering artikel-26 meldingen (uren per soort melding)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal	% v/h totaal artikel-26
Melding met korte inventarisatie en direct advies (telefonisch)	0,25 uur	1,50 uur		1,75 uur	80%
Melding met uitgebreide inventarisatie, locatiebezoek en inzet OGZ-diagnostiek	2 uur	8 uur	1 uur	11 uur	20 %

Naar overzicht

Beoordeling prik-/besmettingsaccident

Situatie: GGD'en worden met enige regelmaat geconfronteerd met vragen over prik-, bijtaccidenten of andere situaties waarbij er risico bestaat op transmissie van bloedoverdraagbare aandoeningen. Dit kunnen vragen zijn van instellingen, professionals of een particulier. Afhankelijk van de melder, lokale afspraken, rol bedrijfsarts etc. zal de GGD hier meer of minder werk aan hebben.

Aantal meldingen: Meldingen van prik-/besmettingsaccidenten worden niet landelijk geregistreerd (niet meldingsplichtig). Een GGD zal per jaar betrokken zijn bij 1 tot enkele 10-tallen meldingen.

Maatregelen GGD: Soms zullen de werkzaamheden van de GGD zich beperken tot een kort advies aan de vragensteller. Situaties die als casus genormeerd worden, zijn de situaties waarin de GGD tenminste nauw betrokken is bij de risicobeoordeling + hiermee samenhangend advies. Soms zal

de GGD vervolgens ook betrokken zijn bij onderzoek van de bron en verwijzing voor diagnostiek en/of postexpositieprofylaxe van het slachtoffer.

Overwegingen normering:

Algemeen: De werkzaamheden kunnen per GGD en per casus nogal verschillen (zie hierboven bij maatregelen) waardoor normering lastig is .

Verificatie van een signaal: 1,1 uur.
Vaak is naast overleg met de melder ook overleg met het slachtoffer (wanneer dit niet de melder is) of anderen die betrokken zijn bij het incident noodzakelijk.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,0 uur
Afhankelijk van de risicoinschatting kan de GGD betrokken zijn bij organiseren onderzoek bron en/of organiseren/uitvoeren diagnostiek/postexpositieprofylaxe bij het slachtoffer.

Reistijd: geen
Meestal vindt geen (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,85 uur.
Hieronder valt ook het informeren van bron en slachtoffer over resultaten van het bloedonderzoek.

Overleg Intern: 0,5 uur
Overleg extern: 0,5 uur

Normering prik-/besmettingsaccident

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	1,00		1,10
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,00		1,00
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,75		0,85
Overleg Intern Overleg Extern	0,25 0,25	0,25 0,50		0,50 0,75
Administratie			0,25	0,25
Totaal aantal benodigde uren	0,70	3,50	0,25	4,45

Naar overzicht

Beoordeling Rabiësrisico

Situatie: GGD'en worden de laatste jaren met enige regelmaat geconfronteerd met vragen over accidenten waarbij mogelijk sprake is van een risico op transmissie van rabiës. Vaak gaat het om bijt- krabincidenten tijdens een reis in het buitenland, maar ook (mogelijk) contact met

bijvoorbeeld vleermuizen in Nederland leidt regelmatig tot vragen. Vaak is het de burger zelf die ongerust contact opneemt met de GGD, soms de huisarts of specialist.

Aantal meldingen: Meldingen van prik-/besmettingsaccidenten worden niet landelijk geregistreerd (niet meldingsplichtig), maar voor veel vragen wordt de LCI geraadpleegd, zeker wanneer er een indicatie is voor MARIG. Het LCI ontving in 2012 433 vragen over rabiës. Een deel van de vragen zal de GGD zonder overleg met de LCI afhandelen.

Maatregelen GGD: Soms zullen de werkzaamheden van de GGD zich beperken tot een kort advies aan de vragensteller. Situaties die als casus genormeerd worden, zijn de situaties waarin de GGD tenminste nauw betrokken is bij de risicobeoordeling + hiermee samenhangend advies.

Overwegingen normering:

Algemeen: De werkzaamheden kunnen per GGD en per casus nogal verschillen (zie hierboven bij maatregelen) waardoor normering lastig is.

Verificatie van een signaal: 1,5 uur.
Vaak is naast overleg met de melder ook overleg met het slachtoffer (wanneer dit niet de melder is) of anderen die betrokken zijn bij het incident noodzakelijk. Voor een goede inschatting van het risico op rabiës ter plaatse wordt het internet, literatuur en/of de LCI geraadpleegd.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 1,25 uur
Afhankelijk van de risicoinschatting kan de GGD betrokken zijn bij het organiseren/uitvoeren van de postexpositieprofylaxe. Naast overleg met de LCI (indicatiestelling MARIG), is vaak veel overleg nodig over de uitvoering met huisarts/specialist, apotheek en het slachtoffer (genormeerd onder extern overleg). Wanneer er een indicatie is voor MARIG is hiermee al snel 4 uur gemoeid, zonder indicatie MARIG 1 uur. De gemiddelde tijdsbesteding is gebaseerd op 25% indicatie MARIG.

Reistijd: geen
Meestal vindt geen (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 0,85 uur.

Overleg Intern: 0,5 uur
Overleg extern: 1,0 uur
Hieronder valt ook het informeren/instrueren van huisarts en/of apotheker.

Normering rabiësrisico

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,50	1,00		1,50
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		1,25		1,25
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	0,50		0,60
Overleg Intern Overleg Extern	0,25 0,25	0,25 1,00		0,50 1,25
Administratie			0,25	0,25
Totaal aantal benodigde uren	1,10	4,00	0,25	5,35

Naar overzicht

Scabiës

Ziektebeeld: Scabiës of schurft is een huidaandoening gepaard gaande met jeukklachten die veroorzaakt wordt door de schurftmijt. Besmetting vindt plaats via langerdurend lichamelijk contact en/of bijvoorbeeld besmet beddengoed of ondergoed. Bij de zeer besmettelijke scabiës crustosa is de kans op overdracht veel groter en kan ook via kortdurend contact of aerogene transmissie plaatsvinden.

Aantal meldingen: Scabiës is een in principe niet-meldingsplichtige aandoening. Het aantal meldingen per GGD is hierdoor moeilijk te achterhalen. Bij een uitbraak binnen een instelling is meestal sprake van een "artikel-26 melding".

Maatregelen GGD: Bij een scabiës melding waarbij de GGD wordt ingeschakeld, zal de GGD de mogelijke bron en alle voor behandeling in aanmerking komende contacten proberen te achterhalen. In overleg met behandelaar/dermatoloog wordt gekozen voor de meest passende behandelingsstrategie en worden patiënten en contacten geinstrueerd over behandeling en hygiëneadviezen.

Doelen (VSI):

- Transmissie van scabiës is voorkomen
- Risico contacten zijn geïnventariseerd, geadviseerd en zo nodig behandeld.
- Betrokkenen hebben inzicht in de ziekte, de transmissieroute, het verloop, de behandeling inclusief was en- luchtvoorschriften, de preventiemaatregelen en de gevolgen voor zichzelf en de omgeving

Overwegingen normering:

Algemeen: Bij de meldingen moet onderscheid gemaakt worden tussen meldingen van één of enkele gevallen in een gezinssituatie of hiermee vergelijkbare situatie en meldingen van één of meer gevallen in een instelling of bijzondere setting zoals een opvang voor dak- en thuislozen. In

de tweede situatie is meestal sprake van een artikel-26 melding. Normering vindt dan als zodanig plaats (zie artikel 26, melding met uitgebreide inventarisatie). Wanneer er veel patiënten/contacten in beeld komen en/of ingewikkelde transmissie routes (meerdere instellingen) aan de orde zijn, is sprake van een outbreak die onder de deeltaak outbreak genormeerd is. Hier owrdt daarom alleen de situatie van een melding in een gezinssituatie genormeerd.

Verificatie van een signaal: 0,85 uur
Melder is meestal een behandelaar. Soms is aanvullend overleg noodzakelijk om duidelijkheid te krijgen over wijze waarop diagnose gesteld is.

Werkzaamheden m.b.t. index en contacten: 4 uur
Meestal is er persoonlijk contact met de index (huisbezoek) waarbij mogelijke bronnen worden geïnventariseerd en uitleg wordt gegeven over de aard van de infectie, te nemen hygiënemaatregelen (inclusief wasinstructies) en de juiste manier van behandeling .

Reistijd: 1,5 uur
Meestal vindt er een (huis)bezoek plaats.

Registratie/rapportage/verslaglegging: 1,10 uur
Hieronder valt een terugkoppeling naar de behandelaar.

Overleg intern: 1,0 uur
Overleg extern: 0,50 uur
Soms wordt aanvullend overleg gepleegd met bijvoorbeeld een dermatoloog.

Normering scabiës ("gezinssituatie")

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew.	Totaal
Verificatie van een signaal	0,10	0,75		0,85
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		4,00		4,00
Reistijd		1,50		1,50
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,10	1,00		1,10
Overleg Intern Overleg Extern	0,50	0,50 0,50		1,00 0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,70	8,25	0,50	9,45

Naar overzicht

Normering overige niet-meldingsplichtige meldingen:

Onder deeltaak 5 "bron- en contactopsporing" is beschreven dat er naast de meldingsplichtige infectieziekten en de artikel-26 meldingen ook nog niet-meldingsplichtige meldingen zijn. Een aantal hiervan zijn hierboven genormeerd (scabiës, prik- en besmettingsaccidenten en rabiës

risicobeoordelingen). Voor de overige is een gemiddelde norm vastgesteld. Het gaat hierbij om aan een persoon gebonden meldingen die te beschouwen zijn als "casus". Een "eenvoudige" vraag valt dus niet onder deze rubriek. Zie voor verdere informatie de deeltaak bron- en contactonderzoek.

Normering overige niet-meldingsplichtige meldingen

Activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm. medew	Totaal
Verificatie van een signaal	0,25	1,00		1,25
Werkzaamheden m.b.t. de index en contacten		0,50		0,50
Reistijd				
Registratie / Rapportage / Verslaglegging	0,25	0,50		0,75
Overleg Intern Overleg Extern	0,25	0,25		0,50
Administratie			0,50	0,50
Totaal aantal benodigde uren	0,75	2,25	0,50	3,50

Naar overzicht

Normering overige signalen

Tot slot resteren dan meldingen en signalen die niet direct betrekking hebben op één persoon met klachten. Deze meldingen kunnen zeer divers van aard zijn en daarmee kan ook de tijdsinvestering sterk variëren. Normering hiervan is moeilijk. Hieronder vallen de meldingen NVWA over besmettingen op agrarische bedrijven, zwemwaterproblematiek, legionella in een waterinstallatie etc. Voor de normering is de systematiek van de meldingen artikel-26 toegepast. Dat wil zeggen er wordt vanuit gegaan dat in 90% sprake is van een signaal/melding waarmee weinig tijd gemoeid is en in 10% veel tijd.

Normering overige meldingen / signalen (legionella in water, NVWA meldingen, etc.)

Gerelateerde activiteiten	Arts	Sociaal Vplk	Adm medew	Totaal	% v/h totaal artikel-26
Melding met korte inventarisatie en direct advies of geen actie	0,25 uur	1,50 uur		1,75 uur	90%
Melding met uitgebreidere inventarisatie, vervolgoverleg, overleg met derden etc..	2 uur	8 uur	1 uur	11 uur	10 %

Naar overzicht

Uitwerking in Excel spreadsheet

In 2004 is de normering uitgewerkt in een excel-spreadsheet om zo snel de normformatie voor een GGD te kunnen uitrekenen rekening houdend met de specifieke kenmerken van de GGD (inwoneraantal, aantal medewerkers, e.d.) en het aantal meldingen van de desbetreffende GGD. Ook voor deze herziening is weer een spreadsheet gemaakt, uiteraard met hierin opgenomen de nieuwe normtijden. Ten opzichte van het spreadsheet 2004 is het in dit spreadsheet mogelijk om de werkwijze hepB-meldingen specifieker aan te geven (wel/geen huisbezoek, afhandeling grotendeels door GGD of deels door derden). Voor veel werkzaamheden is de normering afhankelijk van de grootte van de GGD. Per 100.000 inwoners meer of minder (t.o.v. norm GGd van 500.000 inwoners) wordt een correctiefacor toegepast van + / - 10 of 20%. In dit spreadsheet zijn de berekeningen t.a.v. die van 2004 in kleinere stapjes opgedeeld (per 50.000 inwoners). In het werkblad "formatie" met de resultaten is een aantal velden opgenomen (geel gearceerd) waarin de feitelijke formatie van de afdeling ingevuld kan worden. Getoond wordt vervolgens de afwijking in procenten t.o.v. de norm.

Voorbeeld resultatenblad

Normering 2013		**jaar**	**2010 - 2012**	
algemene infectieziektenbestrijding				
Formatieberekening (in uren per jaar)		**GGD Zuidoost-Brabant**		
		arts	**vplk**	**adm**
Surveillance	totaal	918	612	
Infectieziektewet	totaal	312	416	208
Beleidsadvisering	totaal	520	13	
Prim. Preventie	voorlichtingsmat/website	104	104	52
	voorlichting groepen	33	130	33
	preventie projecten	130	650	130
	publieksvragen	156	624	
Bron-contactonderzoek	totaal	579	2547	598
Regie / netwerk	totaal	240	140	31
Vangnettaak		PM	PM	PM
Outbreakmanagement	voorbereiding/oefenen	244	280	36
	outbreak	120	60	25
Onderzoek		125	63	31
	aantal uren totaal	3481	5638	1144
Aantal fte arts en verpleegkundige		2,68	4,21	0,82
Feitelijke formatie in:	**2010 - 2012**	1,75	3,50	0,90
Verschil genormeerd en feitelijk (%)		-35%	-17%	10%

Bijlage I

Herziening 'Normering infectieziektebestrijding'

Datum: 6 april 2011
Door: Joost Timmermans, secretaris programmacommissie IZB
Betreft: Verzoek herziening 'Normering IZB'

Achtergrond
De Stuurgroep VISI heeft op basis van de knelpunten uit het VISI-projectvoorstel van september 2000 het ROI Brabant/Zeeland destijds verzocht te komen met richtlijnen en zo mogelijk normen voor de benodigde omvang van de uitvoeringsorganisatie van de infectieziektebestrijding. In 2004 heeft het ROI Brabant/Zeeland het document 'Normering infectieziektebestrijding' opgeleverd.

Aanleiding
De programmacommissie infectieziektebestrijding van GGD Nederland heeft regio Brabant/Zeeland verzocht het rekenmodel normering voor de algemene infectieziektebestrijding te herzien. De reden voor de herziening zijn de wijzigingen in de wetgeving en de extra taken die de GGD' en erbij heeft gekregen. Daarnaast is bij de oplevering van het rekenmodel aangegeven dat op diverse onderdelen verdere verdieping en nuancering wenselijk zijn en dat de beschrijving van de deeltaken en het rekenmodel verfijnd moeten worden. Het doel van de herziening is de GGD' en in staat te stellen te berekenen of hun formatie voldoet aan een actuele norm, om op basis daarvan te bekijken of aanpassingen in de formatie noodzakelijk zijn en een richtlijn te hebben waarmee de GGD bij gemeenten de formatie kunnen verantwoorden of tekorten kunnen objectiveren.

De grondslag die bij de oorspronkelijke opdrachtformulering en nu wederom wordt gehanteerd wordt gevormd door de taken en activiteiten die voor een verantwoorde infectieziektebestrijding noodzakelijk worden geacht.

Opdracht
Beschrijf en actualiseer t.a.v. de 9 basistaken hoeveel tijd besteed moet worden, op basis waarvan per GGD de noodzakelijke formatie berekend kan worden.

Uitgangspunten
Uitgangspunt zijn de 9 basistaken Collectieve Preventie.
Het rekenmodel dat door ROI Brabant/Zeeland is ontwikkeld

Er dient bij de herziening rekening gehouden worden met:

- Veranderingen door de invoering van de Wet publieke gezondheid in vergelijking met de WCPV
- Actuele kwaliteitseisen
- Veranderde eisen door aanpassingen in richtlijnen, protocollen e.d., toename van outbreaks, maar ook door maatschappelijke ontwikkelingen
- Regiospecifieke kenmerken, zoals in ieder geval risicogroepen, voorzieningenniveau en geografische kenmerken.
- Bruikbaarheid van het rekenmodel voor andere GGD' en en de mogelijkheid voor GGD' en om zelf de nodige nuancering aan te brengen.

- Verschuiving van taken tussen disciplines.
- Nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de infectieziektebestrijding.

Facultatief wordt de regio gevraagd suggesties aan te dragen voor de invulling van adviezen die destijds zijn opgesteld om formatietekorten bij een GGD op te vangen anders dan met een formatievergroting:

- Optimaliseren van samenwerking (tussen GGD' en en met alle andere partijen)
- Schaalvergroting
- Verschuiven van taken/activiteiten tussen de verschillende disciplines
- Beperking van aantal parttimers
- ICT-mogelijkheden.

Een herziene VISI-normering is voor GGD' en een belangrijk instrument bij het vaststellen van de noodzakelijke (minimale) personele omvang van de afdeling infectieziektebestrijding. Het instrument ondersteunt bij de interne en externe discussie over het waarborgen van een verantwoorde infectieziektebestrijding.

Bijlage II

Leden werkgroep/projectleiding:

Jolande Dekker, beleidsadviseur infectieziektebestrijding GGD Brabant-Zuidoost, projectleider
Ariene Rietveld, arts infectieziektebestrijding GGD Hart voor Brabant
Angelique Maat, sociaal verpleegkundige infectieziektebestrijding GGD West Brabant
Caroline van Koeveringe, sociaal verpleegkundige infectieziektebestrijding GGD Zeeland
Ronald ter Schegget, arts infectieziektebestrijding GGD Brabant-Zuidoost

Het document is becommentarieerd door:

Jozef Verheggen, beleidsmedewerker GGD West Brabant, projectleider VISI-normering 2004
Artsen en verpleegkundigen GGD Brabant-Zuidoost
Lian Bovée, sociaal verpleegkundige/gezondheidswetenschapper infectieziekten GGD Amsterdam
Anneke van den Hoek, hoofd afdeling infectieziektebestrijding GGD Amsterdam
Jacqueline Sleven, sector manager IMT GGD Gooi en Vechtstreek
Margreet te Wierik, arts infectieziektebestrijding GGD Midden-Nederland
Ad Olijhoek, manager algemene gezondheidszorg GGD Hollands Noorden
Ruud van Vlerken, teammanager infectieziektebestrijding GGD Brabant-Zuidoost