

## BERICHT

## Surveillance binnen de algemene infectieziektebestrijding bij de regionale GGD

**D**at GGD'en zich met surveillance bezig moeten houden is een algemeen geaccepteerde opvatting. Maar de vraag hoe dat moet gebeuren is lastiger te beantwoorden. Dit bericht is bedoeld als een opiniërende bijdrage aan de discussie over het belang van surveillance voor de regionale GGD. De auteurs komen tot de conclusie dat infectieziektesurveillance op regionaal niveau slechts onder voorwaarden en in specifieke gevallen van toegevoegde waarde is ten opzichte van landelijke surveillance. Wel dient elke GGD in staat te zijn op een deskundige wijze signaalverificatie te verrichten en dit waar nodig te vertalen naar concrete acties.

### Aanleiding

Dat GGD'en zich met surveillance bezig moeten houden is een algemeen geaccepteerde opvatting. Dat kan ook worden afgeleid uit artikel 2 van de Wet publieke gezondheid, waarin het college van burgemeester en wethouders wordt opgedragen "op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking" te verwerven. Over de vraag wélke activiteiten concreet door de GGD uitgevoerd zouden moeten worden bestaat echter veel minder overeenstemming.

#### Taakomschrijving surveillance volgens VISI (2004)

##### 1. Signaleren

###### a) *Lezen/bijhouden literatuur*

Om op de hoogte te blijven, is het noodzakelijk om nieuwe ontwikkelingen op het terrein van infectieziekten goed te volgen door het bijhouden van literatuur / internet en andere bronnen.

###### b) *Interpretatie van meldingen (monitoren)*

Gegeven een registratiesysteem zal regelmatig gekeken moeten worden of uit de ingevoerde gegevens informatie zichtbaar wordt over ziekteclusters en trends.

##### 2. Analyseren/verklaren

De arts infectieziektebestrijding dient voortdurend bezig te zijn met de vraag wat de betekenis is van de informatie die uit het registratiesysteem komt. Het monitoren kan aanleiding zijn om een en ander nader te bekijken.

In 2009 is door de Regionale Consulents van het RIVM (de RAC'ers) een landelijke studiedag over Regionale surveillance georganiseerd. Doel van deze dag was om een antwoord te vinden op de vraag welke surveillanceactiviteiten door de GGD zouden moeten worden uitgevoerd. Uitgangspunt voor de discussie was onder meer de omschrijving van de surveillanceactiviteiten van de GGD in het eindrapport van het Versterkingsproject Infrastructuur Infectieziektebestrijding (VISI) uit 2004. (Zie kader) Op basis van deze taakomschrijving is een norm opgesteld voor de minimale personele bezetting die noodzakelijk is om genoemde activiteiten uit te voeren.

### Wat is surveillance

Er zijn veel verschillende definities van surveillance. In dit artikel hanteren wij onderstaande:

Surveillance is het voortdurend verzamelen, analyseren en interpreteren van infectieziektegegevens, die noodzakelijk zijn voor de planning, uitvoering en evaluatie van beleid, gekoppeld aan de tijdige verspreiding van informatie aan allen die ervan op de hoogte dienen te zijn.

De surveillance betreft alle actuele voor de volksgezondheid relevante infectieziekten en mogelijke bedreigingen in de toekomst. Dit systeem brengt per ziektebeeld/verwekker (kiemsurveillance) trends in beeld, in tijd en in plaats, geplaatst in de context van een gedocumenteerd netwerk (huisartsen, specialisten, instellingen) in een beschreven verzorgingsgebied (bevolking, geografie, risicogroepen, etc). (1)

Surveillance is iets anders dan wetenschappelijk onderzoek. Bij wetenschappelijk onderzoek gaat het om een activiteit met een concrete onderzoeksvraag en een vooraf gedefinieerd eindpunt van de dataverzameling. Wetenschappelijk onderzoek kan wel volgen op een signaal vanuit de surveillance.

## De surveillancepraktijk

Veel verschillende organisaties, meestal landelijk werkend, doen aan surveillance van infectieziekten. Daarbij gaat het om structurele surveillance van infecties en/of van micro-organismen (kiemsurveillance). Dat kan gaan over één specifieke infectieziekte, of over een breed pakket aan infectieziekten, micro-organismen of eigenschappen van micro-organismen zoals antibioticaresistentie. Voorbeelden hiervan zijn:

- infectieziekten waarvoor individuele meldingsplicht is opgelegd: RIVM
- leptospirosen: Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT)
- bacteriële meningitis: Academisch Medisch Centrum Amsterdam
- influenza: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Erasmus MC, RIVM
- legionellose: Stichting Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid Kennemerland samen met het RIVM
- virale infecties: Werkgroep klinische virologie, RIVM
- gastro-enteritis en voedselinfecties: RIVM, nieuwe Voedsel en Waren Autoriteit (nVWA)
- luchtweginfecties: RIVM (bijvoorbeeld het Surveillance Netwerk Infectieziekten Verpleeghuizen (SNIV))
- infectieziekten die deel uitmaken van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) RIVM
- ontslagdiagnosen van (infectie)ziekten: Kiwa-Prismant. Gegevensverstrekking is uitsluitend mogelijk op schriftelijk verzoek en met toestemming van de houders van de registratie (Dutch Hospital Data en de Orde van Medisch Specialisten).

Naast deze structurele vormen van surveillance zijn er ook kortlopende projecten waarin data en/of stammen van micro-organismen worden verzameld. Voorbeelden hiervan zijn:

- het onderzoek naar explosies van gastro-enteritis (eXplosie) (geëindigd in 2002)
- intensieve surveillance van hepatitis B (lopend)
- intensieve surveillance van hepatitis A (lopend)
- het onderzoek naar de effectiviteit van het RVP (PIENTER) (periodiek herhaald)

De regionale GGD heeft over het algemeen beschikking over de resultaten van deze surveillance door schriftelijke publicaties, via websites of op aanvraag. Niet alle informatie is echter kosteloos te verkrijgen.

In Nederland wonen in het GGD-werkgebied gemiddeld 'slechts' 550.000 inwoners (bij 29 GGD'en). Het VISI-project legt voor infectieziektesurveillance de ondergrens bij 1 miljoen inwoners. In de rapportage werd overigens geen duidelijke onderbouwing voor deze ondergrens gegeven.

Een literatuurstudie naar artikelen over surveillance op regionaal niveau, methodologisch ondersteund door het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), leverde niets op. Dat kan erop wijzen dat er internationaal weinig aandacht is voor surveillance op regionaal niveau.

## Uitkomsten discussie

Volgens de definitie van surveillance moet de GGD op de hoogte zijn van het vóórkomen van infectieziekten in het eigen werkgebied om waar nodig actie te kunnen ondernemen. Dit is echter een vrij vage en algemene formulering. Wat betekent 'op de hoogte zijn' voor de feitelijke taakuitvoering? In hoeverre is het voor de regionale GGD zinvol om voortdurend infectieziektegegevens te verzamelen, analyseren en interpreteren? De discussie tijdens de studiedag leidde tot een aantal suggesties over wat een GGD wel of niet op het gebied van surveillance zou moeten doen.

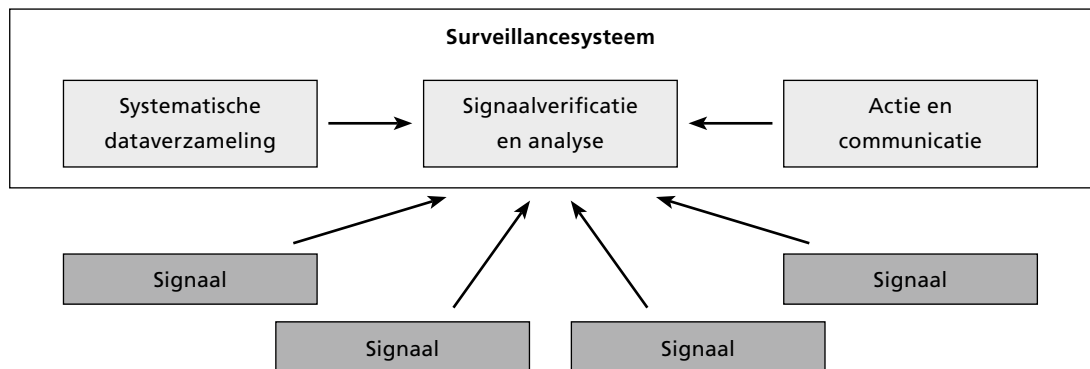
### Wat moet de regionale GGD niet doen

- Systematische surveillance op regionaal niveau van weinig voorkomende infectieziekten. De toevalsvariatie is (te) groot, en landelijke cijfers zijn waarschijnlijk heel goed bruikbaar voor de GGD-regio.
- Systematische surveillance op regionaal niveau (bijvoorbeeld wekelijks of maandelijks) van gegevens over infectieziekten (bijvoorbeeld de output van de eigen meldingen). Voor het bestuderen van trends volstaan meestal landelijke data. Uitsplitsing per maand leidt vaak tot kleine aantallen met bijbehorende grote toevalsvariatie.
- Surveillance zonder actie. Surveillance is geen doel op zichzelf. Als er geen actie zal volgen op een signaal heeft het (regionaal) volgen van de cijfers geen enkele zin, maar kost het wél geld en/of formatie, wat dan beter aan andere activiteiten besteed kan worden. De baten moeten tegen de kosten opwegen.

### Wat moet de regionale GGD wel doen

De vraag is hier niet zozeer: "Wat moet de GGD aan regionale surveillance doen?" – maar veeleer: "Wat moet de regionale GGD aan surveillance doen?"

Figuur 1. bijschrift ontbreekt



Surveillance in de zin van systematische periodieke dataverzameling kan zinvol zijn als aan een of meer van de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- het gebeurt niet op landelijk niveau
- het gaat om een (boven)regionaal probleem van voldoende omvang (bijvoorbeeld vaccinatiegraad in een GGD-regio met veel bevindelijk gereformeerden)
- het gaat om een dataverzameling die op landelijk niveau niet mogelijk, niet efficiënt of niet zinvol is en waarbij het op regionaal niveau wel tot de mogelijkheden behoort en inhoudelijke perspectieven biedt om voldoende detail en/of diepgang te bereiken ten behoeve van een specifieke probleemstelling.
- politiek/bestuur vragen structureel om de informatie

In veel gevallen is maandelijks systematische dataverzameling en -analyse weliswaar niet zinvol, maar op jaarbasis kan dat wél bruikbare resultaten opleveren. De aantallen zijn dan groter, terwijl de kosten qua personele inzet van een jaarlijkse analyse gering zijn. Hoe zo'n jaarlijkse dataverzameling eruit zou kunnen zien wordt momenteel onderzocht door regio Noord-Holland/Flevoland in het kader van het programmabudget. De uitkomsten kunnen worden vergeleken met die van een andere GGD of groep GGD'en (of met de landelijke cijfers). Dit is vaker gedaan (2) en kan concrete vragen oproepen die nader onderzoek behoeven. Zo heeft GGD Rotterdam-Rijnmond onderzoek gedaan naar aanleiding van een gevonden verschil in kinkhoestincidentie tussen delen van de provincie Zuid-Holland. De verschillen bleken gedeeltelijk voort te komen uit verschillen in testkeuze en afkappunten voor het afgeven van een positieve uitslag, wat heeft geleid tot afstemming hierover tussen de regionale microbiologen. Essentieel is wel dat de gegevens die als basis voor de vergelijking worden gebruikt op een overeenkomstige (en kwalitatief voldoende) manier zijn geregistreerd (*garbage in, garbage out*).

Surveillance omvat niet alleen dataverzameling, maar ook interpretatie en analyse. In een surveillancesysteem kunnen signalen afkomstig zijn uit systematische dataverzameling, maar ook uit waarnemingen door medewerkers van de GGD – of van derden zoals een medisch microbioloog. Soms valt het iemand op dat 'iets' zich wel erg vaak lijkt voor te doen, of er belt een (huis)arts met een melding van een ongebruikelijk aantal zieken (zoals de melding van het cluster van pneumoniciën door de huisarts in Herpen in 2007). De GGD moet op basis van een dergelijk signaal kunnen bepalen of er iets aan de hand is, of dat er sprake is van een artefact of van toeval. Daartoe moet de GGD kunnen beschikken over een instrumentarium voor signaalverificatie. Dat omvat:

- goed opgeleide medewerkers, beschikbaarheid van epidemiologische expertise en een budget (externe data opvragen is niet altijd kosteloos)
- alertheid bij medewerkers
- kennis van bestaande surveillancesystemen en van de mogelijkheden om hieruit relevante informatie te verkrijgen
- expliciet vastgelegde formatieve uren
- de mogelijkheid én de bereidheid om laboratoriumonderzoek te verrichten (onder voorwaarden kan het OGZ-diagnostiebudget als financieringsbron dienen)

Uit de signaalverificatie kunnen onderzoeksvragen voortkomen. Enige interesse in wetenschappelijk onderzoek strekt dan ook tot aanbeveling – tenslotte is onderzoek óók een kerntaak van een afdeling infectieziektebestrijding (VI-SI-project).

### Conclusie

Infectieziektesurveillance op regionaal niveau is slechts onder voorwaarden en in specifieke gevallen van toegevoegde waarde ten opzichte van landelijke surveillance. Voordat een dergelijk al dan niet tijdelijk systeem wordt opgezet dient

goed te worden afgewogen wat de meerwaarde is en of de organisatie voldoende uitgerust is om de data goed te interpreteren, acties te definiëren en uit te (laten) voeren. Elke regionale GGD moet wél in staat zijn om op een deskundige wijze signaalverificatie te verrichten en dit waar nodig te vertalen naar concrete acties.

**R.P.M. van Kessel**, arts infectieziektebestrijding, GG&GD Utrecht, RIVM en **C.H.F.M. Waegemaekers**, Hulpverlening Gelderland Midden en RIVM  
E-mail: r.van.kessel@utrecht.nl

### Literatuur

1. Regionaal Overleg Infectieziektebestrijding Zuid-Holland. Basistaak Surveillance. In: Advies "Schaalgrootte", GGD Nederland, Utrecht, 2003.
2. Haks K, Daemen RPJ, Kessel RPM van. Meldingscijfers infectieziekten vergeleken: Utrecht versus Eindhoven. Infectieziekten Bulletin 2003; 14: 36-38.