

## Meldingsplicht voor verpleeg- en verzorgingshuizen: lust of last?

A.S.G. van Dam, A. Rietveld, C.J. Wijkmans

GGD Hart voor Brabant,  
E-mail: s.van.dam@  
gghvb.nl

**S**amenvatting: In 1999 trad de Infectieziektenwet in werking. Artikel 7 van deze wet beschrijft dat instellingen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, verplicht zijn om een uitbraak van een infectieziekte te melden aan de GGD. Op basis van rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en omgevingsignalen vermoedde men bij de GGD Hart voor Brabant dat instellingen niet alle uitbraken meldden. Dit was reden om te onderzoeken of en zo ja, waarom er sprake is van onderrapportage. Uit het onderzoek dat plaatsvond in 2007, bleek dat er inderdaad sprake was van onderrapportage. Dit is mogelijk het gevolg van het ontbreken van werkinstructies, het ontbreken van een registratiesysteem en het ontbreken van structureel overleg over infectieziekten bij verpleeg- en verzorgingshuizen. Interventies vanuit de GGD zijn mogelijk: voorlichting geven aan verschillende beroepsgroepen binnen verpleeg- en verzorgingshuizen over de meldingsplicht en advies op maat geven door een bezoek aan een instelling te brengen bij een uitbraak.

### Inleiding

#### *Meldingsplicht voor instellingen*

Een uitbraak van een infectieziekte in een verpleeg- of verzorgingshuis kan grote gevolgen hebben voor bewoners en personeel. In artikel 7 van de Infectieziektenwet, inmiddels vervangen door art. 26 van de Wet publieke gezondheid, is vastgelegd dat instellingen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, verplicht zijn om een uitbraak van een infectieziekte te melden aan de GGD. Het gaat hierbij om diarree (gastro-enteritis), geelzucht, huidaandoeningen en andere aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard (1). In verpleeg- en verzorgingshuizen verblijft een kwetsbare groep mensen. Met de toenemende vergrijzing en de steeds verdergaande ontwikkelingen in medisch-technisch handelen, zal de groep mensen met een meer of minder onderdrukt immuunsysteem toenemen. Infectieziekte-uitbraken in verpleeg- en verzorgingshuizen zullen hierdoor toenemen. De infecties verlopen vaak ernstig en behandeling wordt moeilijker door toenemende resistentie (2).

De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) heeft in 1999 een richtlijn opgesteld met hierin de definitie van een uitbraak bij verschillende aandoeningen. Uitbraken van gastro-enteritis komen in verpleeg- en verzorgingshuizen het meest voor, met norovirus als de belangrijkste veroorzaker (3). Daarna volgen luchtweginfecties, scabiës en overige infectieuze aandoeningen (4). Na de melding van een uitbraak kan de GGD nader onderzoek uitvoeren. Het

bureau Infectieziektebestrijding van de GGD kan maatregelen adviseren om verdere verspreiding van de ziekte, naar personen zowel binnen als buiten de instelling, tegen te gaan (5).

#### *Naleving meldingsplicht in de praktijk*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschrijft in 2005 dat syndroomsurveillance nauwelijks plaatsvindt in verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierdoor bestaat het gevaar dat uitbraken van infectieziekten en onverwachte gebeurtenissen niet tijdig worden opgemerkt en gemeld aan de GGD (6). In 2005/2006 heeft de IGZ bij 25 verpleeghuizen in Nederland geïnventariseerd hoe het melden van uitbraken volgens artikel 7 verloopt. In alle verpleeghuizen was men op de hoogte van de meldingsplicht op grond van de Infectieziektenwet. Maar vaak was niet vastgelegd wie wat moet doen en waren er geen afspraken vastgelegd met de GGD en het laboratorium. (7). GGD Zuid-Holland West heeft in 2006 onderzoek gedaan naar de praktische uitvoering van artikel 7-meldingen, en stelt vast dat verzorgingshuizen veel minder melden dan verpleeghuizen. Zij concluderen dat dit komt omdat het niet duidelijk is wie de verantwoordelijkheid voor de melding draagt. Het hoofd van een verzorgingshuis krijgt niet alle medische informatie over de bewoners, die ieder hun eigen huisarts hebben. Een uitbraak wordt hierdoor niet altijd opgemerkt. Een actieve benadering van de GGD richting verzorgingshuizen zou kunnen helpen de meldingsbereidheid te verhogen (8).

De GGD Hart voor Brabant ontving niet veel artikel 7-meldingen vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarnaast kregen medewerkers van bureau Infectieziektebestrijding signalen dat niet alle uitbraken gemeld werden. Dit was de reden voor de GGD om te onderzoeken of er inderdaad sprake is van onderrapportage en waardoor dit komt.

Het onderzoek is uitgevoerd met financiële ondersteuning van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM in het kader van projecten ter versterking van de regionale infectieziektebestrijding.

## Methode

Het beschrijvend dwarsdoorsnedeonderzoek richtte zich op alle verpleeg- en verzorgingshuizen in het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant. Ten tijde van het onderzoek telde het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant 17 verpleeghuizen, 14 gecombineerde instellingen en 71 verzorgingshuizen, met in totaal 3400 verpleeghuisbedden (18-250 per locatie) en 6842 verzorgingshuisbedden (15-225 per locatie). Per instelling werd telefonisch nagevraagd wie de contactpersoon voor infectieziekten was. In verpleeghuizen was dit altijd een verpleeghuisarts en in verzorgingshuizen een zorgmanager.

## Overzicht meldingen

Er werd een overzicht gemaakt van de bij de GGD binnengekomen meldingen van infectieziekte-uitbraken in verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode van 2003 tot 2006.

## Vragenlijsten

Voor het onderzoek werd een vragenlijst ontwikkeld, gebaseerd op het ASE-model (attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit). Volgens dit model wordt gedrag verklaard vanuit de intentie (het voornemen) om het gedrag te vertonen en deze intentie wordt verklaard vanuit attitude (houding), sociale invloed (invloed van naasten of collega's) en eigen effectiviteit (vertrouwen in eigen kunnen) (9). Daarnaast kunnen barrières en vaardigheden een rol spelen.

In de vragenlijst werden vragen opgenomen over persoonskenmerken van de respondent, vragen die de attitude, sociale invloed, eigen effectiviteit, barrières en vaardigheden meten (gesloten vragen) en vragen over uitbraken die heb-

ben plaatsgevonden in 2005 en 2006 (open vragen). De vragenlijst werd ontwikkeld met hulp van, de academische werkplaats AMPHI (Academic Public Health Initiative) te Nijmegen, en de afdeling Gezondheidswetenschappen van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Vervolgens werd de vragenlijst getest bij een verpleeghuis en een verzorgingshuis in een naburige GGD-regio. De definitieve vragenlijst werd verstuurd naar de contactpersoon infectieziekten van 97 van de 102 verpleeg- en verzorgingshuizen.

De determinanten attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit die van invloed zijn op de meldingsbereidheid, werden geanalyseerd met behulp van regressieanalyse. De uitkomstmaat is de meldingsbereidheid (intentie tot melden), deze bereidheid is gemeten in een aparte vraag.

De onafhankelijke variabelen zijn attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. Per determinant zijn de bijbehorende vragen tot een somscore berekend.

De verschillende groepen zijn vergeleken met een t-toets.

## Interviews

Bij de overige 5 instellingen: 1 verpleeghuis, 1 gecombineerde instelling en 3 verzorgingshuizen, werden interviews afgenomen om beter inzicht te krijgen in de determinanten die een rol spelen bij het wel of niet melden. Hiervoor is de half gestandaardiseerde interviewmethode gebruikt: het interview heeft dezelfde opbouw en indeling als de schriftelijke vragenlijst, maar de uitkomsten hiervan zijn niet meegenomen in de regressieanalyse.

## Resultaten

### Meer meldingen uit verpleeghuizen dan uit verzorgingshuizen

De laatste jaren ontvangt de GGD steeds meer meldingen vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen. Hoewel er veel meer verzorgingshuizen (71) in de regio zijn dan verpleeghuizen en gecombineerde instellingen (31), komen er meer meldingen van verpleeghuizen (zie tabel 1).

### Respons vragenlijsten

In totaal werden 62 van de 97 vragenlijsten (64%) geretourneerd. Vanuit verpleeghuizen/ gecombineerde instellingen was de respons 62%, vanuit verzorgingshuizen 66%.

Tabel 1: Artikel 7-meldingen GGD Hart voor Brabant

Artikel 7-meldingen	2006	2005	2004	2003
Totaal aantal meldingen art. 7	106	93	80	80
Meldingen verpleeghuizen/ gecombineerde instellingen	16	10	13	2
Meldingen verzorgingshuizen	4	5	4	1

Tabel 2: Melden van uitbraken in afgelopen jaren

Instelling	altijd	meestal	soms	nooit	nog niet voorgekomen	weet niet
Verpleeghuis n=18	33%	44%	17%	0%	0%	6%
Verzorgingshuis n=44	58%	12%	2%	14%	12%	2%

Van de respondenten is 29% verpleeghuisarts, 55% is zorgmanager en 16% valt onder de categorie 'anders', meestal de locatiedirecteur.

**Niet alle uitbraken gemeld aan de GGD**

Uit de antwoorden op de vragenlijst bleek dat verpleeg- en verzorgingshuizen niet alle uitbraken melden (zie tabel 2).

Verder bleek uit de antwoorden van verpleeghuisartsen dat er in de afgelopen 2 jaar 32 uitbraken waren geweest, waarvan er 30 gemeld zouden zijn bij de GGD. Hiervan zijn echter maar 16 (53%) uitbraken terug te vinden in het registratiesysteem van de GGD. Zorgmanagers gaven in totaal 19 uitbraken aan, waarvan er 16 gemeld zouden zijn bij de GGD. Hiervan zijn 8 (50%) uitbraken terug te vinden in het registratiesysteem.

**'Attitude' en 'sociale invloed' belangrijke voorspellers van meldingsbereidheid**

Uit de vragenlijsten bleek dat alle onderzochte determinanten (attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit) een positieve relatie met de meldingsbereidheid hebben. Met andere woorden: hoe beter de attitude, sociale invloed of eigen effectiviteit ten aanzien van het melden van uitbraken aan de GGD, hoe beter de meldingsbereidheid. De determinanten attitude ( $\beta = 0,823$ ,  $t(62) = 6,355$ ,  $p < 0,001$ ) en sociale invloed ( $\beta = 0,162$ ,  $t(62) = 2,200$ ,  $p = 0,032$ ) zijn significante voorspellers van de meldingsbereidheid.

Om van meldingsbereidheid te komen tot het daadwerkelijk melden van een uitbraak kunnen barrières en vaardigheden een rol spelen. Barrières die een rol kunnen spelen in niet

overgaan tot de daadwerkelijke melding zijn weergegeven in tabel 3.

Het bleek dat veel instellingen niet weten hoe zij de GGD buiten kantooruren kunnen bereiken, geen werkinstructies, registratiesysteem of structureel overleg over infectieziekten hebben en mogelijk daardoor geen meldingen doen.

Ook uit de gehouden interviews bleek dat er sprake is van onderrapportage. Vooral aandoeningen die als minder ernstig worden beoordeeld, zoals gastro-enteritis, worden niet altijd aan de GGD gemeld. Het takenpakket van bureau Infectieziektebestrijding is niet voldoende bekend bij de instellingen.

**Verschillen tussen verpleeghuisartsen en zorgmanagers**

Uit de vragenlijsten kwam naar voren dat vooral verpleeghuisartsen vinden dat het melden van een uitbraak hen veel tijd kost en dat zij uitbraken wel eens vergeten te melden (beide significant verschillend met zorgmanagers  $p < 0,05$ ). De kosten, uitvoerbaarheid en tijdinvestering van de maatregelen die de GGD adviseert weerhouden de verpleeghuisartsen van melden. Zorgmanagers ervaren meer sociale steun vanuit hun werkomgeving ten aanzien van artikel 7-meldingen. Maar zorgmanagers zijn minder goed in staat een uitbraak te herkennen dan verpleeghuisartsen. ( $p < 0,05$ ).

**Instellingen willen bezoek van GGD bij uitbraak**

Verpleeghuisartsen en zorgmanagers vinden het belangrijk om informatie te krijgen tijdens een uitbraak. Ondersteu-

Tabel 3: Mogelijke barrières waardoor een uitbraak niet gemeld wordt

Barrières	vph* (n=18)	vzh* (n=44)
Geen contactpersoon infectieziektebestrijding aanwezig	22%	52%
Telefoonnummer van de GGD binnen kantooruren niet bekend	6%	4%
Telefoonnummer van de GGD buiten kantooruren niet bekend	33%	57%
Geen werkinstructies ten aanzien van artikel 7-meldingen	50%	39%
Geen registratiesysteem ten aanzien van infectieziekten	94%	80%
Geen structureel overleg over infectieziekten	50%	68%

\*vph= verpleeghuis of gecombineerd huis, vzh= verzorgingshuis

ning van de GGD helpt de uitbraak snel onder controle te krijgen. Zij vinden het allen waardevol als de GGD op bezoek komt bij een uitbraak. De instellingen willen graag deskundig advies en praktische ondersteuning tijdens een uitbraak. Van de GGD verwachten zij protocollen over behandeling/bestrijding van infectieziekten en adviezen ter voorkoming van een uitbraak. Volgens de verpleeghuisartsen en zorgmanagers kan door voorlichting over infectieziekten en artikel 7 aan de instellingen de samenwerking verbeterd worden.

## Discussie

### *Beperkingen van het onderzoek*

Verschillende experts zijn betrokken geweest bij het ontwikkelen van de vragenlijst. Daarnaast is een pilot uitgevoerd onder een kleine groep van één verpleeg- en één verzorgingshuis waaruit zinvolle aanvullingen voor en veranderingen in de vragenlijst zijn gekomen. Zoals bij alle vragenlijsten en interviews kan er sprake zijn van sociaal wenselijke antwoorden. Het was niet mogelijk de vragenlijsten anoniem te houden omdat een herinneringsbrief verstuurd zou worden en omdat de GGD graag gegevens per instelling wilde hebben.

### *Onderrapportage van uitbraken*

Uit het onderzoek is gebleken dat er sprake is van onderrapportage van artikel 7-meldingen door verpleeghuizen en verzorgingshuizen. De mate van onderrapportage is door dit onderzoek niet goed vast te stellen. De gevonden tegenstrijdigheid tussen het percentage verondersteld gemelde uitbraken en het percentage dat uiteindelijk geregistreerd staat bij de GGD kan verschillende oorzaken hebben: een 'herinneringsbias' bij de melder, de melding kan bij een andere afdeling van de GGD terecht zijn gekomen of er is iets niet goed gegaan bij de registratie door het bureau Infectieziektebestrijding.

Omdat de intentie tot het doen van meldingen van uitbraken wel voldoende is, is het aannemelijk dat bepaalde barrières en het ontbreken van vaardigheden een rol spelen: het ontbreken van werkinstructies een registratiesysteem voor uitbraken en structureel overleg over infectieziekten. Dit komt overeen met het rapport van de IGZ van 2006 waarin staat dat 40% van de onderzochte verpleeghuizen geen of beperkte structuur voor infectiepreventie heeft (7).

### *Takenpakket GGD niet duidelijk*

Het takenpakket van het bureau Infectieziektebestrijding van de GGD is niet duidelijk voor alle verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit kan verbeterd worden door naar de instelling toe te gaan bij een uitbraak en voorlichting te geven in rustige tijden. Hierdoor zal ook worden voorkomen dat de instellingen vergeten om een uitbraak te melden.

De maatregelen die de GGD adviseert zijn soms moeilijk uitvoerbaar. Het is dus belangrijk om advies op maat te geven. Door naar een instelling toe te gaan tijdens een uitbraak ziet de sociaal verpleegkundige wat de mogelijkheden zijn om een protocol te implementeren.

### *Voorlichting aan verpleeg- en verzorgingshuizen*

In 2007 kreeg de GGD Hart voor Brabant meer meldingen (37) vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit kan een effect zijn van het onderzoek. De GGD gaat voorlichtingsbijeenkomsten organiseren voor directie en management en voor verpleegkundigen en verzorgenden. In deze bijeenkomsten kunnen de verpleeg- en verzorgingshuizen gestimuleerd worden om werkinstructies te implementeren. De GGD kan ondersteuning bieden in de ontwikkeling hiervan.

Daarnaast is er een vaste sociaal verpleegkundige aangewezen voor een bepaald gedeelte van het werkgebied en gaat de verpleegkundige op huisbezoek bij een uitbraak. De GGD zal het verloop van de uitbraken voortaan na afloop met de instelling evalueren.

## Conclusie

Er is sprake van onderrapportage. Vooral aandoeningen die als minder ernstig worden beoordeeld, zoals gastro-enteritis, worden niet altijd aan de GGD gemeld. De GGD kan de meldingen bevorderen door te trachten de attitude van de melders en de ondersteuning vanuit hun omgeving te verbeteren en door de verpleeg- en verzorgingshuizen te stimuleren om barrières voor het melden weg te nemen.

## Notification of outbreaks in nursing and residential homes

Infectious diseases can easily spread in institutes with high risk populations such as the elderly. Article 7 of the Infectious Disease Act directs that an outbreak of an infectious disease in an institute should be reported to the Municipal Health Service (MHS). Reports of the Health Inspectorate and experiences of fieldworkers suggest that underreporting of outbreaks in nursing and residential homes is common. In this report we assess the degree of underreporting by nursing- and residential homes in the region of the MHS Hart voor Brabant and the determinants associated with (not) notifying an outbreak. Lack of work instructions, lack of a registration system and lack of regular meetings on infectious diseases in residential and nursing homes may all cause underreporting. To stimulate notification of outbreaks to the MHS fieldworkers should inform all employees of nursing and residential homes on notification procedures. Furthermore it is important to give specific advice during an outbreak.

### Literatuur

1. Vliet van JA, Artikel 7 van de nieuwe Infectieziektenwet: de meldingsplicht voor instellingen. *Infectieziekten bulletin* 1999;10:95-98
2. Rahamat J, Vliet van H, Suikerbuijk A, Bijkerk P, Hoeymans N, Poos R, Staat van infectieziekten 2000-2005. Okt 2006
3. Duynhoven van YT, Jager de CM, Kortbeek LM, et al. A one-year intensified study of outbreaks of gastro-enteritis in The Netherlands. *Epidemiol Infect.* 2005 feb;133(1):9-21
4. Hosseinnia M, Vliet van H, Suikerbuijk A. Artikel 7-meldingen aan GGD's in 2000. *Infectieziekten Bulletin* 2002;13:131-137
5. Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding. Draaiboek 'Infectieziektenwet, Artikel 7 meldingen instellingen. Maart 1999
6. Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2005: Openbare gezondheidszorg hoe houden we het volk gezond? Nov 2005
7. Inspectie voor de gezondheidszorg. Rapport 'Verpleeghuiszorg, kwaliteitsslag is gaande'. Dec 2006.
8. Petrignani MWF, Yap KB. Praktijkevaluatie van de regionale toepassing van artikel 7 van de Infectieziektenwet. *Infectieziekten Bulletin.* 2006;17:253-257
9. Brug J, Assema van P, Lechner L. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak. Van Gorcum Assen, 2003

