



Beleidsdraaiboek Influenzapandemie

Juli 2004

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding

Adriaen van Ostadelaan 140

Postbus 85300
3508 AH Utrecht

T 030 252 50 99
F 030 251 18 69

lci@ggd.nl

www.infectieziekten.info

Versie 010704

Inhoud

Inleiding	3
1.1 Doelstelling	5
2. Wettelijk kader en Landelijke structuur	6
2.1 Uitgangspunten	6
2.2 Het wettelijke kader	6
2.3 De Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding	7
2.4 Rampenbestrijding/ organisatie GHOR	8
3. Fasering (conform WHO)	11
4. Uitwerking per fase in actiepunten	12
4.0 FASE 0: De interpandemische periode en het ontstaan van een nieuwe virusvariant	12
4.0.1 Wat doet de WHO	12
4.0.2 Wat doet de EU	12
4.0.3 Wat doet Nederland in de interpandemische fase	13
4.0.4 Actiepunten	14
4.1 FASE 1: De start van een pandemie, met consistente epidemische patronen in meer dan een land of regio	16
4.2. FASE 2: Uitbraken en epidemieën in meerdere regio's en met een uitwaaiend verspreidingspatroon	17
4.3 FASE 3: De toename van influenza activiteit in een regio is gestopt en neemt af terwijl elders in de wereld nog steeds sprake is van influenza activiteit	20
4.4 FASE 4: Een tweede of meerdere influenzagolven	21
4.5 FASE 5: Einde van de pandemie, terugkeer naar fase 0	22
Bijlage I. Influenzapandemieën	23
Bijlage II: Surveillance	26
Bijlage III: Diagnostiek	32
Bijlage IV: Vaccin	34
Bijlage V: Antivirale middelen	35
Bijlage VI: Pneumokokkenvaccin	36
Bijlage VII: Prioritering inzet oseltamivir	37
Bijlage VIII: Communicatie, professionals en media	39
Bijlage IX: Rampen bestrijden, zorgschaarste / GHOR	49
Bijlage X. Beleidskaders voor Infectiepreventiemaatregelen in de zorgsector en voor de algemene bevolking	53
Lijst met afkortingen	57
Literatuur	58

Dankwoord:

Het ministerie van VWS en het bureau LCI zijn de volgende personen zeer erkentelijk voor hun bijdrage aan het totstandkomen van het beleidsdraaiboek Influenza pandemie.

Mevrouw M.A.J. Bilkert-Mooiman, IGZ
De heer P.J. van Dalen, VWS
De heer dr. R.H. van Dam, NVI
Mevrouw G.D. van Dijk, VWS
Mevrouw B.M.E. Gorter, LCI
De heer A.J. Jacobi, LCI
Mevrouw dr. M.P.G. Koopmans, RIVM
Mevrouw drs. C.L. Meiss Mph, GHOR
Mevrouw drs. S.M. van der Plas, RIVM
De heer R.J. Schouwerwou Mph, GHOR
Mevrouw drs. M.M. Slump, VWS
De heer J.K. van Wijngaarden, arts IGZ

Inleiding

Dit document beschrijft de kaders waarop in Nederland omgegaan wordt met de dreiging van een influenzapandemie. De WHO en EU dringen erop aan dat ieder land zich door middel van draaiboeken voorbereidt op een mogelijke influenzapandemie. De planvorming rond dit onderwerp heeft al een aanvang genomen in 1997 toen in Hong Kong een nieuwe variant van influenza opdook en personen ziek maakte.

In de meeste gevallen is een griepvirus afkomstig van watervogels. Via een tussengastheer (varken) kan de mens geïnficeerd raken. De situatie rond vogelpest in Azië in het voorjaar van 2004 is de hernieuwde aanleiding om het concept Influenzadraaiboek aan te passen en uit te breiden met een operationeel draaiboek. In dit draaiboek zijn we uitgegaan van de fasering die de WHO geformuleerd heeft in zijn Influenza Pandemic Plan. Tevens is er een scheiding in een landelijk beleidsdraaiboek en een landelijk operationeel draaiboek. Een regionale uitwerking van het operationele influenzapandemie draaiboek biedt de regio's praktische richtlijnen in de voorbereiding op een influenzapandemie. Daarnaast is nog een specifiek operationeel draaiboek in ontwikkeling die de maatregelen rondom een uitbraak van aviaire influenza in ons land beschrijft. Het is niet te voorspellen hoe een pandemie zich ontwikkelt en hoe hij verloopt. Het is een illusie dat de maatschappij en gezondheidszorg in die mate voor te bereiden is dat we een pandemie in Nederland zouden kunnen afwenden of de gevolgen volledig zouden kunnen opvangen. Ondanks verbeteringen van de medische mogelijkheden na de vorige griepandemieën zal een influenzapandemie vele zieken en doden tot gevolg hebben. Met dit handboek proberen we te bereiken dat de gevolgen van een pandemie zo veel mogelijk beperkt worden.

Wat is een pandemie

In de afgelopen eeuw hebben verschillende pandemieën over de wereld hun tol geëist. Er is sprake van een pandemie wanneer vaststaat dat een nieuwe virusvariant de epidemische drempelniveaus in meerdere landen overschrijdt. Een gewone griepgolf doet er gemiddeld 18 maanden over om zich over de wereld te verspreiden. De vorige virusstammen die aanleiding waren voor een pandemie deden daar ongeveer 6 maanden over. Door toename van het internationale reizigersverkeer zou die periode bij een volgende epidemie nog korter kunnen zijn (120-160 dagen. Wallinga RIVM)

Een influenzapandemie kan ontstaan indien:

- er een nieuwe influenzavirusstam ontstaat met een duidelijke "antigenic shift" (vooral type A-virussen) of een dierlijke variant op de mens overspringt;
- het nieuwe influenzavirus het vermogen heeft om zich wereldwijd te verspreiden en bij grote aantallen mensen een influenza-infectie te veroorzaken;
- een hoog percentage van de bevolking geen weerstand heeft tegen het nieuwe virus (door ontbreken van vaccinatie of een eerdere infectie).

De gevolgen van een pandemie

De WHO verwacht dat tijdens een pandemie naar schatting 20-25% van de bevolking ziek zal worden. Tijdens een normale influenza-epidemie is dit 5-20%. Tijdens normale influenza-epidemieën treden de meeste klinisch manifeste infecties op bij kinderen. De ziekte verloopt echter het ernstigst bij ouderen met onderliggende ziekte. Tijdens een pandemie kan dit beeld anders zijn. In 1918 waren vooral normaal gezonde jong volwassenen ziek. Tijdens de pandemie in 1957 was de attack rate het hoogst bij kinderen van 4 tot 14 jaar (49%) terwijl de rate in 1968/69 juist bij deze groep weer het laagste was. De totale sterfte omvat echter meer dan alleen die gevallen die tot primaire influenza worden gerekend (co-morbiditeit t.g.v. bacteriële en virale pneumonie). Mannen en vrouwen worden even vaak geïnficeerd. Tijdens pandemieën in het verleden varieerde de mortaliteit van 1 tot 3,5 /1000 zieken wat bij 20-25% ziekte neer zou komen op 3000 tot 13000 doden. Met betere behandelingsmethoden en de inzet van antivirale middelen zal de sterfte lager zijn.

De belangrijkste doodsoorzaken zijn secundaire bacteriële (long)infecties, vooral veroorzaakt door pneumokokken. Deze infecties kunnen heftig verlopen; antibiotica hebben dan weinig effect.

Er is door de WHO een wereldwijd signaleringssysteem opgezet met in Nederland een bijzondere aanvulling door de registratie van influenza-achtige ziektebeelden door huisartsenpeilstations.

In de aanloop naar en tijdens een epidemie is informatievoorziening naar beroepsgroepen en het algemene publiek noodzakelijk.

Leeswijzer

De WHO dringt er op aan om bij de nationale plannen in de voorbereiding op een influenza pandemie uit te gaan van de fasering zoals zij beschreven hebben in hun Influenza Pandemic Plan. Dit draaiboek volgt die structuur van de WHO.

De beleidsacties worden van de interpandemische fase tot aan het einde van een pandemie beschreven. Daarbij is rekening gehouden met de uitgangspunten van de WHO en de EU.

In dit draaiboek vindt u tevens een aantal bijlagen die de lezer achtergrondinformatie verschaft over een influenzapandemie (bijlage I). Het ziektebeeld influenza wordt maar heel beperkt beschreven. Hiervoor verwijzen wij u naar de site van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (www.Infectieziekten.info). Er is ruim aandacht besteed aan het onderwerp surveillance en diagnostiek (bijlage II en III).

In bijlage IV, V en VI komen vaccins en antivirale middelen aan bod. In bijlage VII worden de prioritaire groepen benoemd die in aanmerking komen voor toepassing van antivirale middelen in een situatie dat er nog geen effectief vaccin voorhanden is. Dit advies is gebaseerd op het interim advies van de Gezondheidsraad (februari 2004).

Communicatie naar burgers maar ook naar professionals en bestuurders vormt de inhoud van bijlage VIII. Hoe onvoorspelbaar ook, een influenzapandemie kan leiden tot een nationale gezondheids crisis waarin de gecoördineerde rampenbestrijding een prominente plaats inneemt als het gaat om zorgvraagstukken of distributie van vaccins. Zie daarvoor bijlage IX.

Tenslotte beschrijft bijlage X de beleidskaders voor infectiepreventiemaatregelen in de zorgsector en voor de algemene bevolking.

1. Doelstelling en doelgroep

1.1 Doelstelling

Het draaiboek heeft als algemene doelstelling het schetsen van de kaders voor de voorbereiding en de bestrijding van een influenzapandemie en het geven van goede voorlichting aan het publiek.

Dit beleidsdraaiboek krijgt een vervolg in een landelijk operationeel draaiboek die in de regio's uitgewerkt dient te worden naar regionale operationele draaiboeken. Deze aansluitende operationele draaiboeken hebben tot doel: het beperken van ziekte en sterfte door influenza en met influenza gepaard gaande infecties, het voorbereiden op een groot aantal zieken en sterfgevallen en het minimaliseren van de maatschappelijke ontwrichting die het gevolg kan zijn van een pandemie.

Voor wie geschreven:

De *primaire* doelgroep is de groep van bestuurlijk verantwoordelijken op rijksniveau. Dit draaiboek beoogt hen te ondersteunen bij de besluitvorming over de bestrijding van een griep pandemie.

De *tweede* doelgroep bestaat uit de lokaal en regionaal verantwoordelijken voor de (voorbereiding op de) beheersing van een griep pandemie. Het betreft hier de bestuurlijk verantwoordelijken en de leidinggevenden van de operationele hulpverleningsdiensten en gemeentelijke diensten die (mogelijk) betrokken zullen zijn bij de bestrijding van een griep pandemie.

2.0 Uitgangspunten, wettelijk kader en landelijke structuur

2.1 Uitgangspunten

- Bij de voorbereiding en bestrijding van een griepandemie wordt uitgegaan van de reguliere bevoegdheden en coördinatiestructuren voor infectieziektebestrijding en rampenbestrijding.
- De voorbereiding en besluitvorming over de wijze waarop een griepandemie beheerst kan worden, vinden zoveel mogelijk multidisciplinair plaats
- Besluitvorming en informatievoorziening over de bestrijding van een griepandemie en maatregelen die ter beheersing ervan worden genomen, worden vanaf het moment dat er ergens ter wereld mens op mens transmissie is bewezen (fase 0, niveau 3) gecoördineerd vanuit Interdepartementaal Beleids Team (IBT) en het (kern-)Ministerieel Beleids Team (MBT) op rijksniveau.
- In principe is het lokale bestuur verantwoordelijk voor zowel de voorbereiding als de bestrijding van een griepandemie. Indien de situatie daar aanleiding toe geeft, zal de Rijksoverheid de integrale verantwoordelijkheid voor de beheersing van een griepandemie op zich te nemen en daartoe gebruik te maken van de wettelijke bevoegdheden (o.a. het staatsnoodrecht).
- Alle betrokken overheden, organisaties en de bevolking worden vanaf het eerste moment op de hoogte gehouden van alle relevante ontwikkelingen en feiten ten aanzien van de influenzabestrijding in een multidisciplinair verband. Informatie wordt zo open mogelijk verspreid.

2.2 Het wettelijke kader

De infectieziektebestrijding in Nederland wordt beheerst door een specifiek stelsel van wet- en regelgeving, welke min of meer los van elkaar in de loop der tijd tot stand is gekomen. Met het oog op een potentiële influenzapandemie zijn de belangrijkste onderdelen daarvan op 10 februari 2004:

- De Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV).¹
- Het Besluit collectieve preventie gezondheidszorg (Besluit WCPV).²
- De Gemeentewet.³
- De Infectieziektenwet.⁴

Voorts is van belang

- Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer van 22 juni 2001 over de wijze waarop zij de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding heeft vorm gegeven.⁵

Bij de bestrijding van een influenzapandemie speelt de burgemeester een belangrijke rol. Hij is verantwoordelijk voor de bestrijding van infectieziekten in zijn gemeente, hij is verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid in zijn gemeente en hij heeft het gezag in het kader van rampenbestrijding (inclusief crisisbeheersing). Voor de coördinatie van de medische hulpverlening speelt het bureau GHOR een belangrijke rol. Grondslag voor dit optreden is gegeven in:

- De Wet rampen en zware ongevallen (WRZO).⁶

¹ Wet van 25 mei 1990, Stb. 300; laatste wijziging 13 juli 2002, Stb. 468

² Besluit van 12 oktober 1992, Stb. 569; laatste wijziging 5 november 2002, Stb. 549

³ Wet van 14 februari 1992, in werking getreden 1 januari 1994, laatste wijziging Stb. 2003, nr. 56.

⁴ Wet van 11 juni 1998, Stb. 394; laatste wijz. 5 februari 2004 zie: Kamerstukken II 2003-2004 28 868, nr. 6.

⁵ Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten Generaal d.d. 22 juni 2001, Kamerstukken II, 2000-2001 25 295, nr. 3.

⁶ Wet van 30 januari 1985, Stb. 88; in werking getreden op 22 februari 1985, Stb. 101.

De laatste wijziging betreft de invoeging van een aantal kwaliteitseisen: de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding, Kamerstukken I, 2002-2003 28 644, nr. 307

- De Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (WGHR).⁷

Over de betekenis van diverse wetgeving en de verhouding tussen infectieziektebestrijding en hulpverlening bij rampen zie: “Publiekrechtelijke bevoegdheden en bestuurlijke leiding bij de nationale bestrijding van epidemieën en pandemieën”, GGD Nederland nov. 2003.

Wanneer een nieuw influenzavirus opduikt in Nederland – of een epidemie van elders ons land nadert – welke aangemerkt kan worden als zeer besmettelijk en met een grote kans op veel doden, dan kan de Minister van VWS bij Algemene maatregel van bestuur dit virus op de A-lijst plaatsen van artikel 2 van de Infectieziektewet. Als gevolg hiervan worden ziektegevallen meldingsplichtig. De zeer ernstige gevolgen van een epidemie van een nieuw influenzavirus maakt de Minister sinds 5 februari 2004 tevens bevoegd aanwijzingen te geven aan burgemeesters over de wijze waarop de bestrijding aangepakt dient te worden.

2.3 De Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding

Lokale verantwoordelijkheid en geledingen:

- De gemeenteraad draagt de primaire verantwoordelijkheid voor de bestrijding. De gemeenten houden een Gezondheidsdienst (GGD) in stand met artsen en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in de infectieziektebestrijding (WCPV).
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg is belast met het toezicht op de kwaliteit van de medisch-inhoudelijke dienstverlening van de GGD betreffende de infectieziektebestrijding (Kwaliteitswet zorginstellingen).
- De directeur van de GGD heeft specifieke adviserende bevoegdheden aan zijn gemeentebestuur (WCPV) en aan zijn burgemeester (Infectieziektenwet).
- De burgemeester heeft daarnaast, als éénhoofdig bestuursorgaan, omschreven bevoegdheden tot het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen (Infectieziektenwet / Gemeentewet).

Provinciaal / regionaal:

Er zijn in de regelgeving voor de infectieziektebestrijding geen specifieke provinciale of regionale taken of bevoegdheden omschreven. In de rampenbestrijding hebben zij wel verantwoordelijkheden wettelijk beschreven.

Landelijke verantwoordelijkheid en geledingen:

- Bij ministeriële brief en per wet (wijziging infectieziektewet van 5 februari 2004) is ingesteld de **Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekte-bestrijding (LCI)**.⁸ Deze bestaat uit een Bestuurlijk Afstemmings Overleg, een Outbreakmanagement Team, een Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI) en een bureau LCI.
- **Het Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO)** formuleert het uiteindelijke advies en de minister, of in zijn hoedanigheid de DG, neemt een besluit over de te volgen beleidslijn bij bovenlokale dreiging. In het BAO hebben zitting: de DG-Volksgezondheid van VWS (voorzitter), de Directie voorlichting en communicatie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de VNG, GGD Nederland, en de voorzitter van het OMT (RIVM). Veelal neemt de burgemeester van de gemeente die het aangaat deel aan het BAO.
- **Het Outbreak Management Team (OMT)** stelt het ‘best mogelijke professionele advies’ op voor het BAO. In het OMT hebben inhoudelijke deskundigen zitting; tevens is de IGZ vertegenwoordigt;

⁷ Wet van 14 november 1991, Stb. 653; voorlaatste wijziging 13 december 2000, Stb. 2001, 13 en voorts gewijzigd conform Kamerstukken I, 2002-2003 28 644, nr 307. (Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding)

⁸ Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten Generaal d.d. 22 juni 2001, Kamerstukken II, 2000-2001 25 295, nr. 3.

de directeur volksgezondheid van het RIVM is voorzitter; het bureau LCI levert een secretaris.

- **Het bureau van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding** (bureau LCI) treedt op als permanente tweedelijnsvoorziening betreffende de bestrijding ten behoeve van de artsen-infectieziekten van de GGD'en. Het bureau LCI coördineert in crisissituaties de activiteiten van de GGD'en en zorgt voor doorgeleiden van besluiten van het BAO naar de GGD'en.
- **Het RIVM** ondersteunt het landelijke en lokale outbreakmanagement door surveillance en onderzoek. Het is verantwoordelijk voor het leveren van voldoende menskracht om in crisissituaties het bureau LCI en GGD'en te ondersteunen, daar waar het haar eigen expertise betreft.
- **De Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg** is bevoegd om alle lokale informatie op te vragen of zelf te verzamelen, die nodig is voor zijn toezichthoudende taak (WCPV en Infectieziektenwet). Hij kan de gemeenteraad, de burgemeester en de Minister gevraagd en ongevraagd adviseren.

2.4 Rampenbestrijding/ organisatie GHOR

GHOR organisatie

GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Om de geneeskundige hulpverleningsdiensten optimaal te laten functioneren is in elke GHOR-regio een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) aangesteld. Primaire taak is de regie van hoogwaardige medische hulpverlening naar en op de plaats van het incident. Naast deze acute taak, is de RGF verantwoordelijk voor de afstemming tussen de samenwerkende zorgorganisaties en de voorbereiding (opleidingen, oefenen en trainen) op mogelijke grote ongevallen en rampen.

Samenwerking tussen hulpverleningsdiensten

In Nederland is de rampenbestrijding georganiseerd rondom de parate hulpverleningsdiensten en gemeenten. Naast politie, brandweer en gemeenten, vervullen diverse geneeskundige instanties een belangrijke taak in de rampenbestrijding. Hierbij moet worden gedacht aan organisaties als traumacentra, GGD'en, ambulancediensten, meldkamers, organisaties belast met psychosociale nazorg, etc.

Het is van groot belang dat al deze verschillende geneeskundige diensten als één organisatie kunnen functioneren op het moment dat sprake is van een zwaar ongeval of ramp en hun desbetreffende specialistische bijdrage kunnen leveren.

Om de geneeskundige hulpverleningsdiensten optimaal te laten functioneren, zijn op regionaal niveau 25 Regionaal Geneeskundige Functionarissen (RGF'en) benoemd. Ondersteund door een eigen bureau (het GHOR bureau) zorgt de RGF voor een optimale coördinatie van al die geneeskundige organisaties in de regio die betrokken kunnen worden bij een groot ongeval of een ramp.

De 25 RGF'en hebben zich verenigd in een landelijk orgaan, **de Raad van RGF'en**. De Raad van RGF'en werkt aan de ontwikkeling van nieuwe producten ten behoeve van de regio's en voert overleg met de landelijke koepelorganisaties van verschillende geneeskundige diensten die betrokken zijn bij grote ongevallen en rampen.

Afhankelijk van het soort ramp vinden er verschillende bestrijdings- en hulpverleningsactiviteiten plaats. De operationele processen hebben betrekking op de uitvoering van de bestrijding en hulpverlening. In de veiligheidsketen hebben we het dan vooral over de repressieve fase. De processen zijn ingedeeld in:

- **Monodisciplinaire processen:** processen die hoofdzakelijk binnen één discipline, bijvoorbeeld de geneeskundige hulpverleningsdienst, worden uitgevoerd.

- Multidisciplinaire processen: processen waarbij in de uitvoering meerdere disciplines betrokken zijn. Bijvoorbeeld gemeentelijke diensten, brandweer, politie en GHOR. Binnen de rampenbestrijding voeren de verschillende operationele diensten de verschillende operationele taken uit bij de bestrijding en hulpverlening.

Processen waar de GHOR eindverantwoordelijk voor is

- *Geneeskundige hulpverlening-somatisch*
Opvang en zorg voor gewonden. Het uitgangspunt van de GHOR is dat het slachtoffer en de kwaliteit van de geneeskundige hulpverlening aan het slachtoffer centraal staan. Een goede kwaliteit van de hulpverlening moet onder alle omstandigheden zijn gewaarborgd. Binnen de GHOR is gekozen voor het opbouwen van de hulpverlening vanuit de dagelijkse zorg. Dit sluit goed aan op de dagelijkse praktijk en is voor alle hulpverleners herkenbaar en bekend.
- *Geneeskundige hulpverlening-psychosociaal*
De GHOR kan de eerste 72 uur gecoördineerde psychosociale opvang bieden aan direct en indirect getroffen van een grootschalig incident of ramp.
- *Preventieve openbare gezondheidszorg (POG)*
De Preventieve Openbare Gezondheidszorg heeft als doel de noodzaak van de gewondenzorg te minimaliseren. Dit gebeurt door advisering bij risicobeleid. Bijvoorbeeld advisering over vergunningseisen en de vergunningverlening aan risicovolle objecten en activiteiten. Daarnaast richt de POG zich op het voorkomen en beperken van verspreiding van gevaarlijke stoffen via voedsel, drink- en oppervlaktewater, bodem en lucht.

Openbare orde en veiligheid

Een griepandemie kan ertoe leiden dat in een periode van 6-8 weken circa 20-25 % van de bevolking ziek wordt. Dit kan aanleiding zijn tot maatschappelijke onrust. Maatregelen als het sluiten van scholen en het afgelasten van grote evenementen kunnen effectief zijn in het afremmen van de verspreiding van de ziekte. Er is een scenario denkbaar dat mensen zullen gaan hamsteren en zich in huis opsluiten om niet ziek te worden. Mensen die wel naar hun werk willen gaan zullen door zorgtaken (verzorgen van zieke huisgenoten, opvang van kinderen) niet meer naar hun werk kunnen gaan. (Vitale) beroepen zullen hierdoor onderbezet kunnen worden.

Bij de bestrijding van een griepandemie ontmoeten de operationele diensten (geneeskundige hulpverlening, brandweer en politie) de bestuurlijke kolom (gemeente, provincie, ministerie van BZK, ministerie van VWS-IGZ) Deze samenwerking heeft onder andere betrekking op:

- De rol en verantwoordelijkheid van de burgemeester bij bestrijding infectieziekten
- De verantwoordelijkheid van de burgemeester, de CdK en de minister van BZK op het gebied van openbare orde en veiligheid
- De rol en verantwoordelijkheidsverdeling op centraal niveau tussen de Minister van BZK en de minister van VWS
- De organisaties die een bijdrage leveren aan de bestrijding van de infectieziekte
- Communicatie in de bestuurlijke lijn
-

De bestrijding van infectieziekten vindt in principe plaats op lokaal niveau. De burgemeester is verantwoordelijk voor de bestrijding van infectieziekten in zijn gemeente en is opperbevelhebber bij rampen. De politie, GHOR en de brandweer zijn hulpverleningsdiensten die bijstand kunnen verlenen bij de bestrijding van infectieziekten en die zorg dragen voor het beschermen van de openbare orde en veiligheid. De hulpverleningsdiensten vallen onder verantwoordelijkheid van de burgemeester. De burgemeester laat zich bij de bestrijding van infectieziekten adviseren door de directeur GGD

in zijn gemeente. Als er sprake is van een crisis op landelijke schaal (griepandemie), dan heeft de minister van VWS verantwoordelijkheid voor de bestrijding van de infectieziekten op landelijk niveau. De minister van BZK heeft een verantwoordelijkheid voor de openbare orde en veiligheid. Op lokaal niveau blijft de burgemeester verantwoordelijk voor de rampenbestrijding in zijn gemeente, met inbegrip van de uitvoering van landelijk beleid.

Bij de uitvoering van maatregelen die worden genomen in het kader van infectieziektebestrijding wordt ondersteuning van hulpdiensten verwacht. Indien binnen een provincie niet voldoende politie/brandweercapaciteit aanwezig is, dan kan de CdK bijstand aanvragen uit een andere provincie. Deze bijstandsaanvraag loopt via het NCC van het ministerie van BZK. Overigens zal in geval van een griepandemie elke provincie zijn hulpdiensten zelf hard nodig hebben. Het is raadzaam te zoeken naar alternatieve mogelijkheden voor ondersteuning bij de uitvoering van maatregelen ter bestrijding van infectieziekten omdat de hulpdiensten de gevraagde bijstand niet altijd zullen kunnen leveren. De keuze wie de bijstand dient te krijgen bij schaarste wordt in het interdepartementale beleidsteam (IBT) of in het ministerieel beleidsteam (MBT) besproken, de uiteindelijke beslissing wordt door BZK genomen. Ook bij de hulpdiensten zal de capaciteit verminderen door ziekte. Bovendien zal de beschikbare capaciteit waarschijnlijk alleen al nodig zijn voor het beschermen van de openbare orde en veiligheid. Bij onvoldoende capaciteit bij de hulpdiensten kunnen militairen worden ingezet voor bepaalde taken. De aanvraag van militaire bijstand voor het handhaven van de openbare orde gaat via de CdK van de betreffende provincie en de minister van BZK (NCC) naar de ministerie van Defensie (DCBC). Het NCC houdt landelijk overzicht over ingezette en beschikbare hulpdiensten.

Functionarissen van (gemeentelijke) (hulp) diensten dienen op de hoogte te zijn van de risico's die ze lopen bij het uitvoeren van hun taken, de burgemeester is hiervoor verantwoordelijk. De functionarissen zullen bij het uitvoeren van hun taken willen worden voorzien van beschermende middelen. Indien er niet voldoende beschermende middelen beschikbaar zijn, zullen VWS en BZK door middel van uniforme informatieverstrekking duidelijk moeten maken waarom deze middelen niet beschikbaar zijn, wat de risico's zijn en welke maatregelen functionarissen zelf kunnen nemen.

De Minister van BZK is verantwoordelijk voor het organiseren van interdepartementale coördinatie (Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming). Deze coördinatie vindt plaats bij het NCC. In geval van een crisis wordt naast de normale bezetting van het NCC (24 uur per dag, 7 dagen per week) gebruik gemaakt van de uitgebreide kernbezetting (UKB) vanuit het DG OOV. Ook kan de bezetting van het NCC worden uitgebreid met liaisons van andere departementen of diensten. Vanuit het NCC worden interdepartementale vergaderingen georganiseerd. In het interdepartementale beleidsteam (IBT) en het ministeriële beleidsteam (MBT) wordt informatie uitgewisseld, afgestemd en worden afspraken gemaakt. Elk departement blijft verantwoordelijk voor het eigen beleidsterrein (zie Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming). Landelijke coördinatie met de operationele diensten en een snelle informatie-uitwisseling tussen operationele en bestuurlijke onderdelen kan plaatsvinden in een schakelpunt Openbare Orde en Veiligheid. In dit overleg vindt afstemming plaats tussen bestuurlijke en operationele diensten.

De Minister van BZK zorgt bij crises voor het informeren van de bestuurlijke lijn (provincies en gemeenten) en de betrokken departementen bij een landelijke crisis, ambtsgenoten in het buitenland indien de crisis de landsgrenzen overschrijdt). Vanuit de functionele lijn (VWS, IGZ, GHOR, GGD) wordt informatie aan de operationele diensten gezonden. Via de operationele diensten komt deze informatie ook bij burgemeesters terecht. Provincies worden via de bestuurlijke lijn geïnformeerd. Het is van belang dat de informatie die via de bestuurlijke lijn aan provincies en gemeenten wordt gezonden en de informatie die via de operationele lijn bij provincies en gemeenten terecht komt uniform is.

3. Fasering (conform WHO)

In de epidemiologie van een influenzapandemie kunnen de volgende 6 fasen (conform WHO) onderscheiden worden:

FASE 0: De interpandemische periode en het ontstaan van een nieuwe virusvariant.

Niveau 1: het vaststellen van een nieuwe virusvariant bij een persoon.

Niveau 2: het vaststellen van een nieuwe virusvariant bij meerdere personen waarbij mens op mens transmissie nog niet bevestigd is.

Niveau 3: bewezen mens op mens transmissie van een nieuwe virusvariant.

FASE 1: De start van een pandemie, met consistente epidemische patronen in meer dan een land of regio.

FASE 2: Uitbraken en epidemieën in meerdere regio's en met een uitwaaiierend verspreidingspatroon.

Niveau 1: vaststellen van pandemische influenza buiten Nederland.

Niveau 2: vaststellen van de nieuwe virusvariant in Nederland

FASE 3: De toename van influenza activiteit in een regio is gestopt en neemt af terwijl elders in de wereld nog steeds sprake is van influenza activiteit.

FASE 4: Een tweede of meerdere influenzagolven. (Die nog meer slachtoffers kan veroorzaken dan de initiële pandemiegolf!)

Fase 5: Einde van de pandemie, terugkeer naar fase 0.

De WHO bepaalt in welke fase een pandemie zich bevindt. Zij doet dit aan de hand van internationale surveillance en in consensus met virologen vanuit de gehele wereld. In dit draaiboek wordt aan de hand van deze fasering de kaders aangegeven hoe we in Nederland de bestrijding van influenza gestalte geven. De kaders van de beleidsuitvoering vormen het scharnierpunt naar de operationele uitvoering van de infectieziektebestrijding. Bij fase 0 tot en met fase 5 is steeds gekeken naar de consequenties op het gebied van surveillance en diagnostiek, vaccins en medicijnen, communicatie, hygiëne en GHOR/OOV aspecten en zorgverlening.

In fase 2 komt het er op aan dat de in Nederland genomen voorbereidingen effect resulteren. Het is te vergelijken met fase rood in het LCI draaiboek pokken. De regionale uitwerking in operationele draaiboeken ontwikkeld in fase 0 hebben als doel de maatschappelijke (gezondheidsschade) te beperken.

4. Uitwerking per fase in actiepunten

4.0 FASE 0: De interpandemische periode en het ontstaan van een nieuwe virusvariant.

Niveau 1: het vaststellen van een nieuwe virusvariant bij een persoon.

Niveau 2: het vaststellen van een nieuwe virusvariant bij meerdere personen waarbij mens op mens transmissie nog niet bevestigd is.

Niveau 3: bewezen mens op mens transmissie van een nieuwe virusvariant.

4.0.1 Wat doet de WHO

Fase 0 niveau 0

De WHO voorziet in de coördinatie van het surveillance programma van personen met influenza in samenwerking met en de hulp van de vier WHO Collaborating Centers in Atlanta, Londen (GB), Melbourne en Tokyo. Zij bezitten een scala aan virusstammen, ontwikkelen reagentia en technieken voor de vergelijking van influenzavirussen. Daarnaast geeft de WHO adviezen over de best mogelijke bestrijdingsstrategieën. Zij heeft hiervoor een modeldraaiboek opgesteld.

Fase 0 niveau 1

De WHO zal na internationale consultatie de coördinatie op zich nemen ter ondersteuning van nationale en lokale autoriteiten door:

- Bevestiging van de laboratoriumgegevens van de indexcase.
- Zoeken naar aanvullende gegevens, bron- en contactonderzoek naar mogelijke mens-op-mens transmissie.
- Virusidentificatie aan de hand van klinisch materiaal ten behoeve van zaaivirus.
- Basis leggen voor het ontwikkelen van een vaccin.
- Beoordeling van de gevoeligheid van bestaande virostatica.
- Het beschrijven van een casus-definitie.
- De bij de WHO aangesloten laboratorium- en surveillancenetwerken passen hun monitorings activiteiten aan.
- Geeft gedegen informatie.

Fase 0 Niveau 2

De WHO ondersteunt en stimuleert de surveillance in de landen waar meerdere bevestigde gevallen zijn waargenomen. De WHO:

- Ontwikkelt een casusdefinitie die te gebruiken is bij surveillance-activiteiten.
- Stimuleert onderzoek naar het voorkomen van antistoffen in de bevolking.
- Stimuleert de laboratoria onderzoek te doen naar voorkomen van de nieuwe virusvariant onder personen afkomstig uit de getroffen gebieden.

4.0.2 Wat doet de EU

Fase 0 niveau 0

De EU bevordert dat de lidstaten de voorbereiding en uitvoering van maatregelen zoveel mogelijk onderling en met de EU afstemmen. Zij heeft daartoe onder andere een draaiboek opgesteld en een aantal coördinerende mechanismen in het leven geroepen. De EU volgt in principe de richtlijnen van de WHO.

- Er is een conceptplan waar een taakverdeling tussen de Europese commissie en de lidstaten is beschreven en de belangrijkste activiteiten zijn gedefinieerd.
- Er is een Community Early Warning and Response System (EWRS) waarmee lidstaten elkaar informeren over de eigen situatie en getroffen (beleids)maatregelen.
- Er is een Community Laboratory Network die samenwerking en afstemming bevordert tussen de verschillende laboratoria in de lidstaten.

- Er is een European Influenza Surveillance Scheme (EISS) voor de surveillance van influenza.
- Er is een Community Preparedness and Response Group (CPRG) die advies uitbrengt aan de EC over de best mogelijke bestrijdingsstrategie bij een ernstige gezondheidsbedreiging, kennis uitwisselt en een lijst met expert beschikbaar heeft.
- Er zal een taakgroep in het leven worden geroepen (JEIF) van industrie en van de Europese autoriteit ter beoordeling van geneesmiddelen (EMA). Deze zal de nationale autoriteiten adviseren over de kwaliteit, effectiviteit en beschikbaarheid van pandemische influenzavaccins.
- De Commissie kan, op advies van de CPRG een 'Outbreak Investigation Team' in het leven roepen die ter plaatse onderzoek kan doen en adviezen kan geven.
- De EC onderzoekt de mogelijkheden van om registratieprocedures voor vaccins te versnellen.
- De EC onderneemt activiteiten om te bevorderen dat transport van virusmateriaal en vaccins niet onnodig belemmerd wordt door internationale regelgeving.
- Onderzoekt de mogelijkheden om afspraken tussen de lidstaten tot stand te brengen over de verdeling van schaarse vaccins en antivirale middelen en gezamenlijk de industrie te benaderen.
- De EC kan een mechanisme activeren die geforceerde samenwerking kan afdwingen op het terrein van civiele bescherming.

4.0.3 Wat doet Nederland in de interpandemische fase

- Ontwikkelt een multidisciplinair landelijk beleidsdraaiboek influenzapandemie
- Stimuleert de ontwikkeling van regionale multidisciplinaire operationele influenzapandemie draaiboeken.
- Onderhoudt een landelijk dekkend surveillancesysteem voor influenza.
- Coördineert, via het College van Zorgverzekeringen (CVZ), de jaarlijkse griepvaccinatie van risicogroepen. De huisartsen voeren dit uit.
- Onderneemt activiteiten om de beschikbaarheid van vaccins en antivirale middelen te bevorderen.
- Ontwikkelt distributiesystemen van vaccin/ antivirale middelen.
- Maakt afspraken over productie, beoordeling en registratie van vaccins
- Maakt afspraken over transport en beveiliging vaccins en antivirale middelen
- Formuleert prioritaire groepen die met voorrang deze vaccins en antivirale middelen zullen krijgen, op basis van een advies van de Gezondheidsraad.

Fase 0 niveau 1

- Herziet waarnodig nationale en regionale influenza draaiboeken.
- Bereidt virologische laboratoria voor op het detecteren van de nieuwe virusvariant.
- Volgt de WHO bevindingen en andere bronnen.
- Stemt in het IBT af en wisselt informatie uit en maakt afspraken.

Fase 0 niveau 2

- Bespreekt internationale bevindingen in het OMT, via het BAO, advies aan de minister.
- Afhankelijk van de eigenschappen van het virus: neemt wel of geen maatregelen om import te beperken of importgevallen snel te kunnen traceren.
- Start communicatie naar professionals, bestuurder, burgers en pers.
- Stemt in het IBT af en wisselt informatie uit en maakt afspraken.

Fase 0 niveau 3

- Bespreking van het OMT, via BAO, advies aan de minister.

- Intensiveert de contacten met de WHO.
- Stem in het IBT af en wissel informatie uit en maakt afspraken.(IBT).

Surveillance en diagnostiek

- Overweegt aanpassing van het surveillance systeem aan de hand van karaktereigenschappen van het virus.
- Produceert en implementeert richtlijnen voor veilige laboratoria diagnostiek.
- Vergroot beschikbaarheid van reagentia en methodieken ten behoeve van virale influenzadiagnostiek.
- Beoordeelt de mogelijkheid van sneldiagnostiek voor het nieuwe virus.

Communicatie

- Communiceert met bestuurlijk Nederland en hulpdiensten
- Communiceert stand van zaken naar media, professionals en burgers.
- Produceert een informatie set gericht op professionals.

Vaccins en medicijnen

- Zo mogelijk worden afspraken gemaakt met de industrie over levering van vaccin.
- Schaft zo nodig en zo mogelijk, antivirale middelen aan voor inzet in situatie's zonder vaccin mogelijkheid.

GHOR/OOV aspecten

- Dringt aan op actualisering van regionale influenza draaiboeken.
- Beschrijft hygiënische maatregelen op advies van de hygiënische richtlijnen van de GGD en implementeert.
- Treft voorbereiding voor horizontale opschaling.

Zorgverlening

- Ontwikkelt in draaiboeken noodscenario's voor zorgschaarste en overbelasting van zorgsystemen.

4.0.4 Actiepunten

1. Tref voorbereiding voor een uitbreiding NIVEL /RIVM surveillance.
2. Stel plan op voor bijwerkingenregistratie wanneer antivirale middelen / influenza vaccin ingezet zal worden.
3. Overweeg de wenselijkheid van een serosurvey.
4. Maak afspraken over productie, beoordeling en registratie van vaccins.
5. Plan ontwikkelen voor inzet van pneumococcenvaccin.
6. Plan voor monitoren antibiotica resistentie (of is dit voorhanden?)
7. Plan voor vaccin effectiviteitstudie klaar hebben.
8. Aanschaf van mondkapjes en/of andere middelen overwegen.
9. Onderzoek invloed van hygiënische maatregelen (scholensluiting, handen wassen, mondkapjes etc).
10. Op basis van het advies van de gezondheidsraad over aanschaf en aantallen zal een aankoop van influenzavaccin plaats vinden door middel van een Europese Aanbesteding in fase 0 niveau 2 of 3
11. Het optiecontract voor aanschaf van pneumokokkenvaccin zal worden afgesloten in Fase 0 (interpandemisch), zodra VWS daartoe formeel opdracht geeft.
12. Pneumokokkenvaccinatie wordt geadviseerd vanaf Fase 1 na advies van het OMT (ontstaan pandemisch virus).⁹

⁹ Dit advies wordt momenteel heroverwogen door de Gezondheidsraad die de minister in het najaar zal adviseren over de te volgen vaccinstrategie bij influenza.

13. Opstellen van triagecriteria door een expertgroep in opdracht van het OMT
14. Bij de uitvoering van maatregelen die worden genomen in het kader van infectieziektebestrijding wordt ondersteuning van andere hulpverleningsdiensten en organisaties verwacht.
15. Het is van belang dat deze verwachting voor een crisissituatie kenbaar worden gemaakt bij betrokken organisaties zodat deze organisaties zich kunnen voorbereiden.
16. Het vaststellen van voorraden antivirale middelen, antibiotica, vaccins etc
17. Opstellen van richtlijnen hoe te handelen bij schaarste van hulpdiensten met betrekking tot bijstand van politie, brandweer, GHOR en militairen.

4.1 FASE 1: De start van een pandemie, met consistente epidemische patronen in meer dan een land of regio

4.1.1 Wat doet de WHO

- WHO bepaalt of er sprake is van een pandemie.
- geeft een advies over vaccinsamenstelling.
- formuleert de best mogelijke inzet van antivirale middelen.
- volgt het verspreidingspatroon en de impact van het virus.
- zoekt financiële bronnen voor de ondersteuning van outbreakmanagement voor landen met beperkte middelen.

4.1.2 Wat doet de EU

- Contact onderhouden met WHO en op verzoek van de WHO een Outbreak Assistance Team (OAT) te activeren om ter plaatse ondersteuning te kunnen bieden.
- Bijeenroepen van Community Preparedness and Response Group (CPRG) die advies uitbrengt aan de EC over de best mogelijke bestrijdingsstrategie.
- Contact onderhouden met lidstaten.
- Contact onderhouden met fabrikanten van vaccins en antivirale middelen.
- Verspreiden van informatie
- Internationale bijstand

4.1.3 Wat doet Nederland

- Bespreek internationale bevindingen in het OMT, via het BAO, advies aan de minister.
- Stel meldingscriteria op, formuleer casusdefinitie en instellen meldingsplicht groep A infectieziektewet.

Surveillance en diagnostiek

- Continueer surveillance, start (non)casusregister.
- Optimaliseer de diagnostische mogelijkheden.

Communicatie

- Communiceer en informeer relevante groepen.

Vaccins en medicijnen.

- Bepaal de mogelijkheden van interventie met vaccin/ en of antivirale middelen op dit moment.
- (Verdachte) patiënten behandelen met Tamiflu evenals gezinscontacten en daarmee gelijk te stellen contacten op advies van het OMT (containment).
- Start vaccinatie risicogroepen tegen pneumokokkose.

GHOR/OOV aspecten

- De GHOR bereidt zich voor door uitwerking van regionale preparatie.
- Interdepartementale afstemming in IBT: informeren, afstemmen, afspraken
- NCC inventariseert landelijke evenementen en de benodigde politiecapaciteit hiervoor en verdeelt de beschikbare politiecapaciteit.

Hygiëne

- Hygiënische maatregelen conform WIP-richtlijnen (respiratoire transmissie).

Zorgverlening:

4.1.4 Actiepunten

Check alle actiepunten bij fase 1

4.2. FASE 2: Uitbraken en epidemieën in meerdere regio's en met een uitwaaiend verspreidingspatroon

Niveau 1: vaststellen van pandemische influenza buiten Nederland.

Niveau 2: vaststellen van de nieuwe virusvariant in Nederland

4.2.1 Wat doet de WHO

- continuering van de monitoring van globale verspreiding en impact van het virus.
- WHO continueert de gelijkwaardige distributie van vaccins op wereldniveau
- Continueert zijn werkzaamheden van fase 1 niveau 1-3

4.2.2 Wat doet de EU

- Contact onderhouden met WHO en op verzoek van de WHO een Outbreak Assistance team (OAT) te activeren om ter plaatse ondersteuning te kunnen bieden.
- Contact onderhouden met lidstaten
- Verspreiden van informatie

4.2.3 Wat doet Nederland

niveau 1:

Wanneer zich in een ander gedeelte van de wereld een pandemisch scenario zich aan het ontwikkelen is zal het risico van introductie van een nieuw influenza virus in Nederland groot zijn. Hiermee staan we aan de vooravond van een mogelijke ontwrichting van gezondheidszorg en maatschappij.

Surveillance en diagnostiek

- Surveillance moet geïntensiveerd worden om in een zo mogelijk stadium in Nederland maatregelen te kunnen nemen.
- Afhankelijk van morbiditeit en mortaliteitsgegevens zal er een verschuiving kunnen optreden van surveillance van IAZ van huisartsenpeilstations naar meer syndroomsurveillance.
- Beschikbaarheid van sneltesten dient gegarandeerd te zijn.
- Onderzoek systematisch uitbraken van IAZ in instellingen, speciale groepen of vreemde uitbraken van IAZ.

Communicatie

- Geef dagelijks de Nederlandse situatie weer en verstrek gebalanceerde informatie.
- Beschrijf wat de burger zelf kan doen om gezond te blijven.
- VWS voert een publieksmonitor uit.
- Het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming wordt gehanteerd; het Nationaal Voorlichtingscentrum wordt geactiveerd.
- Bestuurlijke informeren top down en bottom up.

GHOR/OOV

- In IBT verband afstemmen, informeren en besluiten
- NCC brengt in kaart wat de beschikbare hulpverleningscapaciteit is
- Continueren van acties die eerder in gang gezet zijn.

Niveau 2

Tijdens een pandemie kan er een situatie ontstaan dat de maatschappij ontwricht raakt door de enorme aantallen zieken en overledenen. Dit is afhankelijk van de mortaliteit en de morbiditeit van de ziekte, de beschikbaarheid van een toepasbaar vaccin en antivirale middelen. Wanneer de druk op de gezondheidszorg toeneemt zal men op een andere wijze de zorg invullen. Openbare orde aspecten gaan een rol spelen. Er is mogelijkheid tot sociale onrust.

Surveillance en diagnostiek

- Verruim de kwantitatieve diagnostische mogelijkheden (opschaling).
- Verricht een update van RIVM scenario berekeningen.
- Vaccins en medicijnen.
- Stel indien voorradig vaccin beschikbaar voor risicogroepen en prioritaire groepen.
- Bied, indien voorradig, vaccin op grotere schaal aan.

Bij grotere kans op introductie consequenties voor patiëntenzorg:

- Beperkt opname aantal patiënten die terug te voeren zijn op contacten met andere patiënten (of besmet pluimvee).
- (Verdachte) patiënten behandelen met Tamiflu evenals gezinscontacten en daarmee gelijk te stellen contacten op advies van OMT. (zie Operationeel draaiboek 2: incidentele introductie van een nieuw influenzavirus).
- Distributie Tamiflu naar ziekenhuizen (naar rato aantal bedden).
- Circulaire IGZ over inzet van de nationale voorraden antivirale middelen, indicatie en distributie
- Vroegbehandeling zorgverleners en anderen die aan patiënten worden blootgesteld.
- Overweeg regionale sluiting van scholen en het afgelasten van massabijeenkomsten.

Communicatie

- Circulaire IGZ naar ziekenhuizen om voorbereidingen te treffen alle niet acute patiënten z.s.m. te ontslaan en een opname stop af te kondigen voor niet acute patiënten.
- Beschrijf de richtlijnen voor de zorgverlening naar betrokken beroepsgroepen en zorginstellingen voor wanneer de epidemie zich in Nederland verder uitbreidt.
- Verzamelt informatie mbt stand van zaken in het land en verstrekt deze informatie aan betrokkenen.
- Communicatie mbt getroffen maatregelen (sluiten scholen, afgelasten evenementen, isolatie) wat van wie verwacht wordt, gevaren, beschermingsmiddelen voor wie en waarom vanuit de Rijksoverheid met bestuurders (burgemeesters en CDK's), de koepels (VNG/IPO) en de operationele hulpdiensten verloopt via BZK/VWS

GHOR/OOV aspecten

- Gemeentelijke, regionale, provinciale crisisstaf bijeen
- Burgemeester verstrekt informatie aan hulpdiensten mbt gevaren van de ziekte
- Burgemeester/CdK informeert via bestuurlijke lijn de minister van BZK mbt situatie in de gemeente/provincie
- Landelijke coördinatie van OOV aspecten bij NCC/BZK
- Organiseren van interdepartementale afstemming (IBT/MBT) en besluitvorming: waar worden mensen ingezet (wie krijgt wel bijstand en wie niet), wanneer worden evenementen afgelast en sluiten we scholen.
- Bijstand regelen voor OOV aspecten en voor uitvoering van maatregelen in het kader van de infectieziektebestrijding
- Overzicht houden van ingezette bijstand en beschikbare bijstand, indien nodig herverdelen van bijstand (NCC/BZK)
- Aanvragen van militaire bijstand bij NCC

4.2.4 Actiepunten

1. Is het nuttig onderzoekssurveillance op scholen en (zorg)instellingen in te voeren?
2. Is het nuttig om de over de toonbank verkochte medicatie te monitoren?
3. Registratie van bijwerkingen inzet Tamiflu
4. Maatregelen om binnenkomst van pandemie te vertragen in kaart brengen (welke zijn dit en hoe uit te voeren (actie VWS).
5. Afscherming van schaarse voorzieningen zal door de politie moeten worden geregeld. Ziekenhuizen en eventuele zorgmeldpunten zijn de eerste geneeskunde voorzieningen die naast de beveiliging van vaccins en medicamenten moeten worden afgeschermd. Dit ter beoordeling van bevoegd gezag. Dit moet worden geregeld door de verschillende koepels erbij te betrekken: Politie/brandweer/GHOR, /Gemeenten/VWS/BZK

4.3 FASE 3: De toename van influenza activiteit in een regio is gestopt en neemt af terwijl elders in de wereld nog steeds sprake is van influenza activiteit

4.3.1 Wat doet de WHO

De WHO continueert zijn inzet in samenwerking met de desbetreffende landen en maak gebruik van internationale expertise op het gebied van Influenza. De monitoring van de verspreiding gaat onverminderd door.

4.3.2 Wat doet de EU

- Continueert acties die in eerdere fasen zijn ingezet.

4.3.3 Wat doet Nederland

- Doe onderzoek naar het verloop van de pandemie in Nederland en maak een inschatting van de maatregelen om op een terugkeer van een pandemische golf voorbereid te zijn.
- Ga over tot krimp van geïntensiveerde surveillance en ga over tot opschaling indien een tweede golf zich aan dient, dit geldt ook met betrekking tot de diagnostiek.
- Het pandemie-veroorzakende virus zal opgenomen worden in de reguliere surveillance.
- Stel een rapport op met de beschrijving van het verloop van de pandemie in Nederland en evalueer de ervaringen met andere landen en bestrijdingsstrategieën.
- Publiceer in wetenschappelijke uitgaven over het verloop van de pandemie.
- Inventariseer de overgebleven sterkte van hulpdiensten, bestuurders, vitaal. Zoek naar alternatieven indien grote schaarste
- Stel regionale en landelijke draaiboeken en richtlijnen bij.
- Continueren van eerdere acties die nodig zijn.
- Afschaling/opschaling (Landelijk/regionaal)

Communicatie

- Continueren van acties die in eerdere fasen zijn ingezet

4.3.4 Actiepunten

- Pas draaiboeken aan, herzie richtlijnen.
- Breng voorraden van vaccin en antivirale middelen op peil.
- Breng de operationele en bestuurlijke inzet op normaal niveau (afschaling).
- Normalisering medische zorg.

4.4 FASE 4: Een tweede of meerdere influenzagolven

Gebaseerd op de pandemieën van de vorige eeuw kan een tweede serieuze influenzagolf optreden binnen 3-9 maanden na de start van een initiële pandemie. Deze kan in omvang groter zijn dan de initiële uitbraak!

4.4.1 Wat doet de WHO

- Met de ondersteuning van de WHO task force en na internationale consultatie stelt de WHO een tweede of latere pandemische golf vast.
- De WHO continueert de surveillance en coördinatie van de inzet van vaccin.

4.4.2 Wat doet de EU

Continueert acties die in eerdere fasen zijn ingezet.

4.4.3 Wat doet Nederland op het gebied van (herhaling van zetten en gebruikmaking van de expertise van de initiële uitbraak)

Surveillance en diagnostiek

- Verruim de kwantitatieve diagnostische mogelijkheden (opschaling).
- Vaccins en medicijnen.
- Stel indien voorradig vaccin beschikbaar voor risicogroepen en prioritaire groepen.
- Bied, indien voorradig vaccin op grotere schaal aan.

Bij grotere kans op introductie in het kader van patiëntenzorg:

- Beperk het aantal opnamen van patiënten die terug te voeren zijn op contacten met andere patiënten.
- (Verdachte) patiënten behandelen met Tamiflu evenals gezinscontacten en daarmee gelijk te stellen contacten op advies van OMT.
- Distributie Tamiflu naar ziekenhuizen (naar rato aantal bedden) en GGD'en, vroegbehandeling zorgverleners en anderen die aan patiënten worden blootgesteld.
- Overweeg sluiting van scholen en het verbieden van massabijeenkomsten.
- Pas zorgbehoefte aan.

OOV

- Continueren van eerdere acties
- Benodigde opschaling

4.4.4 Actiepunten

4.5 FASE 5: Einde van de pandemie, terugkeer naar fase 0

“Lessons learned” ook op het gebied van crisisbeheersing (zowel bestuurlijk als operationele en gemeentelijke diensten en crisisstaf)

4.5.1 Wat doet de WHO

De WHO bepaald en geeft aan wanneer de pandemie geëindigd is.

4.5.2 Wat doet Nederland

- Evalueer het gevoerde beleid, de lessen die geleerd zijn en beschrijf de onderwerpen die van belang zijn voor het voorbereiden op een volgende pandemie
- Breng voorraden van antivirale middelen op peil.
- Maak een epidemiologische overzichtsrapportage van de pandemie in Nederland.

Bijlage I. Influenzapandemieën (bron LCI protocol influenza)

Voor achtergrondinformatie over de ziekte influenza is het LCI protocol Influenza te raadplegen. Dit protocol is te vinden op de www.infectieziekten.info

1. Inleiding

In 1997 werd de pluimveepopulatie (eenden, ganzen, kippen) van Hongkong getroffen door een uitbraak van een aviaire influenza-A-H5N1-stam met hoge morbiditeit en mortaliteit. Sporadisch werden ook mensen geïnfecteerd; van achttien personen met bewezen infecties overleden er zes. Een overdracht van mens op mens werd niet gezien. Nadat de autoriteiten van Hongkong eind 1997 het gehele pluimveebestand van het territorium hadden afgemaakt, deden zich bij de mens geen nieuwe gevallen voor. Voor de medische wereld was dit incident een nieuw bewijs dat de menselijke populatie continu wordt bedreigd door animale, vooral aviaire, influenza-A-virussen. In de afgelopen eeuw is deze bedreiging drie keer werkelijkheid geworden in de vorm van influenzapandemieën (1918: H1N1, 1957: H2N2, 1968: H3N2). Vooral de 'Spaanse griep' van 1918 eiste een enorme tol aan slachtoffers; schattingen lopen uiteen van twintig tot meer dan vijftig miljoen doden wereldwijd.

2. Het ontstaan van een pandemisch influenzavirus

Per definitie is een influenzapandemie een wereldwijde epidemie veroorzaakt door een nieuw subtype van het influenza-A-virus. Het ontstaan van een influenzapandemie wordt tegenwoordig als volgt verklaard: in de vogelwereld circuleren influenzavirussen met vijftien verschillende hemagglutininen (H) en negen verschillende neuraminidasen (N). In principe kunnen virussen met alle $15 \times 9 = 135$ H-N-combinaties (subtypen) ook de mens besmetten. Nieuwe subtypen kunnen worden gevormd wanneer een humaan en een animaal (vooral aviair) virus tegelijkertijd eenzelfde cel van een mens of een ander zoogdier (vooral het varken) besmetten. Daar het genoom van influenza-A-virussen uit acht aparte RNA-ketens (genen) bestaat, die volgens het toeval over de nakomelingvirussen worden verdeeld, bevat de virale dochtergeneratie theoretisch virussen met alle denkbare combinaties van de 2×8 segmenten van de twee moedervirussen, te weten $2^8 = 256$ combinaties.

De meeste van de 256 gevormde 'reassortanten' zullen niet levensvatbaar zijn, dat wil zeggen niet in staat tot verdere replicatie en verspreiding. Echter, één van die reassortanten kan van het humane moedervirus de genen hebben overgenomen die zorgen voor een goede mens-op-mens overdracht en van het aviaire moedervirus het segment dat codeert voor het aviaire hemagglutinine. Dit is het membraaneiwit waartegen de effectieve gastheerimmunitet zich vooral richt. Is het aviaire hemagglutinine niet H1 of H3, dan kan op dat moment een nieuw pandemisch virus zijn ontstaan. Tegen een dergelijk virus bestaat in de menselijke populatie – afhankelijk van het neuraminidase van de reassortant – weinig of geen weerstand, met als mogelijk gevolg een explosieve verspreiding en hoge morbiditeit en mortaliteit. Of ook het 'Spaanse' H1-virus en het H2-virus na een afwezigheid van respectievelijk 84 en 34 jaar bij de mens kunnen terugkeren, valt niet te voorspellen, evenmin als de gevolgen hiervan.

De kans op dubbelinfecties is maximaal wanneer de (zeldzame) infectie met een aviair influenzavirus zich voordoet tijdens de normale winterepidemie van humane influenza. Gelukkig traden in Hongkong de bovengenoemde sporadische gevallen van humane besmettingen met het aviaire H5N1-virus op tijdens de maanden waarin de humane influenza-activiteit laag was, zodat zich toen geen gevaarlijke reassortanten konden vormen. De bron van deze sporadische infecties werd eind 1997 door de massale slachting van pluimvee uitgeschakeld vlak voor het begin van de epidemische influenzaperiode in Hongkong in februari 1998.

Het is volledig onvoorspelbaar waar en wanneer er zich wel een levensvatbaar en goedoverdraagbaar pandemisch virus zal ontwikkelen. Volgens wetenschappelijke inzichten kan ook het varken functioneren als 'mixing vessel' voor influenzavirusgenen omdat ook zijn

respiratoire cellen voor zowel humane als aviaire influenzavirussen de juiste receptoren bezitten.

3. Bestrijding van een influenzapandemie

De bescherming tegen een influenzapandemie is sterk afhankelijk van de beschikbare voorbereidingstijd. Van vitaal belang is daarom een intensieve, internationale epidemiologische surveillance. Als ergens in de wereld een nieuwe influenzavariant opduikt, moet deze zo snel mogelijk worden gesignaleerd en gekarakteriseerd. De WHO en haar netwerk van nationale influenzacentra organiseren deze surveillance, die primair is gericht op het ontdekken van antigene-drift-varianten in verband met het jaarlijks actualiseren van het vaccin. Anno 2003 wordt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een draaiboek opgesteld voor de maatregelen die in Nederland moeten worden getroffen vóór en tijdens een (dreigende) pandemie. Er bestaan drie opties: ingrijpen in de infectieketen, vaccinatie en chemoprophylaxe.

3.1 Bestrijding van een influenzapandemie door ingrijpen in de infectieketen

Isolering van de patiënten en quarantaine, dat wil zeggen isolering van gezonde maar mogelijkerwijs besmette personen, zijn bij een dreigende influenzapandemie vanuit de ons omringende landen niet zinvol. Het pandemische virus is in Nederland dan al ongetwijfeld te zeer verspreid. Alleen in geval van een dreigende influenzapandemie vanuit verafgelegen landen (Azië) of van primaire isolering in Nederland van een potentieel-pandemisch influenza-A-virus zijn genoemde maatregelen aan te bevelen, evenals preventieve en therapeutische behandeling van de betrokken personen met een neuraminidaseremmer. In deze situatie is vertraging van de opmars van het virus namelijk van groot belang om de piekbelasting van medische diensten te verminderen en meer tijd ter beschikking te hebben voor het treffen van andere voorbereidingen.

In dit verband dient dan contactonderzoek plaats te vinden om zoveel mogelijk geïnfecteerden op te sporen. Te verzamelen gegevens: contact van het indexgeval met anderen; in gezin, school, tijdens bijeenkomsten, vervoer, werk, enzovoort. Bij primaire isolering in Nederland moet ook worden nagegaan of er contact met varkens of vogels is geweest. Bovendien moet aan veterinaire deskundigen worden gevraagd of er bij dieren recent afwijkende influenzavarianten zijn geïsoleerd.

Schoolsluiting dient in deze situatie eveneens te worden overwogen omdat deze instelling een belangrijke schakel in de besmettingsketen is. Ligt de bron ver buiten Nederland, dan is het echter moeilijk hiervoor het goede moment te kiezen. Het kan dan namelijk wel enkele maanden duren voor het nieuwe subtype in Nederland arriveert. Is de pandemie al in één der omringende landen gaande, dan is directe sluiting van scholen dringend gewenst. Bij primaire isolatie in Nederland is dit eveneens het geval, althans in de regio van de geïnfecteerden.

3.2 Bestrijding van een influenzapandemie door vaccinatie

Vaccinatie tegen influenza vereist het aanmaken van snelgroeiende reassortanten, het aankweken van grote hoeveelheden virus (momenteel op kippeneieren), het opwerken van het virus tot vaccins en uiteindelijk de immunisatie van, in principe, de gehele bevolking. Dit proces zal in het gunstigste geval een half jaar duren gezien de ervaringen in de Verenigde Staten, waar in 1976 in een rekrutenkamp een H1N1-varkensvirus opdook en vervolgens een poging werd gedaan om alle inwoners van de VS daartegen te vaccineren. Knelpunten zijn de constructie van een vaccinvirus (vier jaar na de H5N1-epidemie in Hongkong is ondanks veel onderzoek hiernaar nog geen bewezen effectief vaccinvirus ontwikkeld) en de beschikbaarheid van kippeneieren. Op laatstgenoemd gebied heeft zich een technologische innovatie voorgedaan: viruskweek op een cellijn (MDCK). Deze technologie werd in 2001 in Nederland geregistreerd en zal de vaccinbereiding aanzienlijk flexibeler maken, versnellen en vergemakkelijken. Deze technologie zal in de loop van de volgende jaren industrieel kunnen worden gerealiseerd.

3.3 Bestrijding van een influenzapandemie door chemoprofylaxe

Als snel en effectief antwoord op het verschijnen van een pandemische influenzastam in Nederland is chemoprofylaxe van de gehele bevolking (of althans het meest kwetsbare gedeelte ervan en/of de voor de samenleving noodzakelijke diensten als brandweer, politie en dergelijke) de belangrijkste optie. Amantadine is goedkoop maar lijkt, gezien de neurologische bijwerkingen en de grote kans op resistentie, minder geschikt (discussie hierover duurt voort; mogelijk wel geschikt als profylaxe van noodzakelijke groepen functionarissen). Rimantadine heeft minder bijwerkingen maar dezelfde resistentieproblematiek. De neuraminidaseremmers, vooral oseltamivir, zijn dan ook de antivirale middelen van eerste keuze ter bestrijding van pandemische influenza. De mogelijkheid van voorraadvorming van antivirale middelen wordt momenteel onderzocht door het ministerie van VWS en de Europese Unie. Nederland beschikt over een beperkte voorraad oseltamivir, zie hiervoor bijlage V.

Bijlage II: Surveillance

Fase 0: de interpandemische periode

De manier waarop de surveillance in deze fase in Nederland verloopt hangt af van het feit of het nieuwe virus in het buitenland of in Nederland wordt vastgesteld.

Niveau 1: vaststelling van een nieuwe virusvariant bij een persoon

Vaststelling van het virus in het buitenland:

- De reguliere systematische surveillance van het influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) wordt gehandhaafd (zie paragraaf 1).
- Monsters afkomstig van de IAZ-surveillance worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.
- Afhankelijk van de presentatie van het virus (virulentie, morbiditeit, getroffen groep) kan er voor worden gekozen om de regulier surveillance uit te breiden met surveillance onder specifieke groepen, bijvoorbeeld reizigers (zie paragraaf 4).

Vaststelling van het virus in Nederland (zie paragraaf 2)

- De reguliere systematische surveillance wordt gehandhaafd (zie paragraaf 1).
- Uitgebreide case-investigation (klinisch en virologisch onderzoek) en bron- en contactopsporing wordt verricht.
- Monsters afkomstig van de gevallen uit de IAZ-surveillance en monsters afkomstig van contacten met IAZ worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.

Niveau 2: vaststelling van een nieuwe virusvariant bij meerdere personen waarbij mens op mens transmissie nog niet bevestigd is.

Vaststelling van het virus in het buitenland:

- De reguliere systematische surveillance wordt gehandhaafd (zie paragraaf 1).
- Monsters afkomstig van de IAZ surveillance worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.
- Afhankelijk van de presentatie van het virus (virulentie, morbiditeit getroffen groep) kan er voor worden gekozen om de regulier surveillance uit te breiden met surveillance onder specifieke groepen, bijvoorbeeld reizigers (zie paragraaf 4).

Vaststelling van het virus in Nederland:

- Reguliere systematische surveillance wordt gehandhaafd.
- Actieve case-finding (zie paragraaf 3) wordt gestart met uitgebreide bron- en contactopsporing.
- Monsters afkomstig van de reguliere surveillance en van patiënten opgespoord door de actieve case finding worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.
- Casus-register wordt opgezet.

Niveau 3: bewezen mens op mens transmissie van een nieuwe virus variant

Vaststelling van het virus in het buitenland:

- Geïntensiveerde surveillance wordt gestart (zie paragraaf 4).
- Reguliere surveillance wordt uitgebreid met surveillance onder reizigers uit besmette gebieden.
- Monsters afkomstig van de surveillance worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.
- In geval van import van een besmet menselijk geval in Nederland wordt uitgebreide case-investigation (klinisch en virologisch onderzoek) en contact-opsporing verricht.

- Bij import van meerdere gevallen: start casus-register, actieve case-finding (zie paragraaf 3) en contactopsporing.
- Monsters afkomstig van de actieve case-finding worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.

Vaststelling van het virus in Nederland:

- Geïntensiveerde surveillance wordt gestart (zie paragraaf 4).
- Casusregister wordt ingesteld.
- Afhankelijk van de presentatie van het virus kan in een vroege/rustige epidemische fase nog worden volstaan met geïntensiveerde surveillance door middel van de opschaling van het aantal huisartspeilstations en eventueel het afnemen van IAZ sneltesten door niet-peilstationhuisartsen bij IAZ-patiënten.
- Bij ernstige presentatie van het virus kan de geïntensiveerde surveillance worden uitgebreid met surveillance onder pneumoniepatiënten in ziekenhuizen.
- Monsters afkomstig van de surveillance worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.
- Bij een massale epidemie waarbij ook veel onderzoekers en gezondheidszorgpersoneel zijn betrokken, wordt gekozen voor een efficiëntere gegevensverzameling om de epidemie kwantitatief te volgen. Voor de beantwoording van specifieke vragen ten behoeve van de verdere bestrijding van de epidemie (zie onder: paragraaf 5) zal specifieke informatie worden verzameld binnen bepaalde representatieve groepen, bijvoorbeeld bij een bepaald deel van de peilstationhuisartsen, en niet van elke patiënt in het kader van de case-finding en registratie.

Fase 1 tot en met 4:

1. De start van een pandemie, met consistente epidemische patronen in meer dan een land of een regio.
 2. Uitbraken en epidemieën in meerdere regio's en met een uitwaaiend verspreidingspatroon in het buitenland of in Nederland
 3. De toename van de influenza activiteit in een regio is gestopt en neemt af terwijl elders in de wereld nog steeds sprake is van influenza activiteit
 4. Een tweede of meerdere influenza golven
- Geïntensiveerde surveillance wordt gehandhaafd (zie paragraaf 4). Surveillance wordt uitgebreid met surveillance onder reizigers en risicogroepen in Nederland.
 - Afhankelijk van de presentatie van het virus kan in een vroege/rustige epidemische fase nog worden volstaan met geïntensiveerde surveillance door middel van de opschaling van het aantal huisartspeilstations en eventueel het afnemen van IAZ sneltesten bij niet-peilstation huisartsen.
 - Bij ernstige presentatie van het virus kan de geïntensiveerde surveillance worden uitgebreid met surveillance onder pneumoniepatiënten in ziekenhuizen.
 - IAZ monsters afkomstig van de surveillance worden zo spoedig mogelijk door het NIC getypeerd en gesubtypeerd.
 - Bij een massale epidemie waarbij ook veel onderzoekers en gezondheidszorgpersoneel zijn betrokken, wordt gekozen voor een efficiëntere gegevensverzameling om de epidemie kwantitatief te volgen. Voor de beantwoording van specifieke vragen ten behoeve van de verdere bestrijding van het virus (zie onder: paragraaf 5) zal specifieke informatie worden verzameld binnen bepaalde representatieve groepen, bijvoorbeeld bij een bepaald deel van de peilstationhuisartsen, en niet van elke patiënt in het kader van de case-finding en registratie.

Fase 5: Einde van de pandemie, terugkeer naar fase 0

- De surveillance van influenza keert terug naar een lager niveau (zie paragraaf 1).

- De nieuwe virus variant zal vanaf nu worden meegenomen binnen de surveillance diagnostiek.
- Maken van een epidemiologische overzichtsrapportage van de pandemie in Nederland op basis van de virologische maand-staten, oorzaakspecifieke sterftcijfers van het CBS, oorzaakspecifieke ziekenhuis-ontslagdiagnoses van Prismant (zie bijlage IXc) en CBS-gegevens over ziekteverzuim bij de overheid en in de particuliere sector (zie bijlage IXc)
- De draaiboeken worden geëvalueerd en bijgesteld.

1. Reguliere systematische surveillance

Tijdens deze periode worden trends in het voorkomen van influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) en influenzavirussen bewaakt via een de NIVEL/RIVM surveillance, en via laboratoriumsurveillance. De gekweekte influenzavirussen worden door het EMC gekarakteriseerd. Deze informatie wordt meegenomen in de wereldwijde influenzavirus-monitoring, op grond waarvan wordt bepaald wat de samenstelling van het griepvaccin voor het daaropvolgende seizoen wordt.

Zie voor definities het einde van bijlage IXd.

Beschrijving NIVEL/RIVM-surveillance

Sinds 1970 registreren huisartsen van het NIVEL-peilstationnetwerk wekelijks het aantal patiënten dat hen consulteert wegens een IAZ. Naast de diagnose en het weeknummer worden ook de leeftijd van de patiënt, en de regio en stedelijkheidsgraad van de praktijk geregistreerd. De laatste 10 jaar varieert het aantal peilstations in het netwerk van 43 tot 45 en het aantal huisartsen van 61 tot 67. De populatie van de peilstation-praktijken omvat 1% van de Nederlandse bevolking en is representatief wat betreft leeftijd, geslacht, regio en stedelijkheidsgraad.

Het NIVEL verzamelt, analyseert en publiceert deze gegevens in het jaarverslag (verschijnt ca. 7 maanden na afloop van een kalenderjaar). In het influenzaseizoen worden de resultaten wekelijks gefaxt naar het RIVM en het EMC.

Omdat op basis van klinische symptomen niet duidelijk is door welk pathogeen de ziekte is veroorzaakt, neemt op verzoek van het NIVEL circa 75% van de peilstations sinds de winter 1992/93 neus- en keelwatten af bij een aselect deel van hun IAZ-patiënten. Op het RIVM worden deze monsters onderzocht op o.a. het influenzavirus. De met behulp van kweek geïsoleerde influenzavirussen worden getypeerd (A(H3N2), A(H1N1) en B). Voor verdere karakterisering worden de influenzavirusisolaten naar het EMC gestuurd. In een gebruikelijk influenzaseizoen worden 400 à 500 monsters ingestuurd. Het influenzavirus vormt ongeveer 25% à 30% van de gevonden ziekteverwekkers en gedurende de influenzapiek 60 à 70%. Zowel de klinische als de virologische resultaten van deze NIVEL/RIVM respiratoire surveillance verschijnen tijdens het influenzaseizoen (twee-)wekelijks in de Influenza Nieuwsbrief (ook toegankelijk op internet via het NIVEL, het EMC en het RIVM) en jaarlijks in het juninummer van het Infectieziekten Bulletin en in een RIVM/NIVEL-rapport. Daarnaast worden de klinische en de virologische gegevens tijdens het influenzaseizoen wekelijks ingevoerd in EISS (European Influenza Surveillance Scheme).

De bovenstaande aanpak levert informatie over de IAZ-incidentie bij patiënten die de huisarts bezoeken in Nederland en per regio; de gegevens kunnen per leeftijdscategorie en stedelijkheidsgraad worden bekeken. De vertraging in deze rapportage is circa 10 dagen. Daarnaast levert de surveillance informatie op over het aantal IAZ-patiënten waarvan in de voorgaande week monsters voor diagnostiek ontvangen zijn, het percentage waarin influenzavirus is gevonden, en de typen influenzavirus

Beschrijving laboratoriumsurveillance: Virologische weekstaten / ISIS

Wekelijks rapporteren 17 virologische laboratoria o.a. hun resultaten van de influenzavirusdiagnostiek in de virologische weekstaten. Die worden ontvangen en ingevoerd in een Excelbestand op het RIVM, en zijn met een vertraging van ongeveer 7 dagen beschikbaar. Vier-wekelijkse overzichten worden maandelijks in het Infectieziekten Bulletin gerapporteerd met een vertraging van 4 tot 5 weken. In het griepseizoen (week 40

tot en met tenminste week 13) sturen deze laboratoria wekelijks hun influenzavirusisolaten naar het EMC voor typering en karakterisering. Dit betreft circa 250 monsters per influenzaseizoen. De resultaten worden gedurende het influenzaseizoen (twee-) wekelijks in de Influenza Nieuwsbrief vermeld en ingevoerd in EISS (European Influenza Surveillance Scheme) door RIVM

Dit laboratoriumsurveillancesysteem geeft per laboratorium een overzicht van de aantallen influenzavirus die worden geïsoleerd, zonder verdere gegevens. Deze informatie kan als 'early warning' beschouwd worden: er is een basaal niveau van meldingen; bij een duidelijke stijging is de influenza-activiteit in Nederland toegenomen. Meldingen via het ISIS systeem kunnen met weinig vertraging worden bekeken. De gegevens worden gerapporteerd in een overzichtsartikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (meestal in oktober) van het afgelopen influenzaseizoen in Nederland waarin ook de aanbevelingen voor het influenzavaccin voor het komende seizoen

Surveillance van bruto sterftcijfers

Naast de bovenstaande systemen, die informatie opleveren over trends in het voorkomen van influenza, leveren de bruto sterftcijfers CBS een ruwe indicatie van de ernst van het influenzaseizoen: tijdens een influenza-epidemie worden er meer sterfgevallen waargenomen dan gebruikelijk is voor een vergelijkbare periode zonder influenza. Dit verschijnsel wordt oversterfte genoemd. Schattingen van de mortaliteit tijdens een normale griep epidemie lopen van 250 tot 2000 sterfgevallen per jaar met influenza als primaire doodsoorzaak. Daarnaast sterven er mensen aan complicaties van influenza (zoals virale en m.n. bacteriële pneumonie) tijdens een epidemie.

Wekelijks rapporteren de Gemeentelijke Basis Administraties (GBA's) het aantal sterfgevallen naar sterftedatum in hun gemeente aan het CBS in Voorburg. Bruto sterftcijfers vormen een specifieke indicator voor influenza-activiteit: b.v. andere ziekten, epidemieën of een vorstperiode kunnen ook tot een stijging in het aantal sterfgevallen leiden. Het CBS treft voorbereidingen om, met een vertraging van ongeveer 10 dagen, zijn voorlopige bruto sterftcijfers per week opvraagbaar te maken. Overlegd moet worden of het CBS ook leeftijd-specifieke sterftcijfers kan leveren.

Surveillance middels andere informatiebronnen

Tenslotte is – zeker de laatste jaren – een steeds belangrijker rol weggelegd voor de elektronische media. Opvallende outbreaks, of gegevens over opvallende influenzavirus isolaten worden verspreid via verschillende internet-sites (zie onder) en via Promed-mail (Promed-mail ontvang je door een mail "subscribe promed <e-mail-adres>" te sturen naar majordomo@promedmail.org)

- Europa: EISS (European Influenza Surveillance Scheme)
Voor 'early warning' wat betreft influenza in Europa zijn de nationale influenzacentra en de netwerken van huisartsenpeilstations van een toenemend aantal Europese landen waaronder Nederland, verenigd in EISS. EISS bestaat sinds 1995 en is de opvolger van Euro-Sentinel (1987). Deelnemende landen leveren via internet surveillance gegevens afkomstig van huisartsenpraktijken en ziekenhuizen aan de EISS database. De gegevens betreffen: het aantal huisartsconsultaties voor IAZ (influenza-achtige ziektebeelden) of ALI (acute luchtweginfecties) per week, het aantal influenzavirussen dat geïsoleerd is per week, de circulerende (sub-)types en het dominerende (sub-)type. Zowel resultaten van kweek als serologische bepalingen worden gerapporteerd. Dit systeem heeft een vertraging van ongeveer 1 week.
<http://www.eiss.org>
- Wereld: FluNet
Voor 'early warning' wat betreft influenza op wereldniveau rapporteren een aantal landen gecombineerde klinische en virologische surveillance gegevens over influenza op een wachtwoord toegankelijke internetsite.
<http://www.rhone.3be.jussieu.fr/flunet>

Verspreiding verzamelde en geïntegreerde informatie

- Een internet-site is de aangewezen manier om up-to-date veel mensen op de hoogte te houden. In verband met de vogelgriep is in 2003 bij het RIVM een internet-site geopend om geïnteresseerden zo efficiënt mogelijk te informeren over de stand van zaken op basis van het casus-register, monsternamen instructies en de te gebruiken vragenlijsten. De site was toegankelijk via ISIS.
- Het signaleringsoverleg
De doelstelling van het signaleringsoverleg is het opsporen en beoordelen van signalen op het gebied van infectieziekten. Diverse surveillancebronnen worden voorafgaand aan het overleg op donderdagochtend geraadpleegd met het oog op toename van bestaande of opkomst van nieuwe infectieziekten. De signalen die voor de volksgezondheid van belang kunnen zijn worden door de deelnemers besproken. De bronnen worden wekelijks gescreend. Daarnaast kunnen ook op andere wijzen signalen op het overleg aan de orde komen, bijvoorbeeld uit contacten met het eigen werkveld van de deelnemers of van artsen infectieziekten bij GGD's en arts-microbiologen. Deelnemers aan het signaleringsoverleg zijn microbiologen en epidemiologen van verschillende afdelingen van het RIVM zoals het en het bureau LCI (Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten) vertegenwoordigd. Het overleg resulteert in een verslag dat diezelfde dag per e-mail verzonden wordt naar de Inspectie van de Gezondheidszorg, de directie Preventie Openbare Gezondheids zorg van VWS en andere direct betrokkenen in de infectieziektebestrijding in Nederland.

2. Vaststelling van een nieuw virus variant in Nederland

Influenzavirussen zijn verdeeld in hoofdgroepen (A, B en C). Influenza groep A virussen zijn berucht vanwege de grote mate van variatie in hun oppervlakte eiwitten, het hemagglutinine (H) en het neuraminidase (N). De antigene eigenschappen van deze eiwitten worden onderzocht bij het subtyperen. De afgelopen decennia circuleren bij de mens vooral influenza A virussen van de subtypes H3N2 en H1N1, naast de – in dit verband onschuldiger influenza hoofdgroep B virussen. Een groot deel van de bevolking heeft tegen deze virussen immuniteit opgebouwd en wordt niet of minder ziek. Door vermenging van influenza A virussen uit vogels en mensen of door aanpassing van vogel influenzavirussen kan echter een nieuw influenza A virus ontstaan, waarbij het oppervlak bestaat uit H- en N- eiwitten waartegen niemand immuniteit heeft kunnen opbouwen. Dit kan leiden tot een massale epidemie omdat de groep personen die gevoelig is voor de virusinfectie vele malen groter is. Ook kan het verloop van de infectie ernstiger zijn.

De keel- en neusmonsters afkomstig van de NIVEL peilstations, reguliere huisarts- praktijken en de ziekenhuizen worden door het RIVM en de streek- en ziekenhuis laboratoria standaard getest op de aanwezigheid van influenza type A subtype H3, influenza type A subtype H1 of influenza type B. Virussen die niet getypeerd kunnen worden zijn mogelijk nieuwe varianten en worden verder gekarakteriseerd bij het EMC.

3. Afwegen van actieve case-finding

Zodra bij een persoon door het laboratorium een nieuwe influenza variant is vastgesteld, zal direct moeten worden nagegaan wat de mogelijke bron van infectie is geweest en of er sprake is van besmettingen in contacten of in andere personen met vergelijkbare blootstelling. Afhankelijk van de resultaten kan het startsein voor geïntensiverde surveillance worden gegeven. Gegevensverzameling in deze eerste fase is gericht op het bevestigen van de diagnose, het beschrijven van het ziektebeeld, het opsporen van de bron, en het vaststellen van de kans op verdere verspreiding. De manier waarop deze actieve case-finding wordt opgestart hangt ook af van de manier waarop de nieuwe virusvariant zich presenteert. Er zijn scenario's denkbaar waarbij in de beginfase het virus minder virulent zal zijn en actieve bron- en contactopsporing verdere transmissie kan voorkomen. Als er volop verspreiding is van een nieuw virus zal het accent minder liggen op de precieze aantallen infecties. Toch is ook bij een snel spreidend virus maar met zeer ernstige consequenties

denkbaar dat besloten wordt alles op alles te zetten om te proberen verspreiding tegen te gaan tot de kritische periode (voor vaccinproductie) is overbrugd. Het LCI zal het OMT bijeen roepen om advies uit te brengen over de te volgen strategie.

4. Geïntensiveerde surveillance

Om de sensitiviteit van de surveillance te verhogen kan i.s.m. NIVEL actie worden genomen om alle peilstationartsen IAZ-patiënten te laten bemonsteren (opschaling van NIVEL surveillance van 75% van de peilstations naar 100%). Voor de diagnostiek kan gebruik worden gemaakt van sneltesten (maar zonder behandelconsequentie, vanwege het hoge percentage vals-negatieven van sneltesten).

Indien alle NIVEL-artsen twee monsters per week insturen zijn er circa 130 monsters per week te verwerken. Het NIVEL rapporteert wekelijks het aantal incidente influenza-cases per leeftijdscategorie aan het RIVM.

De surveillance middels de huisartspeilstations al dan niet uitgebreid met de overige huisartsen in Nederland voldoet mogelijk alleen indien het influenzavirus niet ernstig ziekmakend is. Nieuwe virusvarianten kunnen echter tot ernstige complicaties zoals pneumonieën leiden. Daarom is de kans groot dat deze influenzagevallen in het ziekenhuis worden aangetroffen en niet in de huisartsenpraktijk. Met deze reden dient bij de ziekenhuizen in geval van een pneumonie te worden aangedrongen op influenza-diagnostiek (ook aan perifere laboratoria levert het NIC de benodigde antisera). Bij bevestiging van influenza dient het monster snel te worden doorgestuurd naar het EMC voor typering en subtypering.

Eventueel kan afhankelijk van hoe de nieuwe variant in Nederland is geïntroduceerd (via bijvoorbeeld reizigers of pluimvee) een gerichte surveillance worden opgezet. Middels sneltesten zouden deze groepen kunnen worden gescreend, waarna de monsters bij het RIVM of EMC kunnen worden getypeerd.

5. Onderzoek ten behoeve van de bestrijding van het virus

De bestrijding van een nieuw virus variant houdt niet op bij het monitoren van het verloop van een epidemie. Gedurende de epidemie moeten naast de surveillance specifieke vragen worden beantwoord om -indien nodig- de aanpak van de bestrijding te kunnen bijstellen; Hoe wordt het verloop van de epidemie beïnvloed door mondkapjes, scholensluiting of antivirale middelen (scenario onderzoek in samenwerking met de modelleers)? Is en blijft het virus wel gevoelig voor antivirale middelen? Zijn er aanwijzingen voor enige bescherming door het vaccin? Wat is de leeftijd-specifieke morbiditeit en mortaliteit? Deze vragen zouden bij het opstellen van de vragenlijst ten behoeve van de case-finding kunnen worden meegenomen. Bovendien zijn er onderzoeksvragen die, zo niet voor de huidige epidemie dan wel voor toekomstige epidemieën, relevante inzichten zouden kunnen opleveren. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan een serosurvey voor de nadere bepaling van de infectiedruk, de effectiviteit van antivirale middelen en vaccins, het voorkomen van eventuele bijwerkingen en de resistentie van antibiotica. (Gegevens over druk op het zorgsysteem en consumptie van vaccin, antivirale middelen en antibiotica worden routinematig verzameld door Prismant respectievelijk SFG). Tijdens een massa-epidemie ligt er echter een zodanig hoge druk op de mensen die in de (openbare) gezondheidszorg werkzaam zijn, dat lange vragenlijsten en veelvuldige monsternamen het haalbare zouden kunnen overschrijden. Daarom dient voor de beantwoording van deze vragen te worden volstaan met een gegevensverzameling op beperkte schaal (bijvoorbeeld bij een representatief gedeelte van de peilstationhuisartsen). Gedurende de opstelling van het operationele draaiboek moet al worden vastgesteld middels welke onderzoeksopzet de benodigde informatie op een betrouwbare manier kan worden verzameld.

Bijlage III: Diagnostiek

Diagnostiek van influenza virus infecties is een routinebepaling bij de meeste virologische laboratoria. In het algemeen betreft het een directe immunofluorescentie op cellen van patiëntenmateriaal, meestal in combinatie met virus isolatie op tertiaire apeniercellen (tMK) of hondeniercellen (MDCK). Het influenzavirus wordt aangetoond met behulp van monoklonale antistoffen tegen het geconserveerde nucleoproteïne (NP). Ook moleculaire detectiemethoden worden in toenemende mate gebruikt. Hierbij worden virale genen aangetoond.

Tijdens een pandemische dreiging moet bekeken worden of de virologische diagnostiek op identieke wijze kan worden voortgezet. Dit is afhankelijk van het type virus en het verloop van de ziekte, die bepalen in welke pathogeniteitsklasse (BSL klasse) het virus wordt ingedeeld. De gewone influenzavirussen behoren tot BSL klasse 2 en kunnen in ieder microbiologisch laboratorium gekweekt worden. Voor het H5N1 virus in 2004 in Azië werd BSL klasse 3 geadviseerd. Dat is in Nederland slechts beperkt aanwezig. Een praktische vertaling hiervan zal per geval moeten worden gemaakt. Hiervoor zijn de laboratoriumpartners van het NIC primair voor verantwoordelijk.

Tijdens een pandemie zal er waarschijnlijk behoefte zijn aan een eenvoudige sneltest om influenza van andere (respiratoire) infecties door de huisarts te kunnen laten onderscheiden. Dit is van belang om zo snel mogelijk te kunnen starten met de juiste behandeling (antibiotica / virostatica). Er zijn enkele sneltesten op de markt, maar hun waarde voor deze toepassing is nog onvoldoende bekend.

In het vervolg van deze bijlage zal worden ingegaan op de specifieke identificatie van afwijkende virussen en andere activiteiten ten tijde van de verschillende fasen van een griepandemie.

Fase 0. Interpandemische periode.

Voor de interpandemische periode is de influenza-surveillance zoals die nu wordt uitgevoerd een voldoende garantie voor het registreren van influenza-activiteit en het opsporen van afwijkende varianten van het influenza virus. Deze activiteiten worden uitgevoerd door het NIVEL en het Nationaal Influenza Centrum (NIC), dat een samenwerking is tussen het RIVM en het Erasmus Medisch Centrum (EMC). Influenza-activiteit wordt gemeten aan de hand van een klinische indicator, het influenza-achtige ziektebeeld (IAZ). Het aantal IAZ gevallen per 10.000 inwoners wordt bepaald aan de hand van gegevens die worden verstrekt door een 65-tal peilstationhuisartsen in het kader van de Continue Morbiditeitsregistratie Nederland, hetgeen door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) wordt gecoördineerd. Dit leidt tot een indicatiecijfer dat aangeeft of en in hoeverre er influenza-activiteit in Nederland is. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van virologische gegevens, gebaseerd op influenza virusisolaten uit klinische materialen die door diagnostische laboratoria en de NIVEL peilstationhuisartsen worden aangeleverd. Deze virussen worden bij het EMC serologisch geanalyseerd via de hemagglutinatie-remmingstest. Op deze manier kan een uitspraak worden gedaan over de antigene overeenkomst van de gevonden virussen met de vaccinstammen. Tevens worden representatieve varianten genetisch onderzocht via nucleotide sequentie analyse.

Fase 0 niveau 3. Detectie van een gemuteerd of nieuw griepvirus, de pandemische dreiging.

Het EMC was in augustus 1997 het eerste laboratorium ter wereld dat een humaan influenza A(H5N1) virus identificeerde. Ook tijdens de vogelpestepidemie met H7N7 in 2003 werd door RIVM en EMC snel vastgesteld dat humane besmettingen optraden. Dit geeft aan dat het NIC alle technieken in huis heeft om dergelijke identificaties uit te voeren. Bij berichten omtrent de isolatie van een nieuw virus buiten Nederland zal het NIC zorgen “stand-by” te zijn om tot

snelle identificatie van dit soort virussen te komen. Tevens zal in een van de 4 WHO collaborating centers een polyclonaal antiserum bereid worden voor identificatie van deze virussen dat naar de NICs wordt gestuurd. Indien nodig doet het EMC dat ook om daarmee de lokale laboratoria van reagentia te voorzien. Daarnaast zal dit het sein zijn om (naast virusidentificatie) een bepaling op te zetten voor serologisch onderzoek. Uit het verleden weten we dat de hemagglutinatieremmingstest niet altijd in staat is antistoffen tegen met name aviaire influenzavirus stammen te detecteren, hetgeen ook bij de recente influenza A(H5N1) virus infecties in Hong Kong het geval was. Door het CDC in Atlanta werd een microneutralisatietest gebruikt om patiëntencontacten serologisch te onderzoeken op de aanwezigheid van H5N1 antistoffen. Deze bepaling is ook op het NIC operationeel en inzetbaar voor influenza A(H5N1) serologie.

Fase 1 en 2. Uitbreken van griep buiten Nederland.

Indien een nieuw subtype influenzavirus zich verder gaat verspreiden is het zaak een snelle identificatie van dit soort virussen in Nederland te verzekeren. Een verhoogde staat van alertheid zal worden bewerkstelligd via directe mailing naar de betrokken laboratoria en de Influenza Nieuwsbrief (een NIC uitgave). In eerste instantie zal de diagnostiek gecentraliseerd worden uitgevoerd door het NIC (RIVM en EMC). Afhankelijk van het type en de eigenschappen van het nieuwe virus zal worden beslist of het wenselijk is om de diagnostiek decentraal uit te voeren. In dat geval zal het NIC polyclonale antisera en/of reagentia voor moleculaire diagnostiek verspreiden onder de diagnostische laboratoria. Laboratoria die normaliter geen bijdrage leveren aan de influenza-surveillance kunnen patiëntenmateriaal en/of gekweekt virus voor nadere analyse opsturen naar het NIC (Afdeling Virologie, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam). Dit moet gebeuren volgens geldende eisen voor verzending van gevaarlijk biologisch materiaal, waarvoor aparte verzendcontainers nodig zijn.

Positieve influenzazakwelen dienen zo spoedig mogelijk naar het NIC opgestuurd te worden voor verdere identificatie, om zo een indruk van de verspreiding van dit virus binnen Nederland te krijgen. Zo mogelijk dienen de virologische laboratoria deze identificatie ook zelf op te zetten met het polyclonale serum dat door het NIC is verspreid. Het OMT wordt geraadpleegd om te bekijken in hoeverre er actieve surveillance moet worden opgezet, bijvoorbeeld gericht op reizigers uit een gebied waarin de griep heerst. Als dat gebeurt, opent het RIVM in samenwerking met bureau LCI en EMC en in overleg met andere betrokken partijen een casus register en coördineert het RIVM ism EMC de diagnostiek.

Fase 2 niveau 2 tot fase 5. Het uitbreken en bestrijden van de grieppandemie in Nederland.

In deze fase is vermoedelijk bekend in welke pathogeniteitsklasse het virus wordt ingedeeld. Het NIC heeft in de voorbereidende fase in overleg met de NVMM instructies geleverd over de te volgen diagnostiek. In de beginfase is snelle typering van de influenzavirussen gewenst, maar naarmate de epidemie verder uitbreidt wordt dit minder relevant, behalve bij afwijkend klinisch beeld.

4. De postpandemische periode.

Waarschijnlijk zal het pandemische influenzavirus blijven circuleren in de jaren die volgen. Dat betekent dat dit virus gaat meedraaien in de reguliere influenza surveillance en diagnostiek. Met name de eerste jaren zal het virus nog aanzienlijk variëren, waardoor het moeilijk is een goede variant te selecteren die als vaccinstam zal gaan dienen. Niettemin is een goede surveillance de enige manier waarop we een zo optimaal mogelijk vaccin kunnen baseren.

Bijlage IV: Vaccin

Pandemisch vaccin

De ontwikkeling en productie van een pandemisch vaccin volgt in grote lijnen eenvoudigweg de jaarlijkse ontwikkeling en productie van interpandemisch vaccin. Min of meer toevallig vallen de pandemische dreiging, een toename van de industriële productie capaciteit voor influenza vaccin en verbetering van productie technologie voor influenza vaccin samen. In principe kan het vaccin pas ontwikkeld en geproduceerd worden als de pandemie een feit is en een vaccinstam op basis van een veldisolaat beschikbaar. Het zal 4-6 maanden nemen om productie te starten en daarna in een periode van 3 maanden vaccin beschikbaar te krijgen. Voorafgaand aan dat moment kunnen alleen griepremmers bescherming bieden. Dit is een belangrijk communicatie aspect.

Nederland zal middels een Europese Aanbesteding een optie op productiecapaciteit voor en aankoop van 20 miljoen dosis vaccin nemen.

Naar verwachting bevat het vaccin 15 microgram antigeen in wat minder gezuiverde vorm en is geproduceerd op een nieuw celweek systeem (te vergelijken met het huidige product: hoog gezuiverde subunit en eikweek). Echter een gegeven terzijde is, dat op dit moment het vaccinontwerp niet vaststaat: Het normale griepvaccin betreft een ongeadjuveerd product en een enkelvoudige vaccinatie. Mogelijk zijn adjuvering en een dubbele vaccinatie met 3 weken interval (met overigens de halve antigeendosering) noodzakelijk. Vooral de dubbele vaccinatie heeft gevolgen voor de aantallen aan te schaffen vaccin.

Het NVI koopt het vaccin in bulk en vult het uit per 20 doses (0.5 ml/dosis) in 12 ml vials.

Het vroegste moment waarop het NVI vaccin beschikbaar kan hebben is ongeveer 5 maanden na de pandemische uitbraak. Vanaf dat moment komen alle gevraagde hoeveelheden beschikbaar in ook ongeveer 5 maanden.

Het NVI levert dus in een periode van ongeveer 5 maanden, te beginnen ongeveer 5 maanden na de pandemische uitbraak:

- 1 miljoen vials van 20 doses (15 microgram antigeen), met daarbij 20 miljoen spuitjes (0,5 ml) en naalden
- In geval van 2 x vaccinatie (2 x 7,5 microgram), worden bovengenoemde hoeveelheden verdubbeld.
- Het NVI kan bovengenoemde materialen op elke gevraagde lokatie leveren per eenheid van 1 vial (=20 doses), 20 spuitjes en naalden.
- Voor de distributie is er een bestaand systeem naar de huisartsen als onderdeel van de Nationale Griep Campagne en betreft de jaarlijkse vaccinatie van risicogroepen. Voor andere groepen kan gekozen worden dezelfde systematiek van distributie via de huisartsen. Indien grootschalige toediening plaatsvindt zal de voor massavaccinatie pokken ontwikkelde distributie gevolgd worden

Acties in relatie tot de fasering van de grieppandemie:

- De Europese Aanbesteding zal plaats vinden in Fase 0 (interpandemisch), zodra VWS daartoe formeel opdracht geeft.
- Vaccinbereiding is pas mogelijk vanaf Fase 0 niveau 2 en zaaivirus beschikbaar is (ontstaan pandemie virus) Er moet rekening worden gehouden met een productietijd van 6-8 maanden.
- Vaccin is naar verwachting pas beschikbaar als Fase 2 niveau 2 (pandemie in Nederland) al actueel is

Bijlage V: Antivirale middelen

Griepremmers/Virostatica

In geval van een griepandemie zal de ontwikkeling en productie van een relevant vaccin 6 tot 8 maanden nemen. Tot dat moment zijn griepremmers de enige mogelijkheid tot bescherming.

Alleen de recent ontwikkelde neuraminidaseremmers oseltamivir en zanamivir zijn in dit verband relevant. De oudere griepremmers (amantadines) vertonen veel bijwerkingen, induceren resistentie en blijken nauwelijks te werken tegen de H5N1 variant.

De gegevens hierna betreffen uitsluitend aanschaf en gebruik van oseltamivir (Tamiflu van de firma Roche). Het middel is toegelaten voor therapeutische behandeling van personen van 1 jaar of ouder. Er is tevens een profylactische claim voor personen van 13 jaar of ouder. Zanamivir (Relenza van de firma GSK) is in werkzaamheidsprofiel vergelijkbaar met oseltamivir, maar kent enkele beperkingen: inname vraagt het gebruik van een inhaleringsdevice en het product heeft nu alleen een therapeutische claim voor personen van 12 jaar of ouder.

In afwachting van een advies van de Gezondheidsraad in juni 2004 mbt. aanschaf en aantallen griepremmers heeft VWS om meerdere redenen al beperkte aankopen gedaan.

Op dit moment zijn in verband met de situatie in ZO-Azië 200.000 kuren aangeschaft (samen met de voorraad voor de griepandemie 2003 beschikt het NVI nu over 225.700 kuren). Een kuur is 10 doses, voor profylaxe 10 x 1 maal daags, voor therapie 5 x 2 maal daags. De 200.000 kuren zijn onder te verdelen in 30.000 kuren Tamiflu (10 capsules in een blister; 75 mg oseltamivir/dosis) en 170.000 kuren in een goedkopere variant:oseltamivir, de werkzame stof, per 1000 kuren, op te nemen in leidingwater (deze versie heeft na oplossen een houdbaarheid van 10 dagen).

Per 15 maart 2004 kan het NVI leveren:

- 30.000 (+ 25.700) kuren Tamiflu (10 capsules in blisterverpakking)
- 170.000 kuren oseltamivir, dwz 170 x 1000 kuren. Het NVI levert een vat van 63 liter met daarin oseltamivir voor 1000 kuren (1000 x 10 x 75 mg werkzame stof). Tevens worden 50 gram natriumbenzoaat (conserveermiddel) en 1000 flesjes van 60 ml meegeleverd. Op locatie dienen 50 liter leidingwater en het conserveermiddel te worden toegevoegd. Houdbaarheid 10 dagen. Onderzoek is gaande de houdbaarheid op te schroeven naar 28 dagen. De oplossing uit te vullen per 50 ml. Een kuur is 10 x 5 ml oplossing.
- Het NVI treft geen voorziening voor het uitvullen in flesjes en dosering per **patiënt**
- Het NVI kan genoemde materialen op elke gevraagde lokatie leveren, Tamiflu per kuur, oseltamivir per 1000 kuren.
- Voor de distributie,bereiding en uitlevering van Tamiflu zal gebruik worden gemaakt van de ziekenhuisapotheken. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers werkt in overleg met het NVI het distributie en uitleveringsplan uit.
- Tamiflu zal worden verstrekt op medisch voorschrift van huisarts of specialist conform de richtlijnen van de IGZ.
- Tamiflu/oseltamivir kent voor therapeutisch gebruik bij kinderen een aangepaste dosering in relatie tot lichaamsgewicht: voor kinderen van 1-12 jaar geldt onder 15 kg, van 15-23 kg, van 24-40 kg en boven 40 kg respectievelijk een dosering van 30, 45, 60 en 75 mg. Deze dosering is relatief eenvoudig te realiseren in de oplossingsvariant: 2-3-4-5 ml als dosis.

Bijlage VI: Pneumokokkenvaccin

Eén van de meest voorkomende secundaire complicaties bij griep is pneumonie ten gevolge van een pneumokokken infectie. Bij eerdere griepepidemieën en pandemieën was dit soms in 50% van de gevallen de oorzaak van overlijden.

Het ook in Nederland geregistreerde Pneumovax 23 (van de firma Aventis) induceert na éénmalige vaccinatie immuniteit gedurende ongeveer 5 jaar. Vaccinatie van risicogroepen en ouderen, zoals deze zijn geïdentificeerd voor het Nationale Programma Grieppreventie (in totaal ongeveer 4 miljoen personen) is aanbevolen. De vaccinatie met het pneumokokkenvaccin in de voorbereiding op een influenzapandemie wordt momenteel heroverwogen door de Gezondheidsraad (zie voetnoot 10)

Het ministerie van VWS overweegt middels een optiecontract de beschikbaarheid van 4 miljoen doses vaccin vast te leggen.

Het NVI levert dus:

- 4 miljoen doses Pneumovac 23 (0.5 ml in voorgevulde spuit)
- Het NVI kan bovengenoemde materialen op elke gevraagde locatie leveren. Voor de distributie is er een bestaand systeem naar de huisartsen als onderdeel van het Nationale Programma Grieppreventie.

Bijlage VII: Prioritering inzet oseltamivir

NB deze bijlage is gebaseerd op het interim advies van de Gezondheidsraad “Antivirale middelen bij een griepandemie; gebruik bij schaarste” van februari 2004. Voor verdere detaillering wordt verwezen naar dit interim advies van de Gezondheidsraad.

Op 7 augustus 2003 ontving de Gezondheidsraad een adviesaanvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over antivirale middelen bij een griepandemie. De minister vroeg de Gezondheidsraad om een weergave van de stand van wetenschap over antivirale middelen en om een toetsing van het RIVM-rapport *Scenario-ontwikkeling zorgvraag bij een influenzapandemie*.

Het massale optreden van vogelgriep in Zuidoost-Azië, dat op korte termijn zou kunnen leiden tot een griepandemie bij mensen, heeft de Gezondheidsraad doen besluiten tot het uitbrengen van een interim-advies over antivirale middelen. In dit interim-advies geeft de daartoe ingestelde commissie aan welke maatregelen er naar haar idee genomen moeten worden wanneer zo'n griepandemie binnenkort Nederland zou bereiken. De commissie onderscheidt twee doelen: spreiding van de pandemie in de tijd door reductie van het aantal zieken en indamming van de gevolgen van infectie door het geven van antivirale therapie.

Huisartsen en ziekenhuizen zullen beter in staat zijn de patiënten te behandelen als de piek(en) in het aantal zieken worden afgetopt. Ook zal dan het maatschappelijk leven minder ontwricht worden en wordt tijd gewonnen tot er voldoende antivirale middelen zijn of er een vaccin beschikbaar komt. De commissie adviseert om - als influenza zich in een bepaalde regio voordoet - massale gelijktijdige besmetting tegen te gaan door daar de scholen te sluiten en evenementen waar veel mensen dicht opeen komen te verbieden. De commissie denkt bij dit laatste bijvoorbeeld aan voetbalwedstrijden en popconcerten.

De commissie kan zich vinden in de keuze van de Nederlandse overheid voor de neuraminidaseremmer oseltamivir als antiviraal middel. De commissie geeft in overweging om, bij een tekort aan oseltamivir, de neuraminidaseremmer zanamivir in te kopen voor die patiënten die naar verwachting geen problemen zullen ondervinden met de bij dit middel noodzakelijke inhalatie.

Gelet op de schaarste van de neuraminidaseremmers adviseert de commissie deze middelen te gebruiken voor behandeling en niet voor profylaxe, ondanks het beschermende effect tegen infectie.

Als in Nederland de eerste ziektegevallen bekend worden en geïsoleerd optreden, pleit de commissie voor behandeling van niet alleen de patiënt, maar ook – zo snel mogelijk na het optreden van de eerste ziekteverschijnselen - van diens gezins- of huisgenoten. Op deze manier wordt de patiënt behandeld, en wordt bovendien verspreiding van het virus tegengegaan. De beslissing over het inzetten en stoppen van deze vorm van behandeling zou het beste in handen van deskundigen gelegd kunnen worden, bijvoorbeeld het door de Nederlandse overheid ingestelde *Outbreak Management Team*.

Bij grotere aantallen patiënten adviseert de commissie binnen 48 uur na het optreden van de eerste ziekteverschijnselen neuraminidaseremmers te verstrekken aan patiënten uit de volgende drie groepen:

- personen uit de risicogroep met de hoogste urgentie uit het Gezondheidsraadadvies *Vaccinatie bij een griepandemie* uit het jaar 2000, uitgezonderd de patiënten met furunculosis. Deze risicogroep omvat patiënten met ernstige afwijkingen of functiestoornissen aan de luchtwegen, longen, of hart die bij infectie met het pandemische influenzavirus ondanks hun medicatie een grote kans hebben op decompensatie van de long- of hartfunctie. Ook patiënten met een insuline-afhankelijke vorm van suikerziekte horen tot de categorie met de hoogste urgentie
- *professionals*, dat wil zeggen allen die zorgdragen voor diagnose en behandeling van, en zorg voor griepatiënten en allen die zorgdragen voor logistiek van de hiervoor benodigde middelen

- personen uit de pandemiespecifieke risicogroep (als zich een dergelijke risicogroep voordoet)

De commissie adviseert om personen die niet tot een risicogroep behoren alleen met neuraminidaseremmers te behandelen als zij wegens complicaties van een influenza-infectie in het ziekenhuis worden opgenomen. De commissie realiseert zich dat een deel van deze overigens gezonde mensen de neuraminidaseremmers pas relatief laat (meer dan 48 uur na het optreden van de eerste ziekteverschijnselen) zal ontvangen. De commissie komt desalniettemin tot haar aanbeveling omdat longontsteking door het influenzavirus één van de mogelijke complicaties is.

Het instandhouden van de vitale infrastructuur. (red: tekst is in bewerking en zal nog aangepast worden.)

Wanneer in Nederland opnieuw aviaire influenza uitbreekt zal, met betrekking tot de volksgezondheid, conform het besluit van het BAO op 6 februari 2004 een vrijwel identiek beleid gevolgd als bij de bestrijding van de vogelpest in Nederland in 2003.

Dit betekent dat ruimers, pluimveehouders en gezinsleden van verdachte en besmette bedrijven, en anderen die direct contact hebben met besmet pluimvee in aanmerking komen voor profylactische toediening van oseltamivir. De benodigde hoeveelheid oseltamivir zal afhangen van de omvang en duur van de epizoötie.

- Bij een uitbraak van een griepandemie bestaat het gevaar dat de samenleving destabiliseert. Om de effecten hiervan zoveel mogelijk te beperken zijn in het project "Bescherming Vitale Infrastructuur" vitale beroepsgroepen aangewezen (meest recente voortgangsrapportage TK 26643 nr. 43).. Bij een dergelijke uitbraak gaat het in de eerste plaats om personen die vanwege de beroepsuitoefening direct aan besmetting worden blootgesteld. Voor hen geldt het advies zoals hierboven geschetst onder "professionals". In de tweede plaats gaat het om personen die nodig zijn om de maatschappij draaiende te houden.

De omvang van deze groepen is dermate groot dat profylactisch gebruik van oseltamivir voor deze groepen niet mogelijk is en alleen therapeutisch gebruik in aanmerking komt. Op basis van deze cijfers wordt nu – februari 2004 – getracht een grotere hoeveelheid oseltamivir aan te schaffen.

Bijlage VIII: Communicatie, professionals en media

Inleiding

Dit plan beschrijft de kaders voor een communicatieaanpak op nationaal en regionaal/lokaal niveau tijdens een influenzapandemie. De indeling is gebaseerd op de WHO fasering griepandemie.

Parallel aan de epidemiologie van griep kunnen ook in de communicatie 6 fasen worden onderscheiden. In fase 0 en 5 vormt vooral de medisch-wetenschappelijke professie de belangrijkste doelgroep. Hiertoe dienen onder meer huisartsen, medisch specialisten, apothekers, ziekenhuizen, GGD'en, ARBO-diensten en onderzoekscentra gerekend te worden. VWS en IGZ spelen in deze fasen een cruciale rol in de informatievoorziening richting deze groepen. In fase 1 tot en met 4 staat voornamelijk communicatie richting de Nederlandse bevolking en pers centraal. Hierbij spelen VWS en het Nationaal Voorlichtingscentrum (NVC) een belangrijke rol. De IGZ zorgt voor informatie richting de medisch-wetenschappelijke professie. Daarnaast spelen intermediaire kaders een belangrijke rol bij voorlichting en informatie-overdracht richting andere relevante doelgroepen.

Nationale aanpak

Wanneer er sprake is van een griepandemie is de kans op publieke onrust groot en gaat de aandacht van de overheid verder dan alleen het bestrijden van de ziekte. Een multidisciplinaire aanpak is dan vereist. In het Interdepartementaal Beleidsteam (IBT) zal communicatie een vast punt op de agenda zijn en worden er afspraken gemaakt over de organisatie van de communicatie. De directeur Voorlichting van VWS is vertegenwoordigd in het IBT.

Uitgangspunt is dat vanaf fase 1, als blijkt dat het virus waarschijnlijk naar Nederland komt, alle communicatie op nationaal niveau (in eerste instantie VWS) wordt getrokken. Communicatie op regionaal en lokaal niveau volgt het nationale beleid. Dit vergt afstemming en afspraken hierover vooraf. In het navolgende staat beschreven hoe dit wordt geregeld en welke afspraken er gemaakt moeten worden. **VWS blijft te allen tijde als inhoudelijk vakdepartement verantwoordelijk.**

Organisatie communicatie in pandemiefasering 1 tot en met 4

- Directeur Voorlichting VWS neemt deel aan het IBT
- Er wordt een strategiegroep communicatie influenzapandemie opgericht waarin vertegenwoordigers van de meest betrokken departementen plaatsnemen
- De strategiegroep analyseert berichtgeving en onderzoeksmateriaal en draagt bouwstenen aan voor de voorlichting en communicatie van het kabinet als geheel en de verschillende departementen. De strategiegroep wordt ondersteund door medewerkers van VWS en de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).
- Indien de omstandigheden dit wenselijk maken kan het kabinet besluiten tot het instellen van het NVC. De departementen verwijzen dan alle aan influenza gerelateerde *pers- en publieksvragen* door. Het NVC staat onder leiding van BZK, wordt bemand door crisisvoorlichters van de diverse departementen en kan continue opereren.
- Afstemming met gemeentelijke voorlichting en GGD'en: Gemeenten/GGD'en dienen hun voorlichting af te stemmen met het ministerie van VWS of bij opschaling met het NVC. Het NVC/VWS neemt hiervoor het initiatief.
- Iedere gemeente heeft een Handboek crisisbeheersing waarin de procedures NVC van gemeenten, GGD-Nederland en de afzonderlijke betrokken GGD'en staan beschreven. Voorlichting VWS/NVC onderhoudt rechtstreekse contacten met de regionale/lokale voorlichtingsafdelingen.
- Dagelijkse telefonische vergadering: in een actualiteitengroep, die elke ochtend (ook in het weekeinde) telefonisch vergadert, komen alle lijnen samen. De directeurs

voorlichting/woordvoerders van de meest betrokken departementen maken hiervan deel uit. Er wordt afgestemd met en teruggekoppeld aan directe betrokkenen (op regionaal en lokaal niveau zoals burgemeesters en directeuren GGD'en, betrokken ziekenhuizen en medisch deskundigen). De berichtgeving in de media, ontvangen interviewverzoeken en publieke optredens van bewindspersonen zijn vaste agendapunten. Woordvoeringslijnen worden vastgesteld.

- De Rijksvoorlichtingsdienst (RVD) verzorgt een dagelijks overzicht van woordvoeringslijnen zoals die door de betrokken departementen zijn gehanteerd. Dit overzicht wordt naar *alle* departementen gestuurd, zodat iedereen op de hoogte is van inhoud en 'tone of voice' en daarop kan aansluiten. Een dagelijks nieuwsoverzicht bevat de kern van de berichtgeving. Een analyse van het nieuws in de buitenlandse media is iedere donderdag beschikbaar.
- De publieksvoorlichting wordt geconcentreerd via Postbus 51, in nauwe samenwerking met de afdeling publieksvoorlichting van VWS. Indien noodzakelijk kunnen de medewerkers van Postbus 51 (en de daaraan verbonden website) voor specifieke informatieverschaffing aan het publiek worden ingeschakeld (instellen aparte telefoonlijn)
- Tevens verzorgt in eerste instantie VWS publieksinformatie via haar eigen website (afstemming met PB51). Indien nodig wordt er een aparte website ingericht via het NVC (www.regering.nl). Alle betrokken departementen (incl. VWS) zullen hier naar toe linken.

Communicatiedoelstelling

In het bijzonder in fase 1 tot en met 4 dient de overheid zorg te dragen voor een goede, tijdige, volledige landelijke informatieverstrekking en voorlichting aan pers en publiek. Door middel van met name massamediale voorlichting dienen de volgende communicatiedoelstellingen te worden bereikt:

- bevolking en pers worden voorbereid op een onrustige periode;
- bevolking en pers worden grondig over de inhoud van en de aard van de problematiek geïnformeerd;
- bevolking en pers weten dat de overheid de crisissituatie beheerst en dat preventieve en/of curatieve maatregelen getroffen zijn;
- bevolking wordt geïnformeerd over preventieve en/of curatieve maatregelen die ze zelf kan nemen.

Boodschap

De Nederlandse bevolking moet weten:

- wat een pandemie is;
- hoe lang die ongeveer duurt;
- wat de gezondheidsrisico's zijn voor wie;
- hoe groot de kans op besmetting is;
- welke maatregelen men zelf kan nemen;
- waar het eventuele vaccin of de antivirale middelen te verkrijgen zijn;
- voor wie de antivirale middelen bedoeld zijn
- waarop de keus van inzet van schaarse middelen gebaseerd is
- en welke maatregelen de overheid neemt tegen de pandemie.

Doelgroepenbeleid nationaal en internationaal

Voor influenza zijn de volgende 5 doelgroepen het meest van belang:

1. Bevolking
2. Bestuurders (nationaal/regionaal/lokaal)
3. Medische professionals en hulpverleners
4. Specifieke doelgroepen en overige hulpverleners
5. Pers

Ad 1. communicatie met de burger

De Nederlandse bevolking moet geïnformeerd, overtuigd en bevestigd worden in haar doen en laten. Haar betrokkenheid dient vergroot te worden. De boodschap moet feitelijk en realistisch zijn in die zin dat het aansluit bij het gezondheidsgevoel van mensen. Het teveel benadrukken van het potentiële gevaar van een pandemie kan namelijk een averechts effect hebben in die zin dat het een ontkenning van gevaar oproept in plaats van erkenning. Het is belangrijk dat de burger het vertrouwen heeft dat de overheid zich goed voorbereidt op een mogelijke uitbraak van een influenzapandemie in Nederland. Door duidelijke informatie over het ziektebeeld te geven en vooral duidelijk te maken waarom maatregelen van belang zijn neemt de bereidheid toe om ook mee te werken aan die maatregelen. De overheid dient waar mogelijk pro-actief te zijn en niet te wachten tot burgers of journalisten zelf met vragen komen. De overheid behoort de burger transparante, heldere en consistente informatie te verschaffen en niet betuttelend over te komen. Dat wil zeggen dat er geen informatie wordt achtergehouden en dat bestuurders en deskundigen met één mond praten en elkaar dus niet tegenspreken. Een actieve, open en eerlijke communicatie versterkt het beeld van betrouwbaarheid en geloofwaardigheid. Het belang van de burger staat immers centraal. Het belang van de burger is veiligheid, het vertrouwen dat de overheid en alle betrokken instanties er alles aan doen om de pandemie in te dammen. Hoe groter de garanties, hoe groter de geloofwaardigheid.

Ad 2. Communicatie met bestuurders

In crisissituaties wordt het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming gehanteerd, Communicatie vanuit de Rijksoverheid met bestuurders (burgemeesters en CDK's) en de koepels (VNG/IPO) verloopt via VWS en/of BZK. Dit steeds in afstemming met elkaar. Het betreft hier de reguliere lijncommunicatie (brieven, circulaires).

Afstemming in de regio zelf gebeurt volgens de rampenplannen die iedere gemeente heeft vastgesteld. Aanbeveling is om zeker ook de regionale ziekenhuizen in de crisisstaf op te nemen.

Afstemming over woordvoering:

Omdat tijdens een griepandemie de gehele samenleving raakt ontwricht is het veelal niet mogelijk fysiek met iedere bestuurder afzonderlijk af te stemmen tenzij bijzondere omstandigheden dit wenselijk of noodzakelijk maken.

Publieksvoorlichting:

Centraal worden materialen ontwikkeld om de burgers te informeren over de ziekte. Deze zullen vooral via Internet en radio en televisie (RTV) worden verspreid. In de regio kan deze informatie integraal worden overgenomen op de lokale en regionale RTV (rampenzenders) en in de regionale dagbladen. Daarnaast kan specifieke lokale en regionale informatie worden verschaft (bijv. situatieschets in de regio)

Ad 3. Communicatie met de medische sector

Communicatie met de medische beroepsgroepen en instellingen voor de gezondheidszorg vindt op vier manieren plaats:

1. *Circulaires Inspectie voor de Gezondheidszorg*

De Inspectie zal de uitgangspunten en hoofdlijnen van de organisatie van de zorg door middel van circulaires aan alle betrokken instellingen en medische beroepsgroepen meedelen.

Dit is vooral in de beginfase van belang in het verlengde van de meldingsplicht en om een eerste ordening in de organisatie van de zorg aan te brengen. Ook grote veranderingen in de organisatie van de hulpverlening zullen op deze wijze worden gecommuniceerd.

De GGD'en beschikken over een systeem om informatie van de Inspectie direct door te geven (elektronisch en/of per fax) aan huisartsen en poortartsen in ziekenhuizen. Ook wordt de tekst verspreid via inf@ct, de berichtenservice van de LCI.

De circulaires zijn onmiddellijk beschikbaar op tenminste de websites van VWS, IGZ en LCI.

2. ***Draaiboeken en specifieke richtlijnen***

In LCI-verband zijn draaiboeken in ontwikkeling die richtlijnen bevatten voor de organisatie van de zorg en het medisch handelen. Deze richtlijnen zijn in nauw overleg met de betrokken beroepsgroepen opgesteld.

Op regionaal niveau hebben de GGD'en de taak om de uitvoering te borgen wat mede behelst dat de betrokken hulpverleners op de hoogte zijn van de inhoud van de draaiboeken en de werkzaamheden zijn afgestemd.

3. ***Inf@ct***

Inf@ct is de berichtenservice van de LCI en mede bedoeld om in tijden van crises op het gebied van infectieziekten de betrokken beroepsgroepen in staat te stellen snel met elkaar te communiceren. Het bureau van de LCI voert de redactie over deze berichtenservice

4. ***Infolijn voor medische hulpverleners***

Wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven zal de Inspectie in nauw overleg met de Directie Voorlichting en Communicatie een infolijn voor medische hulpverleners inrichten en bemensen, in aanvulling op de publieksinfolijn.

Ad 4. Communicatie met overige hulpverleners en specifieke doelgroepen

Naast het algemene publiek en de pers bestaan er specifieke doelgroepen die op een eigen wijze informatie vergaren en vragen om een gedifferentieerde benadering. De afzonderlijke departementen en bedrijven verantwoordelijk voor communicatie richting eigen achterban. Te denken valt hierbij aan politie, brandweer en Defensiepersoneel.

Informatiemateriaal is te verkrijgen via VWS en IGZ

Voor specifieke doelgroepen (zowel nationaal als internationaal) geldt dat de departementen hun eigen doelgroepen (bijvoorbeeld dak – en thuislozen, allochtonen en illegalen die via de reguliere communicatiekanalen moeilijk te bereiken zijn) en intermediairs goed in kaart brengen en informeren, zodat de communicatie effectief kan zijn. Indien blijkt dat er voor sommige doelgroepen onvoldoende mogelijkheden zijn om ze adequaat te kunnen informeren, wordt dit bij de voorzitter van de strategiegroep communicatie VWS aangegeven. Samen wordt dan naar een oplossing gezocht.

Ad 5. Communicatie met de pers

In eerste instantie verlopen de contacten met de pers via voorlichting VWS en vanaf fase 1 gaat de regie naar het NVC. In de regio is het van belang de communicatie te centraliseren in de crisisstaf, die onder leiding staat van de burgemeester, en over woordvoering contact op te nemen met VWS of NVC. Er kan dan worden afgesproken in welke mate de woordvoering zelfstandig in de regio kan worden uitgevoerd en wat de rol van VWS en NVC is. Per situatie kan worden bekeken wie de pers te woord kan staan en welke boodschap kan worden afgegeven. Zo wordt voorkomen dat er tegenstrijdige berichtgeving ontstaat en instanties tegen elkaar worden uitgespeeld. Duidelijk mag zijn dat woordvoering in ieder geval op centraal niveau ligt indien de vragen op politiek en Rijksniveau liggen.

Activiteitenoverzicht per fase

Fase 0 niveau 0: interpandemische periode

1. Schrijven communicatieplannen (beleidsmatig en operationeel)
2. Opstellen van een begroting
3. Informeren van beroepsgroepen (wat wordt er van hen verwacht?)
4. Informeren bevolking over beleidsmaatregelen (via internet)

Actie: VWS/DVC en IGZ

Doelgroepen	Activiteit/middel	Toelichting
Professionals en hulpverleners	IGZ richtlijnen Inf@ct berichtgeving LCI draaiboek	in de vorm van brieven/circulaires
	Website www.infectieziekten.info	informatie voor medische hulpverleners
Burgers	Websites www.minvws.nl www.igz.nl www.who.int www.infectieziekten.info	Algemene informatie over influenza op VWS-site

Fase 0 niveau 3: isolatie van gemuteerd virus of nieuw influenzavirus

Doelgroepen	Activiteit/middel	Toelichting
Professionals en hulpverleners	IGZ richtlijnen Inf@ct berichtgeving LCI draaiboek	in de vorm van brieven/circulaires
	Website www.infectieziekten.info	informatie voor medische hulpverleners
Burgers	Websites www.minvws.nl www.igz.nl www.who.int www.infectieziekten.info	achtergrondinformatie voor burgers en pers (Q&A's en relevante overheidsdocumentatie): <ol style="list-style-type: none"> 1. Begripsomschrijving van griep, griepepidemie en –pandemie; 2. Historische gegevens (cijfermateriaal); 3. Medisch-technische achtergrondinformatie 4. Achtergrondinformatie ten behoeve van pers- en publieksvoorlichting. informatie website VWS en Q&A's leidend. Aanpassing van deze informatie betekent aanpassing informatie naar alle betrokken organisaties cq. doelgroepen
Pers	persbriefing	Verschaf achtergrondinformatie over de voorbereidingen die getroffen worden op een (dreigende) grieppandemie. Deze berichtgeving dient feitelijk informatie te bevatten over voorgenomen activiteiten en antwoord te geven op de volgende vragen: <ul style="list-style-type: none"> • Wat is de stand van zaken; • Wat is de reële dreiging; • Wat zijn de maatregelen die de overheid treft; • Wat zijn de maatregelen die men zelf kan treffen; • Waar kan men terecht met vragen;

Fase 2 niveau 1: Het uitbreken van influenza buiten Nederland

Doelgroepen	Activiteit/middel	Toelichting
Burgers	Websites www.regering.nl www.minvws.nl www.infectieziekten.info www.igz.nl www.who.int Website www.minbuza.nl	In deze fase zal de website van regering.nl een centrale rol gaan innemen. Alle betrokken departementen kunnen daar naar toe linken. achtergrondinformatie voor burgers en pers (Q&A's en relevante overheidsdocumentatie): <ol style="list-style-type: none"> 1. Begripsomschrijving van griep, griepepidemie en –pandemie; 2. Historische gegevens (cijfermateriaal); 3. Medisch-technische achtergrondinformatie 4. Achtergrondinformatie ten behoeve van pers- en publieksvoorlichting. informatie website VWS en Q&A's leidend. Aanpassing van deze informatie betekent aanpassing informatie naar alle betrokken organisaties cq. doelgroepen <ul style="list-style-type: none"> • reisadviezen
	Publieksvoorlichting via PB-51 telefoonlijn	<ul style="list-style-type: none"> • VWS/NVC in samenwerking met PB51 • Afspraken over opschalen lijn
	Persmonitoring VWS	<ul style="list-style-type: none"> • Knipselkrant influenza
	Voorbereiden: basisteksten influenza Q&A's uitbraak influenza in Nederland Voorbereiden advertentietekst voor landelijke en regionale bladen en huis-aan-huis-bladen	<ul style="list-style-type: none"> • Ten behoeve van een uitbraak in Nederland In de advertentie dient een duidelijk appèl gedaan te worden op medewerking aan de bestrijding van de griepandemie. Indien er geen vaccin beschikbaar is, zal moeten worden aangegeven welke preventieve en / of curatieve maatregelen men zelf kan nemen. In geval er wel een vaccin beschikbaar is, moeten met name risicogroepen via bovenstaande middelen hierop worden geattendeerd en worden aangespoord zich te melden bij hun huisarts, de Arbo-dienst of de GGD.

		Vermeld ook in de advertentie de eventuele publieksinformatielijn
	Film/folder vliegverkeer	Via luchthavens en luchtvaartmaatschappijen reizigers informeren
Bestuurders	Brief naar burgemeesters	- Informatie voor burgemeesters met verzoek diverse hulpdiensten te informeren
		- Brieven naar diverse bestuurders
	Afstemmingsoverleg bestuurders, medische hulpverleners, departementen	- Afstemmingsoverleg vooraf over communicatie voorafgaand aan en tijdens influenzapandemie
Professionals en hulpverleners	IGZ richtlijnen Inf@ct berichtgeving LCI draaiboek SARS I	
	Website www.infectieziekten.info	- informatie voor medische hulpverleners
Pers	Persbriefing in Nieuwspoot	- Inhoudelijk deskundigen geven stand van zaken weer (zie fase 1)

Fase 2 niveau 2: uitbreken en bestrijden van een pandemie in Nederland

Doelgroepen	Activiteit/Middelen	Toelichting
burgers	Persconferentie Nieuwspoot door minister VWS (bijgestaan door inhoudelijk deskundigen (eventueel bijgestaan door minister van BZK.)	- (eventueel minister van BZK aanwezig) - lokaal afstemmen met VWS
	Teletekst.	- Informatie voor de burger op teletekst
	Informatie via huis aan huis bladen/dagbladen	- VWS levert teksten aan en plaatst in deze bladen - Regio's kunnen teksten gebruiken voor plaatsing in regionale bladen
	Informatie kanaal lokale en regionale omroepen	- Teksten/informatie worden afgestemd op centraal niveau
	Actualiseren websites www.regering.nl www.minvws.nl www.infectieziekten.info www.igz.nl www.who.int Website www.minbuza.nl	- achtergrondinformatie voor burgers en pers (Q&A's en relevante overheidsdocumentatie) - dagelijkse update - informatie website VWS en Q&A's leidend. Aanpassing van deze informatie betekent aanpassing informatie naar alle betrokken organisaties cq. doelgroepen - reisadviezen

	PB51 telefoonlijn openstellen	- VWS in samenwerking met PB51
	Persberichten opstellen	- Afhankelijk van situatie
	Film/folder vliegverkeer	Via luchthavens en luchtvaartmaatschappijen reizigers informeren
professionals en hulpverleners	Landelijk callcenter (bij gebleken behoefte) Inf@ct berichtgeving over verloop epidemie Ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> - voorzien in informatiebehoefte van hulpverleners taak IGZ - www.minvws.nl - www.infectieziekten.info - www.who.int - www.igz.nl - www.cdc.gov
	Aparte pagina's/links opnemen vanuit VWS-website naar IGZ-website	- medici krijgen zo gemakkelijker op hen toegespitste informatie
bestuurders	Berichtgeving naar bestuurders via VWS/BZK	- Informatieverstrekking via brieven/circulaires
Pers	Overige inzet verantwoordelijke bewindspersonen	<ul style="list-style-type: none"> - VWS brengt dagelijks persbericht uit over stand van zaken influenza (sec ziekte) - Interviews RTV en dagbladen
	<ul style="list-style-type: none"> - Persberichten - Interviews - Persbriefings 	<ul style="list-style-type: none"> - VWS en BZK (en zo nodig AZ) verzorgen dagelijkse persbriefing over stand van zaken in Nederland (ziekte en maatregelen)

Fase 4 en 5: de postpandemische periode

Doelgroepen	Activiteit/Middelen	Toelichting
burgers	Persconferentie Nieuwspoor door Minister President (bijgestaan door inhoudelijk deskundigen)	Opheffen noodsituatie aankondigen <ul style="list-style-type: none"> - (eventueel minister van BZK/VWS aanwezig)
	Teletekst.	- Informatie voor de burger op teletekst
	Actualiseren websites www.regering.nl www.minvws.nl www.infectieziekten.info www.igz.nl www.who.int Website www.minbuza.nl	<ul style="list-style-type: none"> - achtergrondinformatie voor burgers en pers (Q&A's en relevante overheidsdocumentatie) - informatie website VWS en Q&A's leidend. Aanpassing van deze informatie betekent aanpassing informatie naar alle betrokken organisaties cq. doelgroepen - reisadviezen
	PB51 telefoonlijn	- VWS in samenwerking met PB51
	Persberichten	- Opheffen noodsituatie

		-
professionals en hulpverleners	Landelijk callcenter (bij gebleken behoefte) Inf@ct berichtgeving over verloop epidemie Ziekenhuizen	- voorzien in informatiebehoefte van hulpverleners taak IGZ - www.minvws.nl - www.infectieziekten.info - www.who.int - www.igz.nl - www.cdc.gov
	Aparte pagina's/links opnemen vanuit VWS-website naar IGZ-website	- medici krijgen zo gemakkelijker op hen toegespitste informatie
		-
bestuurders	Berichtgeving naar bestuurders via VWS/BZK	- Informatieverstrekking via brieven/circulaires
		-
Pers	Overige inzet verantwoordelijke bewindspersonen - Persberichten - interviews	- VWS brengt persbericht uit over stand van zaken influenza (sec ziekte) - MinAZ: - ingaan op geleden sociaal-economische schade - inschatting termijn waarbinnen problemen zijn opgelost - welke maatregelen worden getroffen om de veroorzaakte problemen op te lossen - Interviews RTV en dagbladen

Bijlage IX: Rampen bestrijden, zorgschaarste / GHOR

GHOR organisatie

GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Om de geneeskundige hulpverleningsdiensten en organisaties optimaal te laten functioneren is in elke GHOR-regio een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) aangesteld. Primaire taak is de regie van hoogwaardige medische hulpverlening naar en op de plaats van het incident. Naast deze acute taak, is de RGF verantwoordelijk voor de afstemming tussen de samenwerkende zorgorganisaties en de voorbereiding (opleidingen, oefenen en trainen) op mogelijke grote ongevallen en rampen.

Samenwerking tussen hulpverleningsdiensten

In Nederland is de rampenbestrijding georganiseerd rondom de parate hulpverleningsdiensten en de gemeenten. Naast politie, brandweer en gemeenten, vervullen diverse geneeskundige instanties een belangrijk taak in de rampenbestrijding. Hierbij moet worden gedacht aan organisaties als traumacentra, ziekenhuizen, GGD'en, ambulancediensten, meldkamers, organisaties belast met psychosociale nazorg, etc.

Het is van groot belang dat al deze verschillende geneeskundige diensten als één organisatie kunnen functioneren op het moment dat sprake is van een zwaar ongeval of ramp en hun desbetreffende specialistische bijdrage kunnen leveren.

Om de geneeskundige hulpverleningsdiensten optimaal te laten functioneren, zijn op regionaal niveau 25 RGF'en benoemd. Ondersteund door een eigen bureau (het GHOR bureau) zorgt de RGF voor een optimale coördinatie van al die (geneeskundige) zorgorganisaties in de regio die betrokken kunnen worden bij een groot ongeval of een ramp.

Om hun belangen op landelijk niveau te behartigen, hebben de 25 RGF'en zich verenigd in een landelijke orgaan, **de Raad van RGF'en**. Naast belangenbehartiging richting de landelijke politiek, werkt de Raad van RGF'en aan de ontwikkeling van nieuwe éénduidige producten ten behoeve van de regio's en voert zij overleg met de landelijke koepelorganisaties van verschillende geneeskundige diensten die zijn betrokken bij grote ongevallen en rampen.

De veiligheidsketen

De veiligheidsketen bevat alle elementen die samen leiden tot een optimale rampenbestrijding: in de voorbereiding, de daadwerkelijke bestrijding en de herstelfase. De veiligheidsketen ziet er als volgt uit:

Proactie

Proactie houdt in: het wegnemen van structurele oorzaken van incidenten ter voorkoming van het ontstaan ervan.

Preventie

Preventie houdt in: het nemen van maatregelen vooraf ter voorkoming van het ontstaan van incidenten en beperken van de gevolgen indien zij zich toch voordoen.

Preparatie

Preparatie omvat alles dat moet worden voorbereid om incidenten te kunnen bestrijden. In dit verband moet men denken aan het opstellen van plannen en procedures, het opleiden, trainen en oefenen van personeel.

Repressie

Repressie is de daadwerkelijke bestrijding van incidenten.

Nazorg

Nazorg omvat al wat nodig is om zo snel mogelijk de gevolgen te herstellen en in de 'normale' situatie en verhoudingen terug te keren.

Afhankelijk van het soort ramp vinden er verschillende bestrijdings- en hulpverleningsactiviteiten plaats. Deze activiteiten noemen we processen. De operationele processen hebben betrekking op de uitvoering van de bestrijding en hulpverlening. In termen van de veiligheidsketen hebben we het dan vooral over de repressieve fase. De processen zijn ingedeeld in:

- Monodisciplinaire processen: processen die hoofdzakelijk binnen één discipline, bijvoorbeeld de geneeskundige hulpverleningsdienst worden uitgevoerd.
- Multidisciplinaire processen: processen waarbij in de uitvoering meerdere disciplines betrokken zijn. Bijvoorbeeld brandweer en politie en GHOR.

Binnen de rampenbestrijding voeren de verschillende operationele diensten verschillende operationele diensten uit bij de bestrijding en hulpverlening.

Opschalingsfasen

In geval van grote incidenten en ongevallen werken de operationele hulpdiensten met de opschalingprocedure, in een aantal regio's de zogenaamde GRIP-procedure (Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure). De (loco)burgemeester wordt altijd bij fase 1 en altijd vanaf fase 2 geïnformeerd.

Opschalingsfase 0: dagelijks werk (routine)

Opschalingsfase 1: Er is een bijzonder incident waarvoor een gecoördineerd optreden van operationele diensten nodig is. Het coördinatieteam plaats incident (CTPI) wordt geformeerd en de burgemeester wordt geïnformeerd.

Opschalingsfase 2: Bron en effectproblemen; uitstraling naar de bevolking. Bij opschaling naar fase 2 veranderen er twee essentiële aspecten:

- Er is één leidinggevende. Een afgesproken voorzitter geeft leiding aan het CORT (Commando Ramp Terrein).
- De vooraf vastgestelde kernbezettingen van het Regionaal Operationeel Team en het gemeentelijk beleidsteam komen bijelkaar. Deze kernbezettingen schatten in wat de mogelijke effecten zijn op operationeel gebied en gaan na wat de consequenties zijn voor de gemeente (bestuurlijk en voor de gemeentelijke diensten).

Opschalingsfase 3: Bevolkingsproblemen in relatie tot bestuurlijke verantwoordelijkheid. Bestuurlijk gezien is er sprake van de hoogste paraatheid op gemeentelijk niveau. De voltallige gemeentelijke rampenstaf komt bijelkaar. De CdK en de minister van BZK worden geïnformeerd. De kernstaf van het PCC en van het NCC komen bijeen. Opschalingsfase 3 wordt automatisch van kracht als de sirenes voor de bevolking worden geactiveerd.

Opschalingsfase 4: Meerdere gemeenten; bevolkingsproblemen, eventuele schaarste. Overschrijdt het incident de gemeentegrens dan zal er verder worden opgeschaald. Deze opschaling vindt alleen plaats op bestuurlijk niveau. Er zijn dan twee mogelijkheden:

- De betrokken burgemeesters hebben een overleg van burgemeesters en één van hen functioneert als coördinerend burgemeester en voorzitter van het overleg. Een regionaal beleidsteam en een regionaal operationeel team zijn verantwoordelijk voor de beleidsmatige respectievelijk operationele besluitvorming en aansturing. De provinciale rampenstaf komt bijeen evenals het NCC en waarschijnlijk een of meer Departementale Coördinatie Centra.
- De betrokken burgemeester voeren overleg onder voorzitterschap van de CdK. Deze functioneert als coördinerend bestuurder. Een regionaal beleidsteam en een regionaal operationeel team zijn verantwoordelijk voor de beleidsmatige respectievelijk operationele besluitvorming en aansturing. Er kan ook sprake zijn van meerdere rampenregio's.

Opschalingsfase 5: bovenprovinciaal/ nationaal. Wanneer een incident de grenzen van de provincie overschrijdt of vanaf het begin als nationaal te beschouwen is, zal de minister van

BZK de bestrijding van het incident in bestuurlijke zin te hand nemen. Hij werkt daarbij samen met een of meer collega's. Het NCC werkt samen met een of meer Departementale Coördinatie Centra, één of meer Provinciale Coördinatie Centra en wellicht Regionale Coördinatie Centra.

Rampenbestrijding en zorgschaarste

In fase 0 worden draaiboeken en processen "hoe om te gaan met grootschalige uitbraak infectieziekten" geschreven. In fase 1 worden deze procedures en draaiboeken geactualiseerd.

Conform het regionale draaiboek influenzapandemie komt in fase 2 het R(C)BT en ROT bij elkaar.

De ambtenaren Rampenbestrijding en Volksgezondheid van de gemeente moeten op de hoogte zijn van het regionale draaiboek influenzapandemie en de gemeentelijke taken communiceren en implementeren.

Opmerking: niet alle ambtenaren Volksgezondheid zijn bekend met de gemeentelijke rampenstructuur. Gezien de taak van de gemeente in de bestrijding van de gevolgen van een grootschalige infectieziekte uitbraak is het wenselijk dat de ambtenaar Volksgezondheid kennis heeft van de opschalingsfasen, de ketenpartners en het specifieke rampenplan van de gemeente.

Distributie vaccin

Het vaccin kan conform het draaiboek massavaccinatie pokken worden verspreid. Al naar gelang de hoeveelheid en beschikbaarheid vaccin en de verdeling naar prioriteitsgroepen moet worden gekozen voor een gecentraliseerde vaccinatie op vaccinatielocaties dan wel via de reguliere huisartsenzorg. De daadwerkelijke distributie moet in overleg met de GGD/GHOR verlopen.

Indien voldoende vaccin beschikbaar is kan mogelijk de beveiliging naar een lager niveau te brengen.

Distributie antivirale middelen

Conform de distributie van vaccins kan de distributie van antivirale middelen worden opgezet. Precieze uitwerking hoe de distributie gedaan moet worden moet per GHOR regio worden uitgewerkt. Een complicerende factor is dat een groot deel van de kuren ter plekke moet worden opgelost in water en uitgevuld en daarna een beperkte houdbaarheid heeft. De distributie dient bij schaarste met voldoende beveiliging plaats te vinden. Indien er voldoende antivirale middelen zijn kan de beveiliging naar een lager niveau.

Zorgschaarste eerste lijn

Ten tijde van een pandemie kan er een tekort optreden aan beschikbare medische zorg in de eerste lijn. Daarnaast kunnen ook andere eerstelijnszorgvoorzieningen met een tekort aan zorgverleners en eventueel groter aanbod te maken krijgen (zoals thuiszorg, verloskundige zorg, huisartsenzorg en tandartsenspoedzorg).

Bij overbelasting van de beschikbare capaciteit zal er een communicerende werking zich voordoen richting de tweede lijn, hetgeen gereguleerd dient te worden. Bij uitval van zorgverleners in de eerste lijn binnen gemeenten/wijken zal deze opgevangen moeten worden middels het in werking treden van zorgmeldpunten. Een zorgmeldpunt is een

voorziening waar de eerste intake en mogelijke doorverwijzing naar andere zorgverleners dan wel tweede lijn plaats kan vinden. Een zorgmeldpunt is een voorziening die 24 uur bereikbaar is.

Zorgschaarste tweede lijn

In de tweede lijn kan door uitval van personeel en meer aanbod van patiënten een tekort aan bedden ontstaan. Doordat bij influenzapatiënten respiratoire insufficiëntie kan optreden zal er een grotere druk ontstaan op de behoefte aan beademingsbedden. Deze bedden zijn in de normale toestand al voor het grootste deel bezet. Uitval van personeel kan ertoe leiden dat er meer beademingsbedden gesloten moeten worden. Omdat de vraag het aanbod waarschijnlijk zal overstijgen zal er triage voor ziekenhuisbedden en beademingsbedden in het bijzonder nodig zijn. De monitoring van beschikbare bedden kan plaatsvinden vanuit het GHOR actiecentrum.

Triage

Opname in het ziekenhuis vanwege influenzacomplicaties kan enkel via de huisartsen/ZMP's en de actiecentrum GHOR/GGD verlopen. Voorkomen moet worden dat mensen direct naar de Eerste Hulp van het ziekenhuis gaan waardoor de ziekenhuiszorg overbelast raakt. De Eerste Hulp blijft wel doorfunctioneren voor de "normale" spoedeisende patiënten. Daarnaast kan via het actiecentrum GHOR worden bijgehouden in welke ziekenhuizen in de regio bedden vrij zijn.

Triage tijdens een pandemie kan plaatsvinden vanuit het GHOR actiecentrum, dus op afstand van huisarts en patiënt. Triage moet gebeuren op grond van objectieve criteria, welke door experts moeten worden vastgesteld. In het actiecentrum wordt bepaald welke door huisartsen aangeboden patiënten voor opname ook daadwerkelijk in het ziekenhuis een bed krijgen. Hierbij moet worden aangetekend dat het aanbod van bedden en de lijst van indicatiecriteria per dag kan fluctueren. Als het aanbod in de tweede lijn groter is kunnen er ook meer mensen worden geholpen.

Bijlage X. Beleidskaders voor Infectiepreventiemaatregelen in de zorgsector en voor de algemene bevolking

Ten aanzien van de zorg voor patiënten zijn voor Nederland de volgende fases te onderscheiden:

1. Zeer geringe kans op introductie virus. Geen patiënten te verwachten in Nederland
2. Kans op introductie virus in Nederland
3. Verspreiding virus op kleine schaal
4. Verspreiding virus op grote schaal

Uitgangspunten

- Protocol LCI over Influenza
 - transmissieweg
 - besmettelijke periode (al besmettelijk voor klinische verschijnselen)
- Richtlijnen van de WIP voor ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg

Infectiepreventiemaatregelen per fase

- 1) Zeer geringe kans op introductie virus. Geen patiënten te verwachten in Nederland
Geen extra maatregelen
- 2) Kans op introductie virus
Infectiepreventiemaatregelen ten aanzien van de (verdachte) patiënt en de contactpersonen:
 - a) in ziekenhuizen handelen conform WIP-richtlijn 4b isolatierichtlijn (voor influenza valt onder respiratoire transmissie)
Er zijn dan twee mogelijkheden
 - i) Opname van de (verdachte) patiënt onder de conditie van respiratoire transmissie. Medisch en verplegend personeel lopen geen- of zeer klein risico besmet te worden.
 - ii) Bij opname zijn aanvankelijk geen preventiemaatregelen genomen.
Medisch en verplegend personeel loopt risico op besmetting in de periode van opname tot preventie maatregelen.
De containment maatregelen zoals bij de gezinsleden zijn ook nodig voor de directe contactpersonen in het ziekenhuis, namelijk profylactische toediening van tamiflu om verspreiding van het virus tegen te gaan.
 - b) in verpleeghuizen, revalidatiecentra, verzorgingshuizen conform de WIP-richtlijn “Infectiepreventie in verpleeghuizen” (paragraaf handelwijze bij luchtweginfecties).
Door de introductie van een nieuw virus, waar niemand tegen gevaccineerd is, zijn de volgende aanvullende maatregelen nodig
 - i) Verpleging (bij voorkeur) op eenpersoonskamer en gebruik van mondneusmasker tijdens verpleging
 - ii) Indien bij de eerste ziekteverschijnselen geen preventiemaatregelen zijn genomen loopt medisch en verplegend personeel risico op besmetting
De containment maatregelen zoals bij de gezinsleden zijn nodig voor de directe contactpersonen in de instelling, namelijk profylactische toediening van tamiflu om verspreiding van het virus tegen te gaan.
 - c) in de thuissituatie handelen conform de WIP-richtlijn conform de WIP-richtlijn “Infectiepreventie in verpleeghuizen” (paragraaf handelwijze bij luchtweginfecties) aangevuld met gebruik van mondneusmasker bij directe contacten met de patiënt
 - i) contacten met/van de (verdachte) patiënt beperken tot gezinsleden en zonodig medisch en verpleegkundige hulpverleners
 - ii) (verdachte) patiënt verlaat het huis niet,

- iii) bijvoorkeur de ruimte waar de patiënt verblijft beperken tot één ruimte of één etage. Gezinsleden mijden zo veel als mogelijk is het contact met de patiënt
 - iv) Voorlichting geven over het effect en de noodzaak van hand- en hoesthygiëne door patiënt en gezinsleden
 - v) Kit samenstellen voor de thuissituatie die tenminste bevat:
 - mondneusmaskers
 - verkrijgbaarheid extra mondneusmaskers
 - instructie gebruik neusmondmaskers (oa eenmalig gebruik)
 - instructie hand en hoesthygiëne
 - instructie tamiflu
 - belangrijke contactpersonen met telefoonnummers
 - d) Algemene bevolking
Geen maatregelen
- 3) Verspreiding virus op kleine schaal
Beperkt aantal patiënten die terug te voeren zijn op contacten met andere patiënten of besmet pluimvee. Infectiepreventiemaatregelen ten aanzien van de (verdachte) patiënt en de contactpersonen:
- a) in ziekenhuizen handelen conform WIP-richtlijn 4b isolatierichtlijn (voor influenza valt onder respiratoire transmissie)
Er zijn dan twee mogelijkheden
 - i) Opname van de (verdachte) patiënt onder de conditie van respiratoire transmissie. Medisch en verplegend personeel lopen geen- of zeer klein risico besmet te worden.
 - ii) Bij opname zijn aanvankelijk geen preventiemaatregelen genomen.
Medisch en verplegend personeel loopt risico op besmetting in de periode van opname tot preventie maatregelen.
De containment maatregelen zoals bij de gezinsleden zijn ook nodig voor de directe contactpersonen in het ziekenhuis, namelijk profylactische toediening van tamiflu om verspreiding van het virus tegen te gaan.
 - b) in verpleeghuizen, revalidatiecentra, verzorgingshuizen conform de WIP-richtlijn "Infectiepreventie in verpleeghuizen" (paragraaf handelwijze bij luchtweginfecties).
Door de introductie van een nieuw virus, waar niemand tegen gevaccineerd is, zijn de volgende aanvullende maatregelen nodig
 - i) Verpleging (bij voorkeur) op eenpersoonskamer en gebruik van mondneusmasker tijdens verpleging
 - ii) Indien bij de eerste ziekteverschijnselen geen preventiemaatregelen zijn genomen loopt medisch en verplegend personeel risico op besmetting
De containment maatregelen zoals bij de gezinsleden zijn nodig voor de directe contactpersonen in de instelling, namelijk profylactische toediening van tamiflu om verspreiding van het virus tegen te gaan.
 - c) in de thuissituatie handelen conform de WIP-richtlijn conform de WIP-richtlijn "Infectiepreventie in verpleeghuizen" (paragraaf handelwijze bij luchtweginfecties) aangevuld met gebruik van mondneusmasker bij directe contacten met de patiënt
 - i) contacten met/van de (verdachte) patiënt beperken tot gezinsleden en zonodig medisch en verpleegkundige hulpverleners
 - ii) (verdachte) patiënt verlaat het huis niet,
 - iii) bijvoorkeur de ruimte waar de patiënt verblijft beperken tot één ruimte of één etage. Gezinsleden mijden zo veel als mogelijk is het contact met de patiënt
 - iv) Voorlichting geven over het effect en de noodzaak van hand- en hoesthygiëne door patiënt en gezinsleden
 - v) Kit samenstellen voor de thuissituatie die tenminste bevat:
 - mondneusmaskers
 - verkrijgbaarheid extra mondneusmaskers
 - instructie gebruik neusmondmaskers (oa eenmalig gebruik)

- instructie hand en hoesthygiëne
 - instructie tamiflu
 - belangrijke contactpersonen met telefoonnummers
- d) Algemene bevolking
Geen bijzondere maatregelen buiten de (verdachte) patiënten en de directe contacten zoals gezinscontacten.
Wel voorlichting geven over deze infectieziekte en over de algemene preventiemaatregelen als hoest- en handhygiëne
Er moet voorlichtingsmateriaal beschikbaar zijn in de vorm van een brochure en spotjes voor televisie en radio
- 4) Verspreiding virus op grote schaal
Groot aantal patiënten die deels niet meer terug te voeren zijn op contacten met andere patiënten of besmet pluimvee. Containment niet meer zinvol. De volgende preventiemaatregelen zijn nodig
- a) in ziekenhuizen handelen conform WIP-richtlijn 4b isolatierichtlijn (voor influenza valt onder respiratoire transmissie)
- i) Tamiflu beschikbaar voor medisch en verpleegkundig personeel
 - ii) Bij een groot aantal patiënten is cohortverpleging aangewezen.
 - iii) Indien de pandemie lange tijd duurt, zullen ook medici, verpleegkundigen en paramedici influenza met het nieuwe virus doormaken. Zij die met zekerheid of waarschijnlijkheid deze influenza hebben doorgemaakt dienen ingezet te worden bij behandeling en verpleging van influenzapatiënten
- b) in verpleeghuizen, revalidatiecentra, verzorgingshuizen conform de WIP-richtlijn “Infectiepreventie in verpleeghuizen” (paragraaf handelwijze bij luchtweginfecties). Door de introductie van een nieuw virus, waar niemand tegen gevaccineerd is, zijn de volgende aanvullende maatregelen nodig
- i) Verpleging van influenzapatiënten (bij voorkeur) op eenpersoonskamer en gebruik van mondneusmasker tijdens verpleging
 - ii) Tamiflu beschikbaar voor medisch en verpleegkundig personeel
 - iii) Indien de pandemie lange tijd duurt, zullen ook medici, verpleegkundigen en paramedici influenza met het nieuwe virus doormaken. Zij die met zekerheid of waarschijnlijkheid deze influenza hebben doorgemaakt dienen ingezet te worden bij behandeling en verpleging van influenzapatiënten
 - iv) Bij een groot aantal patiënten is cohortverpleging aangewezen.
- c) in de thuissituatie handelen conform de WIP-richtlijn conform de WIP-richtlijn “Infectiepreventie in verpleeghuizen” (paragraaf handelwijze bij luchtweginfecties) aangevuld met gebruik van mondneusmasker bij directe contacten met de patiënt
- i) contacten met/van de (verdachte) patiënt beperken tot gezinsleden
 - ii) (verdachte) patiënt verlaat het huis niet,
 - iii) bijvoorkeur de ruimte waar de patiënt verblijft beperken tot één ruimte of één etage. Gezinsleden mijden zo veel als mogelijk is het contact met de patiënt
 - iv) Bij direct contact wordt een mondneusmasker gebruikt. Dit masker kan eenmalig worden gebruikt.
 - v) Voorlichting geven over het effect en de noodzaak van hand- en hoesthygiëne door patiënt en gezinsleden
 - vi) Kit samenstellen voor de thuissituatie die tenminste bevat:
 - mondneusmaskers
 - verkrijgbaarheid extra mondneusmaskers
 - instructie gebruik neusmondmaskers (oa eenmalig gebruik)
 - instructie hand en hoesthygiëne
 - instructie tamiflu
 - belangrijke contactpersonen met telefoonnummers

d) Algemene bevolking

De volgende voorzorgsmaatregelen kunnen gelden naar de algemene bevolking

- i) Voorlichting geven over deze infectieziekte en over de algemene preventiemaatregelen als hoest- en handhygiëne en maatregelen zoals onder ii) – v)

Voorlichting moet beschikbaar zijn via brochures en spotjes op televisie en radio met name over hoest- en handhygiëne
- ii) Personen met verschijnselen, die overeenstemmen met de casedefinitie, dienen contacten met gezinsleden en anderen te vermijden.
- iii) Situaties waar veel mensen in beperkte ruimten bij elkaar komen, moet worden beperkt (voorkoming crowding) zoals: disco's, grote evenementen, school, religieuze bijeenkomsten, markten, winkels, winkelcentra, openbaar vervoer enzovoort.
- iv) mensen die tot risicogroepen behoren en de mensen die jaarlijks gevaccineerd worden tegen influenza dienen contacten buitenshuis zoveel mogelijk te beperken.
- v) Advisering over inhalatiebescherming

Maskers beperken de transmissie van micro-organismen met name in de gezondheidszorg.

Bij gebruik van neusmondmaskers door de bevolking op grote schaal buiten de gezondheidszorg bestaat grote twijfel over de effectiviteit
- vi) Het is de vraag of het (langdurig) dragen doelmatig is ter preventie van influenza, omdat maskers vrij snel nat worden door condens en men is dan niet meer beschermd.
 - maskers kunnen niet hergebruikt worden
 - bij het afzetten van maskers (of het opzetten van al gebruikte maskers) kan weer contaminatie van omgeving en handen optreden).
 - Bij een doelmatig gebruik dient per keer een nieuw disposable masker te worden gebruikt. Per inwoner zijn meerdere maskers per dag noodzakelijk.

Mede aan de hand van recente gegevens uit Hong Kong moet de meerwaarde voor het gebruik van mondneusmaskers op grote schaal nader bepaald worden in verband met het vaststellen van de noodzaak grote hoeveelheden van deze beschermingsmiddelen aan te leggen. (actiepunten)

Lijst met afkortingen

BAO	Bestuurlijk afstemmingsoverleg (onderdeel LCI)
BSL	Bio Safety Level, laboratorium normering voor het werken met pathogene micro-organismen
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
DG	Directeur Generaal van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
GR	Gezondheidsraad, Adviescommissie Influenza, Beraadsgroep inzake Infectie en Immuniteit
GGD'en	Gemeentelijke of gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij ongevallen en Rampen
IAZ	Influenza-achtig ziektebeeld
IBT	Interdepartementaal Beleids Team
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid
KVL	Klinisch virologische laboratoria
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging,
LOI	Landelijk Overleg Infectieziekten (onderdeel LCI)
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD-en
MR	Ministerraad
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIC	Nationaal Influenza Centrum, een samenwerkingsverband van afd virologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam en het RIVM
NIVEL	Nederlandse Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
OMT	Outbreak management team(onderdeel LCI)
POG	beleidsafdeling Preventieve Openbare Gezondheidszorg
R(C)BT	Regionaal (coördinerend) beleidsteam
RGF	Regionaal geneeskundig Functionaris
RIVM	Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu
- CIE	Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie
- LGM	Laboratorium voor Geneesmiddelen en Medische Hulpmiddelen
- LIS	Laboratorium voor Infectieziektediagnostiek en screening
ROT	Regionaal operationeel team
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
VNG	Vereniging voor Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- GZB	directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg
- DVC	directie Voorlichting en Communicatie
WHO	Wereldgezondheidszorg Organisatie, Collaborating Centre for Reference and Resaerch on Influenza (NIC, Rotterdam/ Bilthoven)
WIP	Werkgroep Infectiepreventie
ZMP	Zorgmeldpunt

Literatuur

1. Influenza Pandemic Plan. The role of WHO and Guidelines for national and Regional Planning. April 1999, WHO/CDS/CSR/EDC, Genève.
2. Nicholson KG, Managing Influenza in Primary Care. Blackwell Science, Oxford, 1999.
3. De Jong JC, Rimmelzwaan GF, Osterhaus ADME. Influenzapandemieën: verleden en toekomst. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:1988-1991.
4. Gezondheidsraad: Vaccinatie bij een griepandemie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatienr 2000/01.
5. PHLS: The PHLS plan for pandemic influenza. Public Health Laboratory Service, London, July 2001.
6. Laver G, Garman E: The origin and control of pandemic influenza. Science 2001; 293:1776 –1777.
7. Gezondheidsraad. Vaccinatie bij een griepandemie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr 2000/01.
8. Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding :LCI protocol Influenza februari 2003