



## **BELEIDSEVALUATIE**

Amsterdam, 29 september 2009  
Projectnummer: 34.661

**BOER & CROON**

**Inhoud**

1. Management samenvatting	2
2. Inleiding	8

**DEEL 1 - ONDERZOEKSOPZET**

3. Onderzoeksopzet	9
3.1 Onderzoeksvragen	9
3.2 Onderzoeksmethodologie	9

**DEEL 2 - SITUATIEBESCHRIJVING**

4. Context: oprichting van CIB 2004/2005	13
4.1 Situatianalyse 2004	13
4.2 Geïntegreerd overheidsbeleid Infectieziektebestrijding	13
5. Bestrijdingsstructuur infectieziekten op hoofdlijnen	16
5.1 Keten infectieziektebestrijding	16
5.2 Gerelateerde Domeinen	19
5.3 Wet Publieke Gezondheid (WPG)	19
6. Organisatie-inrichting en Activiteiten CIB	23
6.1 CIB Missie, takenpakket en strategische doelstellingen	23
6.2 CIB structuur en afdelingen	24
6.3 Programma's en multidisciplinaire structuren	27
6.4 Aansturing en opdrachtgevers CIB	35
6.5 Input & Output van het CIB: producten en dienstverlening	37

**DEEL 3 - EVALUATIE**

7. Evaluatie functioneren CIB	38
7.1 Toetsingskader	38
7.2 Bevindingen op Output criteria	39
7.3 Bevindingen m.b.t. afstemming, communicatie en aansturing andere partijen	51
7.4 Beoordeling van het presteren CIB vanuit het veld	54
7.5 Beoordeling op Outcome criteria	55
8. Conclusies en aanbevelingen	56
8.1 Strategische kader CIB	56
8.2 Samenwerkingsrelaties	56
8.3 Operationele prestaties CIB op hoofdtaken	57
8.4 Systeeminrichting	59
Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur	60
Bijlage B – Overzicht van betrokkenen bij het evaluatieonderzoek	63
Bijlage C – Gehanteerde toetsingskader	65
Bijlage D – Factsheets CIB afdelingen	66
Bijlage E – Krachtenveld Analyse	70
Bijlage F – Enquête onder GGD-en	86
Bijlage G – Enquête onder Subsidierelaties	92
Bijlage H – Geselecteerde Casuïstiek: Q-koorts in 2007	96
Bijlage I – Incidentietrends Infectieziekten	97
Bijlage J - Systeemevaluatie vanuit internationaal perspectief	98
Bijlage K - Lijst van afkortingen en begrippen	100
Attachment – Excerpt of main findings in English	102

## 1. MANAGEMENT SAMENVATTING

In 2004 werd door de Minister van VWS nieuw beleid gepresenteerd om de inrichting van het systeem van infectieziektebestrijding in Nederland te verbeteren. Aanleiding vormde de ervaring met nieuwe dreigingen en uitbraken waarmee een aantal knelpunten<sup>1</sup> in het systeem werden blootgelegd. Onderdeel van dit beleid was de oprichting van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) binnen het RIVM.

Het CIb is door de minister van VWS opgericht om een organisatie te creëren die zorg draagt voor inhoudelijke afstemming, sturing en ondersteuning van beroepsbeoefenaren binnen de infectieziektebestrijding, het bijeenbrengen van wetenschappelijke kennis en informatie, het beoordelen van deze informatie en het opstellen van protocollen voor inhoud en kwaliteit van de bestrijding. Het CIb diende te gaan fungeren als een centraal aanspreekpunt. Specifieke functies die het centrum zou moeten vervullen waren<sup>2</sup>:

- Bevorderen en bewaken van een landelijk dekkend netwerk van kwalitatief goede diagnostiek voor belangrijke infectieziekten, waarop GGD'en in gewone omstandigheden een beroep kunnen doen.
- Het bieden van extra ondersteuning aan GGD-en in tijden van crisis, bijvoorbeeld met diagnostiek en met het tijdelijk beschikbaar stellen van ervaren mensen.
- Het bewaken en zorgdragen dat signaleringen van uitbraken ook altijd leiden tot de juiste maatregelen en bestrijdingsacties.
- Het functioneren als duidelijk landelijk aanspreekpunt voor de WHO en Europese instituties
- Het actief ondersteunen van beroepsgroepen in de publieke gezondheidszorg met het invoeren en gebruiken van richtlijnen.
- Het ontwikkelen van draaiboeken en bewaken dat er door betrokkenen goed mee geoefend wordt.
- In tijden van crisis inhoudelijk leiding geven aan de bestrijding, in opdracht van de minister van VWS.
- Coördinatie en centrale aansturing van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).

In 2009 heeft het ministerie van VWS Boer & Croon de opdracht gegeven om te onderzoeken of de oprichting van het CIb daadwerkelijk antwoord biedt op de in 2004 geconstateerde knelpunten. Dit evaluatieonderzoek gaat in op de vragen:

1. Geeft de oprichting van het CIb daadwerkelijk invulling aan de door de minister in 2004 aangekondigde maatregelen en wat is het effect van het CIb op de destijds geconstateerde knelpunten?
2. Hoe wordt vanuit het veld / de praktijk aangekeken tegen het CIb? Met andere woorden, voldoet het CIb aan de behoeftes van zijn klanten (zijnde opdrachtgevers, opdrachtnemers, veldpartijen)?

---

<sup>1</sup> Knelpunten betroffen: onvoldoende kwaliteit, gelijke aanpak en capaciteit van de uitvoering van de infectieziektebestrijding; taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de bestrijding versnipperd over veel instanties zonder een helder aanspreekpunt; onvoldoende mogelijkheden om zowel in reguliere als in crisissituaties vanuit de landelijke overheid te beslissen over het beleid en de uitvoering; onvoldoende voorbereiding op rampen. Dat gold ook voor het maken van afspraken tussen infectieziektebestrijding en reguliere rampenbestrijding; onvoldoende internationale afspraken en coördinatie voor nieuwe dreigingen die vaker bovennationaal zijn

<sup>2</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [D-BriefVWS 2004ii]

Voornaamste bevindingen en aandachtspunten
De oprichting van het CIB heeft een positieve impact gehad op het Nederlandse bestrijdingssysteem en het CIB heeft zijn rol en toegevoegde waarde waargemaakt. Er zijn echter kanttekeningen te maken:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De verbinding tussen veterinaire en humane domeinen in de bestrijding dient verder te worden ontwikkeld en versterkt</li> <li>• Sterkere integratie van de Nederlandse infectieziektebestrijding in een internationaal verband vereist aandacht in de komende jaren</li> <li>• Het verleggen van onderzoek &amp; ontwikkelingsactiviteiten naar niet-biomedische, maar voor effectieve bestrijding noodzakelijke, onderzoeksgebieden is aan de orde</li> <li>• Voortgang in het waarborgen van uniforme kwaliteit en capaciteit bij GGD-en en MML's is zichtbaar, maar komt langzaam op gang. Het CIB kan hier een sterkere rol in vervullen, maar is hierbij afhankelijk van bereidwilligheid en medewerking van deze autonome partijen</li> <li>• Een explicietere en zorgvuldige afweging is gewenst in het bepalen welke werkvelden en (onderzoeks)activiteiten het CIB zelf uitvoert en welke aan partijen in het veld worden overgelaten</li> <li>• Het CIB kan interne multidisciplinaire samenwerking tussen interne afdelingen versterken en mogelijke synergie met andere organisatieonderdelen binnen het RIVM beter benutten</li> <li>• De door het ministerie van VWS verlangde coördinerende rol van het CIB op het gebied van preventie in bredere zin is onvoldoende geborgd in de huidige opzet</li> <li>• Het bestaan van het CIB is momenteel niet vastgelegd in wetgeving of ministeriële regeling. Versterking van de wettelijke basis voor het CIB dient te worden overwogen</li> </ul>

**Figuur 1 Hoofdpunten uit de evaluatie**

### **Voornaamste bevindingen en aandachtspunten**

Met de oprichting van het CIB is er veel verbeterd in de infectieziektebestrijding in Nederland. Het CIB heeft in korte tijd zijn positie versterkt in een veld dat voordien voor een groot deel verkaveld – en vooral versnipperd – was. De eigen organisatie heeft een kwaliteitsslag gemaakt en ook de samenwerking in de eigen bestrijdingsketen en met de diergezondheidsketen is verbeterd. CIB is een zichtbare en effectieve organisatie die acteert met autoriteit, zich pro-actief opstelt, agendabepalend is en een onmisbare rol in het systeem vervult.

De komst van het CIB als centraal orgaan dat als opdracht kreeg om regie te voeren op de keten van infectieziektebestrijding heeft echter ook voor frictie gezorgd. Er zit spanning in de relatie met enkele kennisinstututen en NGO's. NGO's hebben voor de oprichting van het CIB autoriteit ontwikkeld door sterke inhoudelijke expertise op hun gebied. Er bestaat overlap in werkgebieden met het CIB, dat eindverantwoordelijkheid neemt op de uitvoering. Coördinatie en effectieve samenwerking is nog niet in alle gevallen optimaal. Het CIB zou zich meer kunnen opstellen als een organisatie met een netwerkfunctie waarbij meer rekening gehouden wordt met de rollen en behoeften van de verschillende actoren in het veld. Vanuit deze ketenregie functie zou het CIB ook meer kunnen reageren op signalen en vragen uit de regio. Het vervullen van een regierol betekent niet dat het CIB taken noodzakelijkerwijs zelf uitvoert maar zorgdraagt dat noodzakelijke rollen op adequate wijze bij partijen in de bestrijdingsketen worden belegd.

Op het gebied van reguliere bestrijding en bestrijding bij uitbraken is het CIB erin geslaagd een goede bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit, uniformiteit en capaciteit van de uitvoering van de infectieziektebestrijding. Kwaliteitsverbeteringen in bestrijdingsketens zijn zichtbaar en de ondersteunende rol van het CIB wordt door uitvoerende partijen (waaronder

GGD-en en Laboratoria voor Medische Microbiologie, MML's) gewaardeerd. Uniformiteit van de uitvoering blijft echter een aandachtspunt. Zowel richting GGD-en als richting MML's heeft het CIB geen formele autoriteit en berust de invloed van het CIB op professionele overtuigingskracht. De snelheid en impact van verbeterinitiatieven zijn hierdoor beperkt. Op het gebied van diagnostiek constateert de IGZ dat binnen MML's processen nog onvoldoende zijn geformaliseerd en geborgd en het CIB hierin een actievere taak heeft te vervullen. De CIB-brede responstructuur is solide ingericht. De OMT/BAO structuur functioneert effectief en deze effectiviteit wordt door het CIB actief geëvalueerd t.b.v. continue verbetering.

Op het gebied van preventie geeft het CIB zorgvuldig en adequaat invulling aan de verantwoordelijkheden die het centrum toebedeeld heeft gekregen over het Rijksvaccinatie programma. Het CIB staat hier echter voor grote uitdagingen m.b.t. publiekscommunicatie om de bereidheid tot vrijwillige vaccinatie onder doelgroepen op peil te houden. Daarnaast vormt de integratie van de uitvoering van het RVP binnen het CIB (integratie van entadministraties) een operationele uitdaging die voortvarend verloopt, maar gepaard gaat met management risico's aangezien deze uitvoeringstaken een fundamenteel andere aansturing vergen dan de overige activiteiten binnen het CIB. Preventie in bredere zin (de coördinerende taak die het CIB toebedeeld heeft gekregen op het gebied van preventie / gedragsbeïnvloeding / gezondheidsbevordering) vormt een kwetsbare activiteit binnen het CIB in de huidige opzet. Hoewel ook op dit vlak door het ministerie van VWS een regisserende rol van het CIB wordt verlangd, beschikt het CIB in de huidige opzet over onvoldoende kennis & expertise om coördinerende verantwoordelijkheid voor preventie in brede zin op zich te nemen.

Op het gebied van Diagnostiek, Surveillance, Signalering en onderzoek presteert het CIB sterk. Deze activiteiten zijn een voortzetting van activiteiten die reeds plaatsvonden bij afzonderlijke eenheden die bij de oprichting van het CIB binnen het centrum zijn geplaatst. Surveillance-systemen zijn echter nog relatief versnipperd en inflexibel. Op ICT gebied dienen vaardigheden om systemen beter te integreren en functionaliteit van de systemen snel te kunnen aanpassen bij nieuwe dreigingen te worden versterkt. Doordat de samenwerking tussen het humane en veterinaire domein niet vanzelfsprekend verloopt zijn er lacunes in het inzicht in dreigingen en signalering van Zoönosen. Dit dient geadresseerd te worden.

De onderzoeksactiviteiten binnen het CIB zijn versterkt. Vanuit het wetenschappelijke domein worden echter kanttekeningen geplaatst over de breedte van de onderzoeksactiviteiten en gebrek aan focus, alsmede een te grote nadruk op wetenschappelijk onderzoek ten opzichte van praktisch onderzoek. Tevens constateert men een grote nadruk op een biomedische insteek in het onderzoek, en beperkte aandacht voor aansluitende disciplines ((bio)informatics, (psycho)sociale / culturele / juridische wetenschappen, communicatie, risicoperceptie). De afweging van investeringen door het CIB in "natte" (laboratorium) functies en "droge" wetenschappen is een onderwerp van discussie binnen het wetenschappelijke veld.

Integrale en meetbare visievorming over de taakuitvoering van het CIB vraagt aandacht. De eerste fase stond in het teken van opbouw van de organisatie en samenwerking in de eigen keten vanuit knelpunten. Bij de oprichting van het CIB zijn doelen en taken van het CIB helder geformuleerd. Om de impact van het CIB

vast te stellen zijn echter meetbare doelstellingen gewenst die destijds niet zijn geformuleerd. Vanuit het veld is behoefte aan een integrale visie op samenwerking tussen CIB en kennisinstellingen, aanpak per infectieziekte, link tussen preventie, bestrijding en behandeling en de aansluiting met aanpalende terreinen zoals de calamiteitenketen. De strategie van het CIB is algemeen geformuleerd en er wordt niet gewerkt met helder omschreven, en waar mogelijk meetbare, doelstellingen. Het ontbreekt aan een raamwerk op basis waarvan fundamentele keuzes over het activiteitenpakket worden gemaakt (wat voert het CIB zelf uit, wat aan veldpartijen overlaten). Acteren als netwerkorganisatie die kennis binnen het netwerk samenbrengt is nog onderbelicht. Bestrijdingsstrategieën op het niveau van ziektebeelden verdienen meer uitwerking. Het ontbreken hiervan wrekt zich in het vormgeven van samenwerkingsrelaties in het veld en het worden van een "netwerkpartij".

Het CIB kent een breed en complex takenpakket. Het combineert verantwoordelijkheden in preventie, bestrijding, onderzoek, uitvoering. Deze combinatie van taken binnen één instituut is krachtig (kennis en ervaring op deze gebieden kunnen elkaar versterken), maar levert een complexe managementtaak (verschillende taken vergen verschillende aansturingsmethoden) en daarmee risico's. Het ontsluiten van de kracht van de combinatie van taken, verdeeld over de huidige afdelingen van het CIB (BBA, LCI, EPI, LIS, LZO, RCP) kost tijd en moeite maar is reeds zichtbaar bij calamiteiten (respons). De multidisciplinaire samenwerking tussen afdelingen in reguliere activiteiten kan nog worden versterkt.

Tijdens het evaluatieonderzoek is een comité van internationale experts gevraagd in te schatten in hoeverre de huidige inrichting van het bestrijdingssysteem in Nederland toekomstbestendig is. Deze groep was over het geheel genomen onder de indruk van de organisatiewijze van het systeem maar ziet ontwikkelingen in de infectieziekten die implicaties kunnen hebben op de gewenste rol en reikwijdte van het CIB. Als belangrijkste ontwikkelingen worden gezien: externe veranderingen (omgeving, klimaat, evolutie van micro-organismen), afnemende werking van bestrijdingsinstrumenten en medicijnen (met name antibiotica), veranderend gedrag en risicoperceptie van burgers en onderschatting van de risico's vanuit ontwikkelingslanden.

Het CIB binnen het RIVM wordt door dit comité beschreven als een klassiek georganiseerd instituut, met een sterke nadruk op de wetenschappelijke laboratoriumfunctie, dat nog voornamelijk nationaal georiënteerd is. Om de toekomstige effectiviteit van het centrum te garanderen is het cruciaal dat het CIB in sterke mate interdisciplinair werkt, aansluiting vindt met aanpalende wetenschappen en nadrukkelijker samenwerking en aansluiting zoekt met de internationale infectieziektebestrijding. Het CIB zal zich sterker als adviesorganisatie moeten profileren: oplossingsgericht met een wetenschappelijke basis. Het CIB zal actief moeten identificeren welke kennis voor praktische bestrijdingsmethoden onvoldoende in het veld tot stand komt en hier invulling aan te geven. Dit impliceert dat in de toekomst de sterke aandacht voor biomedische wetenschappen zal moeten verschuiven naar aandacht voor informatietechnologie (t.g.v. de explosieve groei in monitoring informatie), sociale wetenschappen en juridische aspecten in de bestrijding. Een gedegen strategie zal nodig zijn om te kiezen in welke onderzoeksvelden het CIB sterk wil zijn, en op welke manier er effectief met externe partners kan worden samengewerkt om een vertaling te maken van wetenschappelijke kennis naar de praktijk van de bestrijding.

### **Voornaamste aanbevelingen voortkomend uit het onderzoek**

#### Strategie en uitvoering door het CIB

- Herijk het strategisch beleidsplan. Definieer een coherente en meetbare set van doelstellingen op basis waarvan effectiviteit CIB kan worden afgeleid. Ontwikkel visie op kerncompetenties die in huis moeten zijn (en waarom) en kerncompetenties die extern belegd kunnen worden. Neem een terughoudende opstelling aan bij overname van taken die andere partijen ook / beter kunnen uitvoeren.
- Definieer algemene plannen van aanpak voor preventie en bestrijding ("Bestrijdingsstrategie") op het niveau individuele ziektebeelden voor de meest relevante dreigingen en betrek hierbij de primaire samenwerkingspartners. In deze plannen worden ontwikkelingsdoelen geformuleerd en taakafbakening met samenwerkingspartners vastgesteld. Jaarlijkse evaluatie en herijking kan worden gekoppeld aan de rapportage over de staat van infectieziekten.
- Er is een principiële afweging noodzakelijk m.b.t. rol CIB op het gebied van algemene preventie en gedragsbeïnvloeding. Indien CIB geacht wordt hierover verantwoordelijkheid te nemen dan dient er geïnvesteerd te worden in inhoudelijke competenties om dit waar te kunnen maken. Hiervoor is in het huidige werkplan onvoldoende capaciteit.
- Draag onderzoeksstrategie actiever extern uit; wat wordt er nagestreefd, hoe wordt de balans gezocht tussen fundamenteel en praktisch onderzoek. Verken leemtes in wetenschappelijke competenties en ontwikkel strategie om deze leemtes op te vullen. Voer kritische doorlichting uit van de huidige omvang van het onderzoeks- en laboratorium apparaat. Entameer een evaluatie van de optie om de laboratoriumfunctie terug te schalen om budgetruimte vrij te maken voor het ontwikkelen van competenties in nieuwe onderzoeksdomeinen.
- Stimuleer interne samenwerking: tussen afdelingen van het CIB, met andere centra binnen het RIVM. Ontwikkel duidelijke structuren en programma's voor interne samenwerking (bijv. multidisciplinaire teams per ziektebeeld), en koppel prestatiebeoordeling op programmaresultaat, niet uitsluitend op resultaten binnen de eigen afdeling. Ontwikkel een cultuur voor interne multidisciplinaire samenwerking over afdelingsgrenzen heen (teambuilding, formuleren gezamenlijke doelstellingen).
- Continueer de vormgeving van externe samenwerking met aanpalende domeinen. Dit betreft met name de veterinaire bestrijdingsketen, organisaties gericht op preventie, en actoren in de rampenbestrijding / calamiteitenketen.
- Versterk early-warning systematiek voor Zoönose dreigingen vanuit het veterinaire veld op humane gezondheid. Sluit hierbij aan op bestaande monitoring initiatieven in de veterinaire sector.

#### Beleidsstrategie ministerie van VWS

- Rationaliseer de opdrachtverlening naar de verschillende centra binnen het RIVM. Dit betreft ondermeer de (gelaagde) opdrachtverlening op het gebied van preventie, vaccinatie en screening die verdeeld zijn over het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIB), het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB) en het Centrum voor gezond leven (CGL). Verken beleidsmatige invulling van het concentreren van integrale verantwoordelijkheid voor vaccinaties binnen één eenheid binnen het RIVM.
- Het CIB is gebaat bij betere afstemming tussen VWS en LNV over opdrachtgeverschap. Agendeer de mogelijkheid voor integraal

opdrachtgeverschap vanuit VWS i.p.v. LNV/VWA bij interdepartementale afstemming.

- Overweeg versterken van wettelijke basis voor het CIb (bijv. in ministeriële regeling of wetgeving). Dit dwingt af om verhouding CIb taken en bevoegdheden in de context van andere wetgeving zorgvuldig vast te stellen.
- Grip op private partijen in de uitvoering in tijden van crisis is een aandachtspunt. De invloed hierop door de Minister van VWS, geadviseerd door het CIb, via de route van het Ministerie van BZK is in theorie sluitend vormgegeven in de wet. Deze route heeft zich in de praktijk echter nog niet bewezen en is mogelijk kwetsbaar omdat deze over meerdere schijven loopt.
- Verken de mogelijkheden om meer dwingende regelgeving te ontwikkelen, dan wel meer sturingsmogelijkheden te bieden aan het CIb om uniforme kwaliteit te bevorderen onder GGD-en en MML's in de reguliere praktijk. De huidige opzet leidt tot verbeteringen, maar deze gaan traag en rijken niet altijd ver genoeg. Zo blijft de ambitie om netwerken van referentielaboratoria te ontwikkelen vooralsnog achter.

Gedurende het onderzoek is de griepandemie (H1N1) opgekomen. De gebeurtenissen als gevolg daarvan leveren naar verwachting veel nieuwe informatie op, die bruikbaar is voor nadere analyse over het functioneren van de keten van infectieziektenbestrijding en de plek van het CIb daarin (beschreven in paragraaf 5.1). In een enkel geval heeft het de oordeelsvorming van gesprekspartners reeds beïnvloed. Omdat het nog geruime tijd zal duren voordat uit die informatie ook zorgvuldige conclusies kunnen worden getrokken, zijn deze nog niet in die paragraaf verwerkt.



## 2. INLEIDING

De minister van VWS is verantwoordelijk voor een deskundige, slagvaardige infectieziektepreventie en -bestrijding in Nederland die is afgestemd op de eisen van deze tijd. Sinds het einde van de 20<sup>e</sup> eeuw volgen dreigingen en daadwerkelijke uitbraken van infectieziekten elkaar steeds sneller op. Dat maakte rond 2005 een aanpassing van de structuur van de infectieziektebestrijding nodig om slagvaardig op te kunnen treden en beter voorbereid te kunnen zijn op grote uitbraken. In een inventariserende beleidsbrief<sup>3</sup> maakte het ministerie een analyse van knelpunten in de infectieziektebestrijding. Naar aanleiding van deze analyse heeft de minister in 2004 besloten tot oprichting van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) bij het RIVM. Het CIb kreeg een centrale taak in de coördinatie en aansturing van de infectieziektebestrijding. Kort na de oprichting heeft het CIb een strategisch beleidsplan ontwikkeld<sup>4</sup>. In dit plan en in de missie van het CIb zijn destijds keuzes gemaakt voor de koers van het CIb.

Het CIb is nu een aantal jaren in werking. Boer & Croon is door het ministerie van VWS gevraagd te onderzoeken of de oprichting van het CIb daadwerkelijk antwoord biedt op de in 2004 geconstateerde knelpunten. Voor de minister van VWS is deze informatie noodzakelijk om zijn beleid op het gebied van infectieziektepreventie en -bestrijding, en zijn sturing op het CIb, te kunnen bijsturen indien nodig. Ook is er de behoefte een goed beeld te krijgen van de wijze waarop er vanuit het veld / de praktijk wordt aangekeken tegen het CIb. Met andere woorden of het CIb voldoet aan de behoeftes van zijn klanten (=opdrachtgevers, opdrachtnemers, veldpartijen).

---

<sup>3</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [D-BriefVWS 2004i] en [D-BriefVWS 2004ii]

<sup>4</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [B-StratPlan 2005]

### **3. ONDERZOEKSOPZET**

#### **3.1 ONDERZOEKSVRAGEN**

Het ministerie van VWS heeft de volgende twee onderzoeksvragen geformuleerd voor deze beleidsevaluatie:

1. Geeft de oprichting van het CIB daadwerkelijk invulling aan de door de minister in 2004 aangekondigde maatregelen en wat is het effect van het CIB op de destijds geconstateerde knelpunten?

Onderzocht dient te worden of de opdracht aan het CIB goed aansluit bij de in 2004 geïdentificeerde knelpunten, of het CIB hier op adequate wijze invulling aan geeft en of het CIB een positief effect heeft op de knelpunten.

2. Hoe wordt vanuit het veld / de praktijk aangekeken tegen het CIB? Met andere woorden voldoet het CIB aan de behoeftes van zijn klanten (= opdrachtgevers, opdrachtnemers, veldpartijen)?

Bij de oprichting van het CIB hebben veldpartijen in een startbijeenkomst hun behoeftes met betrekking tot een nieuwe regievoerende organisatie als het CIB aangegeven. De vraag is in hoeverre het CIB aan de verwachtingen en behoeftes van dat veld voldoet. Hierbij dient ook de wijze waarop het CIB zijn taak heeft opgevat te worden geëvalueerd.

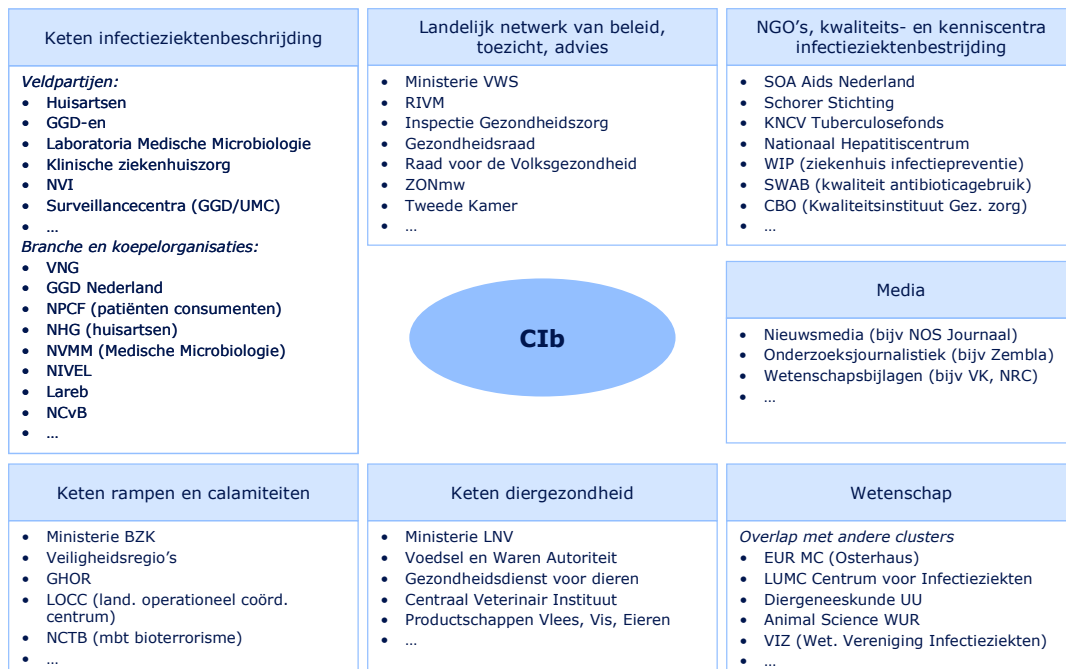
Datgene wat niet in deze beleidsevaluatie wordt meegenomen is de evaluatie van hetgeen op lokaal niveau is gebeurd om de knelpunten uit 2004 op te lossen. Dit onderdeel zal in 2009 als apart onderzoek worden uitgevoerd door de IGZ. Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Directeur Generaal Volksgezondheid van het ministerie van VWS. Operationeel opdrachtgeverschap is ingevuld door een vertegenwoordiging van het cluster infectieziekten van de directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS.

#### **3.2 ONDERZOEKSMETHODOLOGIE**

##### **Splitsing evaluatieonderzoek en krachtenveld analyse**

Om op adequate wijze antwoord te kunnen geven op de twee onderzoeksvragen heeft Boer & Croon het onderzoek gesplitst in twee delen. Het eerste deel betreft het daadwerkelijke evaluatieonderzoek waarin een gewogen oordeel over het functioneren van het CIB wordt ontwikkeld. Het tweede deel betreft het in kaart brengen van de meningsvorming onder veldpartijen over het functioneren van het CIB. Boer & Croon hanteert hiervoor een zgn. krachtenveld analyse, waarin systematisch de beeldvorming binnen verschillende groepen van belanghebbenden wordt geïnventariseerd.

Een globaal overzicht van het krachtenveld op basis waarvan de analyse is uitgevoerd is weergegeven in Figuur 2.



Noot: Overzicht is niet uitputtend

**Figuur 2 Krachtenveld van het CIb (illustratief)**

### Ontwikkeling beoordelingskader

Om het presteren van het CIb vast te stellen en de effecten op geconstateerde knelpunten te beoordelen is een beoordelingskader nodig. Allereerst is het van belang om vast te stellen dat er geen kwantitatief en objectief meetbare prestatiecriteria of doelstellingen zijn geformuleerd bij de oprichting van het CIb op basis waarvan de prestaties kunnen worden geëvalueerd. Echter, in de beleidsbrieven en planvorming bij de oprichting van het CIb wordt op kwalitatieve wijze ingegaan op gewenste effecten en uitkomsten. Tevens heeft het CIb in zijn strategisch beleidsplan in algemene termen doelstellingen geformuleerd.

Boer & Croon heeft op basis van de oprichtingsdocumentatie een toetsingskader ontwikkeld waarin een set van relevante evaluatiecriteria zijn opgenomen. Het volledige toetsingskader wordt beschreven in bijlage C. Al het primaire en secundaire onderzoek is erop gericht geweest een zo compleet mogelijk beeld te schetsen om tot een oordeel te komen op deze evaluatiecriteria. De evaluatiecriteria zijn kwalitatief van aard, door het ontbreken van vooraf geformuleerde criteria heeft Boer & Croon ervoor gekozen geen kwantitatieve normering te hanteren.

### Gebruikte methodologie voor informatievergaring

Om de inzichten te vergaren om tot een gewogen oordeel te kunnen komen op de vastgestelde evaluatiecriteria zijn de volgende methoden ingezet:

Literatuuronderzoek van alle relevante documentatie die inzicht verschaft in het functioneren van het CIb. Dit betreft beleidsdocumentatie, andere evaluatie-, onderzoek- en adviesrapporten, RIVM/CIb publicaties, Wet- en regelgeving en aanstuuringsdocumentatie.

Analyse van kentallen en prestatie-indicatoren, voor zover aanwezig. Dit betreft o.a. een analyse van input (budgetten, mankracht), output (publicaties, interactie, interventies) van het CIb, alsmede een selectie van outcome indicatoren (prevalentie van infectieziekten over tijd).

Diepte-interviews met een selectie van gesprekpartners intern (RIVM/CIb, Ministerie van VWS) en extern (selectie van betrokken veldpartijen). Een overzicht van geïnterviewden is te vinden in de bijlagen.

Enquête onder samenwerkingsrelaties. Gezien de beperkte reikwijdte van diepte-interviews is ervoor gekozen om onder twee doelgroepen een brede enquête uit te zetten om een representatieve inventarisatie van meningsvorming mogelijk te maken. Deze doelgroepen betroffen individuele GGD-en, alsmede de individuele subsidierelaties waarvoor het CIb de subsidietoekenning uitvoert. De resultaten van deze enquêtes zijn integraal meegenomen in de beoordeling op het toetsingskader en zijn tevens onbewerkt opgenomen in de bijlagen.

### Inzet van Werkgroepen

Twee werkgroepen hebben gefungeerd als klankbordgroepen waaraan Boer & Croon haar onderzoeksofzet en bevindingen kon toetsen. De samenstelling van de werkgroepen is tot stand gekomen in overleg met het ministerie van VWS en het CIb. Tijdens de bijeenkomsten hebben werkgroepleden kunnen bijdragen aan het beoordelen van het CIb op evaluatiecriteria. De werkgroepen zijn niet gevraagd een eigen oordeel uit te spreken over het functioneren van het CIb. Boer & Croon heeft de bijdrage integraal meegenomen in haar eigen oordeelsvorming. De werkgroepen dragen geen verantwoordelijkheid voor de resultaten van dit onderzoek.

De inzet van de werkgroep van Internationale experts<sup>5</sup> was erop gericht een internationaal perspectief te krijgen op de inrichting van infectieziektebestrijding in Nederland.

De inzet van een werkgroep van Nederlandse experts<sup>5</sup> was erop gericht de onderzoeksopzet en onderzoeksbevindingen van Boer & Croon te toetsen en draagvlak te creëren voor gesignaleerde knelpunten en aanbevelingen.

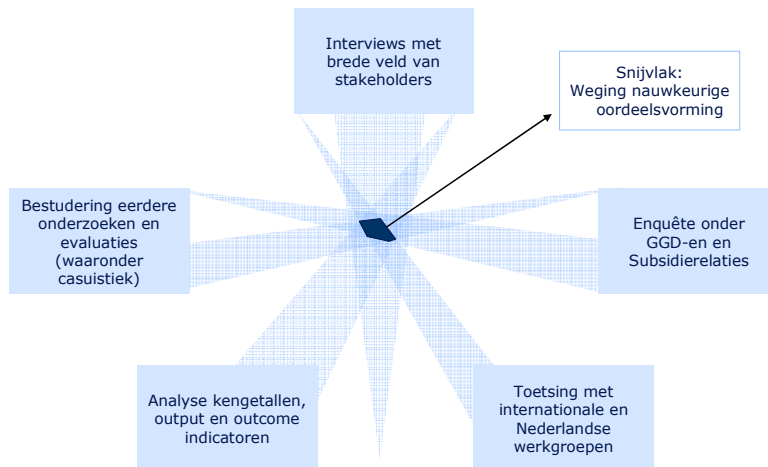
Beide werkgroepen zijn tweemaal bijeengekomen en hebben gelegenheid gehad een delegatie van het CIb te bevragen over het functioneren van het CIb.

### **Aggregatie en integratie van onderzoeksbevindingen**

Een oordeel op de individuele evaluatiecriteria is tot stand gekomen door de bevindingen uit verschillende invalshoeken af te wegen. De basisgedachte hierbij is dat door verschillende vormen van "bewijsvoering" en "waarheidsvinding" te combineren een afgewogen beeld kan worden gevormd, zoals conceptueel weergegeven in Figuur 3.

---

<sup>5</sup> Een overzicht van leden van de werkgroepen is te vinden in de bijlagen



**Figuur 3 Combineren van bronnen om te komen tot gewogen oordeelsvorming**

### **Kanttekeningen bij de methodologie**

- Door de gekozen onderzoeks aanpak is het beeld dat wordt geschetst kwalitatief van aard en intersubjectief. Daar waar meningen en beelden niet eenduidig zijn worden verschillende perspectieven zoveel mogelijk inzichtelijk gemaakt
- Infectieziektebestrijding is een dynamisch veld. Gedurende de uitvoering van dit onderzoek hebben zich significante ontwikkelingen en uitbraken voorgedaan, met name de uitvoering van de HPV vaccinatie, de uitbraak van de Mexicaanse Griep en de voortzetting van de Q-koorts uitbraak. Boer & Croon heeft ervoor gekozen geen oordeel uit te spreken over het optreden van het CIB in deze casuïstiek en aangezien hier afzonderlijke evaluaties over zullen plaatsvinden zodra de ontwikkelingen zich volledig hebben voltrokken. Echter, de lessons learned in algemene zin op deze casuïstiek tot nu toe worden wel meegenomen.
- De beeldvorming en onderzoeksbevindingen zijn afhankelijk van de mix van partijen die bevestigd zijn. Boer & Croon heeft ernaar gestreefd een evenwichtige representatie van veldpartijen te verkrijgen. T.g.v. de keuze voor de inzet van het enquête-instrument onder GGD-en en Subsidierelaties is er vanuit deze doelgroepen een meer input materiaal beschikbaar. Er is echter naar gestreefd het overall-beeld zo evenwichtig mogelijk weer te geven.

## **4. CONTEXT: OPRICHTING VAN CIB 2004/2005**

### **4.1 SITUATIEANALYSE 2004**

In zijn beleidsbrief "Strategie infectieziektebestrijding"<sup>6</sup> maakte de minister van VWS een analyse van de situatie in 2004 op het gebied van infectieziektebestrijding. In deze brief wordt geconstateerd dat hoewel infectieziekten in de 20<sup>e</sup> eeuw succesvol zijn aangepakt, de risico's van infectieziekten weer toenemen. Er werden vijf knelpunten geïdentificeerd in het bestrijden van deze risico's:

- Onvoldoende kwaliteit, gelijke aanpak en capaciteit van de uitvoering van de infectieziektebestrijding
- Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de bestrijding zijn versnipperd over veel instanties zonder een helder aanspreekpunt
- Onvoldoende mogelijkheden om zowel in reguliere als in crisissituaties vanuit de landelijke overheid te beslissen over het beleid en de uitvoering
- Onvoldoende voorbereiding op rampen. Dat gold ook voor het maken van afspraken tussen infectieziektebestrijding en reguliere rampenbestrijding
- Onvoldoende internationale afspraken en coördinatie voor nieuwe dreigingen die vaker bovennationaal zijn

De behoefte werd geconstateerd voor een flexibele organisatie bij het bestrijden van infectieziekten die snel en goed moet kunnen omgaan met de nieuwe ontwikkelingen. In eerste instantie werd gerefereerd aan een Infectieziekteautoriteit (IZA) als een centraal orgaan dat zorg moest dragen voor inhoudelijke afstemming, sturing en ondersteuning van beroepsbeoefenaren binnen de infectieziektebestrijding, het bijeenbrengen van wetenschappelijke kennis en informatie, het beoordelen van deze informatie en het opstellen van protocollen voor inhoud en kwaliteit van de bestrijding. De IZA zou fungeren als een centraal aanspreekpunt.

Naast de behoefte voor een nieuw centraal orgaan werd verkend of er extra middelen nodig waren om de lokale diagnostiek en bestrijdingscapaciteit te verbeteren en of het noodzakelijk was om toenmalige wettelijke bevoegdheden aan te passen om meer sturing van de rijksoverheid mogelijk te maken.

### **4.2 GEÏNTEGREERD OVERHEIDSBELEID INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING**

In zijn beleidsbrief "Infectieziektebestrijding"<sup>6</sup> maakt de minister van VWS concreet beleid kenbaar om de infectieziektebestrijding te versterken. Er worden drie ontwikkelingen in gang gezet: 1) de oprichting van het CIB, 2) de versterking van het ministeriële gezag door wetgeving, 3) het beschikbaar stellen van extra gelden om bestrijdingscapaciteit te versterken.

#### **4.2.1 Oprichting CIB**

Het CIB is door de minister van VWS opgericht om een organisatie te creëren die zorgt dat afzonderlijke schakels in de infectieziektebestrijding, die autonoom goed functioneren, onderling ook hecht zijn verbonden. In de beleidsbrief wordt deze basisfunctie aangeduid met de term "ketenregisseur". Specifieke functies die het centrum zou moeten vervullen waren<sup>6</sup>:

- Bevorderen en bewaken van een landelijk dekkend netwerk van kwalitatief goede diagnostiek voor belangrijke infectieziekten, waarop GGD'en in gewone omstandigheden een beroep kunnen doen.

<sup>6</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stukken [D-BriefVWS 2004i] en [D-BriefVWS 2004ii]

- Het bieden van extra ondersteuning aan GGD-en in tijden van crisis, bijvoorbeeld met diagnostiek en met het tijdelijk beschikbaar stellen van ervaren mensen.
- Het bewaken en zorgdragen dat signaleringen van uitbraken ook altijd leiden tot de juiste maatregelen en bestrijdingsacties.
- Het functioneren als duidelijk landelijk aanspreekpunt voor de WHO en de EU.
- Het actief ondersteunen van beroepsgroepen in de publieke gezondheidszorg met het invoeren en gebruiken van richtlijnen.
- Het ontwikkelen van draaiboeken en bewaken dat er door betrokkenen goed mee geoefend wordt.
- In tijden van crisis inhoudelijk leiding geven aan de bestrijding, in opdracht van de minister van VWS.
- Coördinatie en centrale aansturing van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) .

Het Centrum voor infectieziekten diende een sterk wetenschappelijk fundament te ontwikkelen door zelf onderzoek te doen en door te werken op basis van wetenschappelijke methoden. Hierbij werd verlangd dat het centrum de universitaire onderzoekscentra, professionals en andere organisaties in de infectieziektebestrijding bij zijn activiteiten zou betrekken.

Het beoogde centrum werd gekarakteriseerd als:

*"De professionele schakel tussen praktijk, wetenschap en beleid: het verzamelt informatie, «vertaalt» die en geeft die (nationaal en internationaal) door. Het RIVM heeft al veel deskundigheid op het gebied van onderzoek en diagnostiek, medische microbiologie, surveillance (bewaking) en ondersteuning bij het bestrijden van epidemieën. Deze wordt in het centrum (opnieuw geordend en) gebundeld tezamen met nieuwe taken en taken die nu elders worden uitgevoerd."*

De uitkomsten die met het oprichten van het CIb werden beoogd waren ondermeer:

- Het verminderen van de incidentie en prevalentie van ziekten en sterfte ten gevolge van infectieuze agentia
- Effectieve preventie door middel van vaccinatie (RVP)
- Een goed functionerende alert- en monitor functie
- Snelle respons op dreigingen, 24x7
- Goed gecoördineerde bestrijding van uitbraken
- Goede aansluiting op internationale bestrijdingsinstituten (WHO, ECDC)
- Deze uitkomsten realiserend complementair aan lokale activiteiten

Bij de oprichting van het CIb zijn feitelijk reeds bestaande eenheden bij elkaar gebracht binnen het centrum. Het bureau Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektebestrijding (LCI) was in 1995 opgericht en vormde ten tijde van het ontstaan van het CIb onderdeel uit van GGD-Nederland. De overige eenheden bestonden reeds binnen het RIVM: Het centrum voor Infectieziekten Epidemiologie (CIE), het laboratorium voor Infectieziektediagnostiek en Screening (LIS), het laboratorium voor de Toetsing van het Rijksvaccinatieprogramma (LTR) en het microbiologisch Laboratorium voor Gezondheidsbescherming (MGB). In hoofdstuk 6 wordt nader ingegaan op de huidige organisatiestructuur van het CIb.

#### 4.2.2 Ministerieel gezag en aanpassing wetgeving

De minister van VWS is het centrale bestuurlijke gezag voor de infectieziektebestrijding. Lokaal hebben burgemeester en gemeenteraad het gezag. Er werd in 2004 de noodzaak gezien van meer centrale leiding, vooral bij een (dreigende) epidemie waarvan de bestrijding de capaciteit van de regio overschrijdt. Op basis van de wetgeving van destijds<sup>7</sup> kon de minister de gemeenteraad respectievelijk de burgemeester maar in beperkte mate een aanwijzing geven, hetgeen het moeilijk maakte om op centraal niveau verantwoordelijkheid te nemen voor een goed functionerende keten van infectieziektebestrijding. Een breed samengestelde werkgroep heeft destijds voorstellen gedaan om de ministeriële bevoegdheden op dat punt te vergroten. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van de Wet Publieke Gezondheid (WPG), welke eind 2008 in werking is getreden en de WCPV, Infectieziektenwet en Quarantainewet vervangt. De WPG wordt op hoofdlijnen besproken in paragraaf 5.3.

#### 4.2.3 Versterken lokale uitvoering infectieziektebestrijding

Een derde peiler van het beleid zoals in 2004 ingezet<sup>8</sup> betreft de versterking van lokale uitvoering infectieziektebestrijding volgens het VISI<sup>9</sup> programma. Hiervoor heeft het rijk een stimuleringsbijdrage ter beschikking gesteld waarmee GGD-en in staat worden gesteld infectieziektenartsen aan te nemen, kwaliteit van de uitvoering te verhogen en onderzoek uit te voeren. Daarnaast werden middelen beschikbaar gesteld om de diagnostiek capaciteit in Nederland te versterken.

---

<sup>7</sup> Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Infectieziektenwet

<sup>8</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [D-BriefVWS 2004ii]

<sup>9</sup> Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding



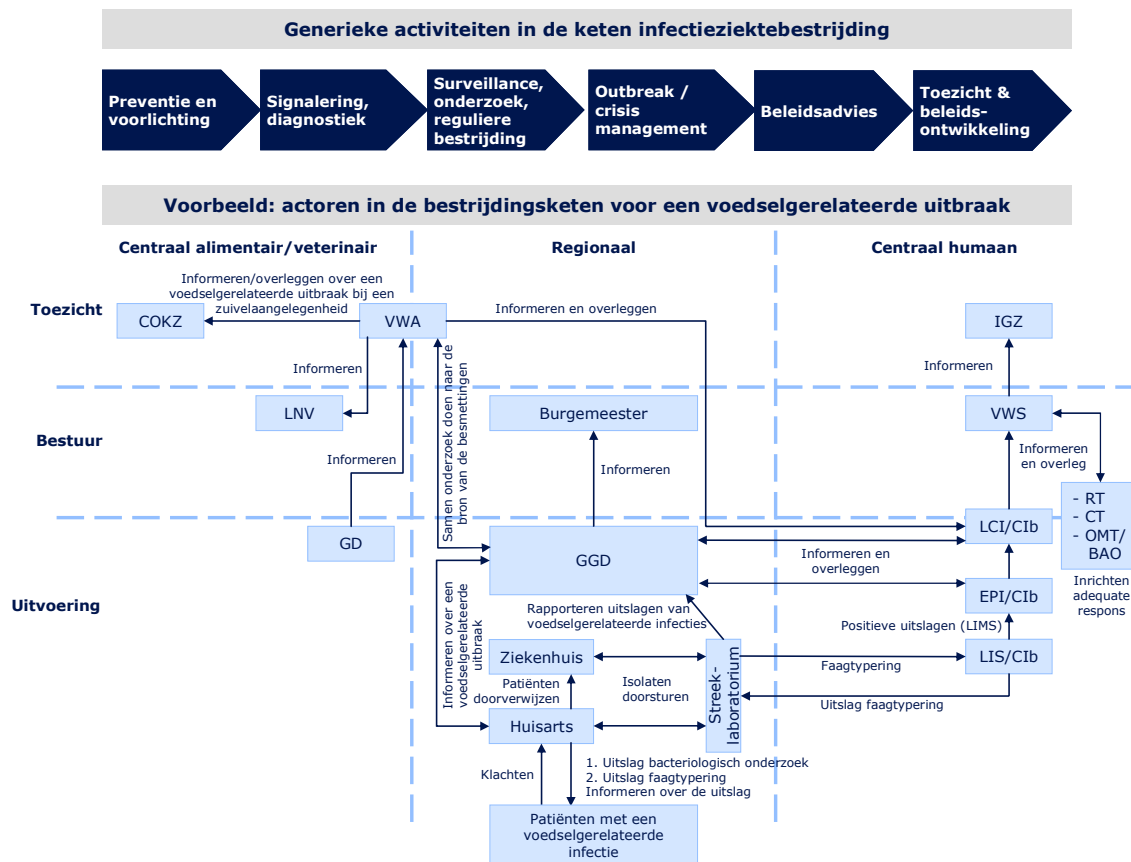
## 5. BESTRIJDINGSSTRUCTUUR INFECTIEZIEKTEN OP HOOFDLIJNEN

De noemer 'infectieziektebestrijding' omvat een scala aan activiteiten, die elk hun eigen aanpak en organisatie kennen. Het Nederlandse systeem voor infectieziektebestrijding ("het systeem") vormt een overkoepelende structuur waarin al deze zaken op een logische manier bij elkaar komen en samenhangen. Op hoofdlijnen ziet de structuur van het Nederlandse systeem voor infectieziektebestrijding als volgt uit:

- De landelijke overheid creëert randvoorwaarden om preventie en bestrijding van infectieziekten mogelijk te maken.
- De uitvoering van de bestrijding is in handen van de GGD'en, onder verantwoordelijkheid van gemeenten.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een toetsende rol.
- Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb), onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), heeft een centrale, coördinerende rol in preventie, signalering en bestrijding van infectieziekten. Het CIb voert bovendien de regie in geval van crises.

### 5.1 KETEN INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING

Met de term "Keten Infectieziektebestrijding" wordt het geheel aan activiteiten, processen en uitvoerende partijen bedoeld dat invulling geeft aan infectieziektebestrijding. Generieke activiteiten in deze keten zijn weergegeven in Figuur 4.



**Figuur 4: Generieke en specifieke actoren en activiteiten in de infectieziektebestrijding<sup>10</sup>**

<sup>10</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [A-EvalSalm 2008]

Iedere actor in de infectieziektebestrijding is actief op één of meerdere schakels van deze keten. In de praktijk is er sprake van vele "Ketens infectieziektebestrijding"; de combinatie van actoren en de functie die zij vervullen kan verschillen per type dreiging of ziekte. Een voorbeeld van de verhouding tussen verschillende actoren in een voedselgerelateerde dreiging is weergegeven in Figuur 4. Hierin worden verantwoordelijkheden onderscheiden op de verticale as (Toezicht, Bestuur, Uitvoering) en een onderscheid in centrale en lokale activiteiten gemaakt op de horizontale as.

## **Preventie**

Er bestaat een groot aantal maatregelen ter preventie van infectieziekten. Zo is er een uitgebreid systeem van gezondheidsbescherming dat de kwaliteit van het drinkwater, zwemwater en voedsel waarborgt. Daarnaast bestaan regels voor bijvoorbeeld de arbeidssituatie, woningen, zorginstellingen en kinderdagverblijven. Ook bestaan er diverse landelijke programma's die doelgroepen met een verhoogd risico op bepaalde infectieziekten systematisch screenen en inenten, zoals het RVP. Er zijn vele organisaties actief op het gebied van voorlichtings- en uitvoeringsprogramma's gericht op gedragsbeïnvloeding ter voorkoming van voor de volksgezondheid relevante infectieziekten.

## **Artsen eerste schakel**

De kern van infectieziektebestrijding bevindt zich in de uitvoering op lokaal/regionaal niveau. Huisartsen, artsen werkzaam in het ziekenhuis en artsen in zorginstellingen (zoals verzorgings- en verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten) zijn de eerste belangrijke schakel in de bestrijding van infectieziekten. Zij zijn degenen die bij de patiënt een infectieziekte vaststellen en behandelen. Wanneer de arts een infectieziekte vermoedt maar de ziekteverwekker nader wil vaststellen, kan de arts patiëntenmateriaal (bijvoorbeeld bloed, ontlasting, speeksel, huidschraapsels) afnemen voor onderzoek in een medisch microbiologisch laboratorium (MML).

## **GGD-en**

De behandelend arts of de arts-microbioloog meldt de ziekte bij de GGD wanneer de infectieziekte door het laboratorium bevestigd is en meldingsplichtig is volgens de WPG. Naar aanleiding van een melding kan de GGD bron- en contactonderzoek verrichten. Er wordt dan gezocht naar de besmettingsbron van de infectieziekte en naar mogelijke besmette contacten van de zieke.

## **Bestrijding door samenwerking**

De GGD verricht het bron- en contactonderzoek vaak samen met andere partijen, afhankelijk van de aard van de gemelde infectie. Bij mens-op-mens overdracht werkt de GGD samen met individuele zorgverleners. Bij een ziekte die overgedragen kan worden door dieren of voedsel, is er samenwerking met de Voedsel en Warenautoriteit (VWA) essentieel. De VWA kan bij gevaar voor de volksgezondheid ook maatregelen afdwingen. Bij blootstelling in het milieu (zoals bij oppervlaktewater) werkt de GGD samen met de provincie en het Ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) en de VROM-inspectie. Bij blootstelling door het werk is er samenwerking met bedrijfsartsen, bedrijfshygiënisten, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Arbeidsinspectie.

## **OMT/BAO**

Het CIb zorgt ervoor dat signaleringen van uitbraken altijd leiden tot de juiste maatregelen op het juiste niveau en coördineert de bestrijding. Het CIb doet dat

op basis van de geldende richtlijnen. Wanneer er geen richtlijnen voorhanden zijn en een uitbraak tot een landelijke dreiging of crisis kan leiden, kan de directeur van het CIB een multidisciplinaire groep deskundigen bijeenroepen: het Outbreak Management Team (OMT), waarvan het CIB de voorzitter is. Het OMT bestaat uit een kleine groep van vaste leden. Aanvullende inhoudsdeskundigen kunnen worden gevraagd deel te nemen afhankelijk van de specifieke dreiging. Het OMT kan behalve door de directeur van het CIB door ieder van de vaste leden bijeen worden geroepen. De taak van het OMT is om de minister van VWS professioneel advies te geven over de aanpak van de infectieziektebestrijding. Het CIB adviseert de minister niet direct, maar via het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) dat per keer in aansluiting op het OMT georganiseerd wordt.



**Figuur 5 Crisismanagementstructuur ten tijden van een uitbraak (Bron: Ministerie van VWS)**

De taak van het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg<sup>11</sup> is de adviezen van het OMT te toetsen op bestuurlijk afstemming, haalbaarheid en uitvoerbaarheid en de minister van VWS hierover te informeren. Het BAO draagt zorg voor de uitvoering van de adviezen. Het BAO wordt voorgezeten door de Directeur-Generaal Volksgezondheid. Verder nemen zitting in het BAO de directeur van het CIB en vertegenwoordigers van de directie Publieke Gezondheid van het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Raad van coördinerende GHOR burgemeesters, GGD-Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Als er aanleiding toe is kan het BAO worden uitgebreid, bijvoorbeeld met vertegenwoordigers van de Voedsel en Waren Autoriteit.

Het OMT en BAO zijn primair overlegstructuren van het ministerie van VWS. Als er andere ministeries (zoals het ministerie van LNV, BZK, SZW), betrokken zijn bij de problematiek en/of verder met de uitkomsten aan de slag moeten, dan wordt hiervoor een interdepartementaal beleidsteam (IBT) geformeerd. De adviezen worden inhoudelijk opgesteld door OMT, BAO en IBT. De departementen zijn vervolgens zelf verantwoordelijk voor de verspreiding van deze adviezen.

### **Positie CIB ten opzichte van Rijksoverheid**

In het overheidsbeleid is ervoor gekozen om het CIB een centrale rol te geven om de minister van VWS te ondersteunen bij het nemen van maatregelen bij (dreigende) infectieziekte-uitbraken en inhoudelijk leiding te geven bij het bestrijden van landelijke crises. Daarbuiten ondersteunt het centrum inhoudelijk

<sup>11</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [D-MinRegBAO 2004]

bij rijksbeleid voor preventie en bestrijding van infectieziekten. De structuur is afgeleid van de opzet in de Verenigde Staten waar het Center for Infectious Diseases deel uitmaakt van het CDC en sluit aan bij de versterking van de structuur op Europees niveau met de instelling van het ECDC.

## **5.2 GERELATEERDE DOMEINEN**

### **Veterinaire gezondheid**

Het domein van veterinaire gezondheid is groot en beslaat vele partijen in de voedselproductie, diergeneeskunde en veterinaire kennis/onderzoeksinstituten. De VWA draagt verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de totale keten van voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong. Infecties door voedseloverdraagbare en contactoverdraagbare zoönotische agentia maken daar deel van uit. De beleidsverantwoordelijkheid voor het werk van de VWA ligt bij het Ministerie van LNV, directie Voedselkwaliteit en Diergezondheid, en bij VWS, directie Voeding, Gezondheidsvescherming en Preventie (VGP).

### **Keten rampen en calamiteiten**

Ten behoeve van aansluiting op rampenbestrijding stemt het CIb tijdens crisissituaties af met de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). De GOR zorgt voor de samenhang tussen de infectieziektebestrijding en de openbare orde en veiligheid. De Regionaal Geneeskundig Functionaris is het scharnierpunt tussen de infectieziektestructuur bij de GGD'en, de gezondheidszorg en de rampenbeheersing. Andere partijen in dit domein zijn o.a. het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de veiligheidsregio's en het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum.

### **Werknemersgezondheid**

Op het gebied van werkgerelateerde ziekten werkt het CIb samen met Arbodiensten en het Ministerie van SZW. Dit betreft ondermeer het melden van signalen en relevante informatie, het aanvullen van richtlijnenbundel met arbeidsgerelateerde informatie en het ontwikkelen van surveillancesystemen arbeidsgerelateerde infectieziekten.

### **Huisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu**

Dit domein richt zich op gezondheidsbevordering vanuit het perspectief van ruimtelijke ordening en wonen. Thema's betreffen ondermeer Voedsel: contaminanten (dioxines/metalen), Drinkwater: micro-organismen/chemisch, Lucht: SMOG/verkeer/industrie, Binnenlucht: buiten/activiteiten/inrichting, Opp. Water: recreatie (micro-organismen), Hinder door o.a. geluid, trillingen, stank, Externe veiligheid Incidentenmanagement. VROM-Inspectie is hierin een belangrijke samenwerkingspartner voor het CIb.

## **5.3 WET PUBLIEKE GEZONDHEID (WPG)**

In december 2008 is de Wet publieke gezondheid (hierna: WPG) van kracht geworden ter vervanging van drie voormalige wetten (Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) uit 1992, de Infectieziektenwet uit 1998, en de Quarantainewet uit 1963). De WPG is ontwikkeld om de internationale gezondheidsregeling van de WHO te implementeren en een einde te maken aan de versnippering van de infectieziektereggeving en de deels achterhaalde inhoud ervan omdat deze een adequate bestrijding van een infectieziektecrisis in de weg stonden.

Bij een uitbraak van een infectieziekte is de taakverdeling als volgt geregeld:

- Lokale uitbraak
  - Beleidsverantwoordelijk: burgemeester/gemeente
  - Uitvoeringsverantwoordelijk: GGD o.l.v. burgemeester/gemeente
  - > Burgemeester/gemeente is verantwoordelijk voor beleid en uitvoering
- (Inter)nationale uitbraak
  - Beleidsverantwoordelijk: Minister van VWS
  - Uitvoeringsverantwoordelijk: GGD o.l.v. burgemeester/gemeente
  - > Burgemeester/gemeente is alleen verantwoordelijk voor uitvoering

De publieke organen die een medische rol spelen bij een uitbraak zijn:

- GGD-en (momenteel 29)
- GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen , momenteel 25)

De private organen die een medische rol spelen bij een uitbraak zijn ondermeer:

- Trauma centra / Mobiele Medische Teams (MMT)
- Ziekenhuizen
- Ambulances
- Huisartsen
- Geestelijke gezondheidsinstellingen
- Nederlandse Rode Kruis

De belangrijkste kenmerken van de WPG zijn:

- Het systeem van indeling in groepen van infectieziekten blijft gehandhaafd. Deze indeling in groepen heeft betrekking op zowel de meldingsplichten als de maatregelen die aan burgers kunnen worden opgelegd.
- De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de infectieziektebestrijding blijft onaangetast, maar er wordt wel meer centrale aansturing geregeld. In de WPG wordt uitgegaan van een voortzetting van de uitvoeringsverantwoordelijkheid van de gemeenten bij de infectieziektebestrijding. De burgemeester behoudt in principe de uitvoerende macht. Daarnaast wordt er een taak toegevoegd voor de Minister van VWS om een geharmoniseerde aanpak mogelijk te maken in bepaalde nader omschreven situaties. Het moet dan gaan om zeer ernstige infectieziekten of om de aanbevelingen van de WHO, specifiek:
  - Als en wanneer er een dreiging van categorie A ziekte plaatsvindt
  - Bij een (dreigende) uitbraak met internationale implicaties
  - Als de burgemeester de Minister van VWS verzoekt om de leiding/coördinatie over een uitbraak over te nemen
- Er is een lijst van meldingsplichtige ziektes (momenteel 42), SOA's inclusief HIV zijn niet meldingsplichtig, met uitzondering van Hepatitis. Artsen en laboratoria zijn wettelijk verplicht om binnen 24 uur te melden aan de GGD. Het systeem van indeling van ziekten in groepen A, B en C blijft gehandhaafd. De grondslag voor de indeling is echter gewijzigd en wordt nu primair gevonden in de mate waarin dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden:
  - A: Gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, gedwongen quarantaine (inclusief medisch toezicht), verbod van beroepsuitoefening
  - B1: Gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, verbod van beroepsuitoefening
  - B2: Verbod van beroepsuitoefening
  - C: Dwingende maatregelen kunnen niet opgelegd worden. Maar melding en persoonsgegevens zijn nodig om de inzet van vrijwillige/te adviseren

maatregelen rondom de patiënt of anderen in de gemeenschap mogelijk te maken

De groepen A, B1 en B2 zijn opgenomen in de Wet publieke gezondheid.

Groep C wordt vastgesteld bij Algemene Maatregel van Bestuur (opgenomen in het Besluit publieke gezondheid), om deze lijst bij nieuw wetenschappelijk inzicht gemakkelijker te kunnen wijzigen

- In het geval van een infectieziekte die de publieke gezondheid bedreigt maar waarvan geen diagnose kan worden gesteld is er onmiddellijke meldingsplicht en wordt de dreiging als categorie A behandeld totdat er bewijs is om de ernst anders aan te merken
- Gezagvoerders van schepen en vliegtuigen zijn verplicht een verdenking van het voorkomen van infectieziekten te melden aan de gezondheidsautoriteit van de aankomsthaven die dit doorgeeft aan de lokale GGD. De GGD meldt dit aan de burgemeester en het RIVM/CIb
- Namen van patiënten zijn alleen bekend bij de GGD-en. Centrale melding aan het nationale meldpunt gebeurt op anonieme basis, de standaard informatie die een GGD mag verzamelen is bij wet beperkt
- Voorziene vrijheidsbeperkende maatregelen zijn werkverbod, desinfecteren, destructie van goederen of vectoren, sluiting van gebouwen. In het geval van verplichte diagnose, isolatie, quarantaine en medische supervisie krijgt de betrokkene juridische bijstand. Quarantaine is alleen mogelijk voor Categorie A ziekten en wordt gereguleerd door de minister van VWS
- In geval van schaarste van levensreddende medicatie of apparatuur beslist de minister van VWS over de prioriteitsstelling van bevolkingsgroepen
- Het niet naleven van de meldingsplicht of vrijheidsbeperkende maatregelen zijn strafbaar

### **Relatie tot wetgeving i.h.k.v. rampenbestrijding en veiligheid**

Een IZ uitbraak kan ernstige implicaties hebben voor het maatschappelijk leven. De minister van VWS is in deze situaties verantwoordelijk voor de inhoud van het nationaal aangestuurd bestrijdingsbeleid, maar dient zijn optreden interdepartementaal

goed af te stemmen, met name met de minister van BZK. Indien benodigde maatregelen zeer ingrijpend zijn kan de minister van VWS aan de minister van BZK verzoeken de algemene coördinatie over te nemen.

Gedurende de periode waarin een uitbraak zich ontwikkeld vindt interdepartementale coördinatie plaats conform het [nationaal handboek crisisbesluitvorming](#), waarbij de Minister van VWS zorg blijft dragen voor deskundige inhoudelijke advisering voor het te voeren beleid. De afstemming met de andere departementen loopt via de geldende interdepartementale procedures.

Wet veiligheidsregio's (WVR) – Dit wetsvoorstel beoogt onder meer om de rampenbestrijding en de crisisbeheersing op regionaal niveau te integreren. De WVR is in april 2009 aanvaard door de Tweede Kamer en ligt momenteel ter beoordeling bij de Eerste Kamer. De WVR vervangt de Brandweerwet, de Wet rampen en zware ongevallen en de Wet GHOR en brengt de brandweezorg, de zorg voor rampenbestrijding en crisisbeheersing (inclusief GHOR) en de advisering over risicobeleid onder bij veiligheidsregio's.

De bevoegdheden om op te treden bij een infectieziektecrisis zijn in handen van de burgemeester. Deze is in die situatie ook bevoegd om op te treden ter handhaving van de openbare orde op grond van de gemeentewet. Eén

bestuursorgaan, de burgemeester dus, kan bij een infectieziektecrisis zowel de specifieke maatregelen voor de infectieziektebestrijding als de maatregelen ter handhaving van de openbare orde uitoefenen.

Het is van belang dat er bij de bestrijding van een infectieziektecrisis nauwe samenwerking is tussen de GGD-en en de ingestelde regionaal geneeskundig functionarissen en ondersteunende GHOR-organisaties (op grond van de WVR, waarbij de functie van regionaal geneeskundig functionaris wordt vervangen door die van directeur GHOR). De WVR voorziet al in een waarborg voor die samenwerking doordat daarin staat bepaald dat de directeur GHOR deel uitmaakt van de directie van de GGD.

## 6. ORGANISATIE-INRICHTING EN ACTIVITEITEN CIB

### 6.1 CIB MISSIE, TAKENPAKKET EN STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN

Met de vorming van het Centrum Infectieziektebestrijding werd de expertise met betrekking tot diagnostiek, bestrijding, surveillance en epidemiologisch onderzoek bij infectieziekten binnen het RIVM geconcentreerd. Daarnaast zijn de landelijke advisering bij crisissituaties (OMT), landelijke implementatie van de adviezen en de coördinatie van de landelijke bestrijding nieuwe taken geworden van het CIB-RIVM.

De missie van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIB) van het RIVM is signalering, bestrijding en preventie van infectieziekten ten behoeve van de volksgezondheid in Nederland. Afgeleid van deze missie heeft het CIB de volgende hoofdtaken:

- A. Inzicht verkrijgen in de infectieziekten door het uitvoeren van diagnostiek, surveillance en wetenschappelijk onderzoek.
- B. Landelijk uniformeren van preventie, versterken van waakzaamheid en snelle reactie bij mogelijke uitbraken door coördinatie van de infectieziektebestrijding en internationale samenwerking en door regie op de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma.
- C. Bevorderen van effectieve infectieziektebestrijding en –preventie door het adviseren van professionals en ministeries, het verlenen van subsidies en het geven van voorlichting aan het publiek.

Naast de taken gericht op de infectieziektebestrijding is het CIB verantwoordelijk voor de dagelijkse uitvoering van landelijke screeningsprogramma's voor zwangeren en pasgeborenen en fungeert het CIB als referentielaboratorium voor die programma's.

#### CIB strategische doelen

In het strategisch beleidsplan<sup>12</sup> heeft het CIB negen strategische doelen geformuleerd. Deze zijn samengevat in Figuur 6.

Hoofdtaken	Strategische Doelen
A. Inzicht verkrijgen in de infectieziekten door het uitvoeren van diagnostiek, surveillance en wetenschappelijk onderzoek	<b>1. Diagnostiek, surveillance, vroege signalering</b> – Realiseren van een landelijk dekkend netwerk van goede laboratoria die diagnostiek aanbieden, in het bijzonder ook beschikbaar voor GGD'en, en zorgen voor een representatief netwerk voor surveillance van infectieziekten
B. Landelijk uniformeren van preventie, versterken van waakzaamheid en snelle reactie bij mogelijke uitbraken door coördinatie, regie en internationale samenwerking	<b>2. Wetenschap</b> – Stimuleren van een nationaal onderzoeksprogramma infectieziekten, waarin een optimale aansluiting van onderzoek en praktijk wordt gerealiseerd
	<b>3. Ketenregie</b> – Realiseren van een goed samenwerkende keten van professionals en organisaties op landelijk en lokaal/regionaal niveau
C. Bevorderen van effectieve infectieziektebestrijding en –preventie door het adviseren van professionals en ministeries, het verlenen van subsidies en het geven van voorlichting aan het publiek	<b>4. Ondersteuning kwaliteit en innovatie</b> – Bevorderen van de totstandkoming van richtlijnen op het terrein van de infectieziektebestrijding (professioneel handelen, uniform, evidence-based)
	<b>5. Outbreakmanagement/crisisbeheersing</b> – Realiseren van samenwerkingsafspraken om goed te kunnen omgaan met grote dreigingen en uitbraken
	<b>6. Preventie</b> – Het door middel van vaccinaties, screenings, en gedragsbeïnvloeding voorkomen van infectieziekten en de complicaties hiervan.
	<b>7. Internationale zaken</b> – Zorgen voor een optimale aansluiting en samenwerking tussen de nationale en internationale infectieziektebestrijding
	<b>8. Beleidsevaluatie en –advisering</b> – Het bevorderen dat kennis en overwegingen uit praktijk en wetenschap in bestuurlijke besluitvorming op het gebied van de infectieziektebestrijding optimaal benut worden
	<b>9. Communicatie</b> – Realiseren van een heldere, wetenschappelijk onderbouwde en actuele voorlichting op het gebied van de infectieziektebestrijding aan professionele beroepsgroepen en de burger/bevolking

Bron: Strategisch beleidsplan 2005-2009, CIB, Augustus 2005

**Figuur 6 Strategische doelstellingen CIB**

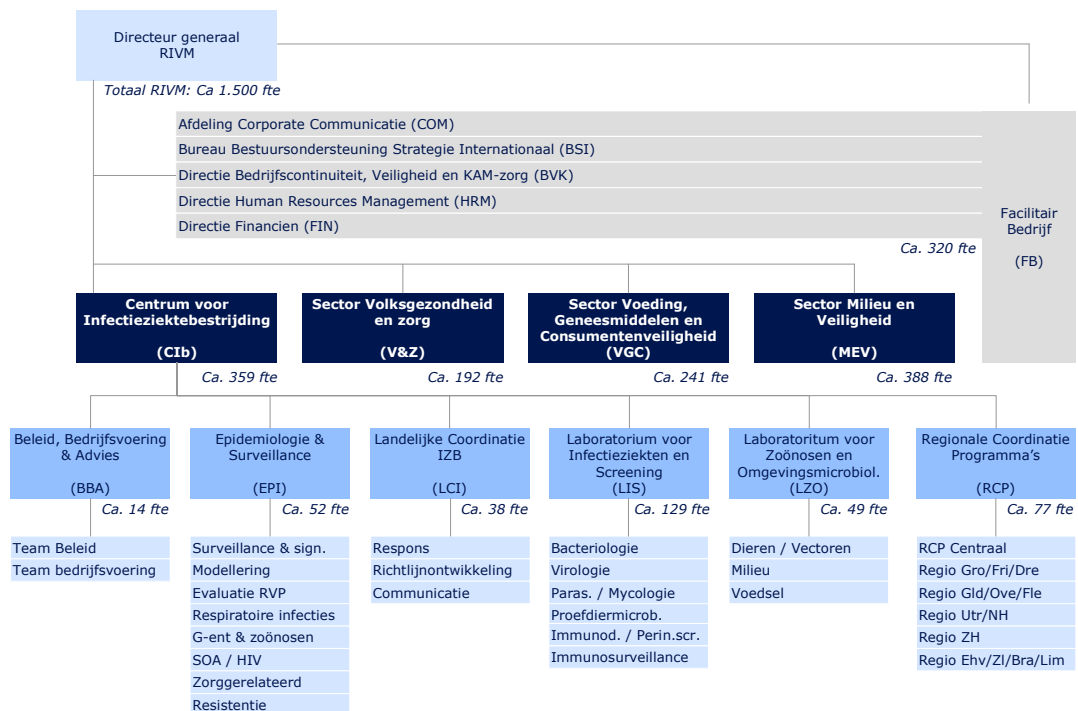
<sup>12</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [B-StratPlan 2005]



## 6.2 CIB STRUCTUUR EN AFDELINGEN

Het CIB is vormgegeven als een autonome afdeling naast drie sectorafdelingen binnen het RIVM, zie Figuur 7.

De directeur van het CIB rapporteert aan de DG-RIVM die op zijn beurt verantwoording aflegt aan de Minister van VWS. Opzet en governance van het RIVM is geregeld in de Wet RIVM. Formeel RIVM-breed toezicht vindt plaats door middel van een Commissie van Toezicht. Het CIB heeft zelf een adviescommissie in het leven geroepen. Deze wordt ingesteld door de directeur van het CIB en komt 2x per jaar bijeen. De adviescommissie heeft als functie om het CIB bij te staan met raad & daad op strategische onderwerpen. Zij beoordeelt en commentarieert het werkplan van het komend jaar en het jaarverslag van het afgelopen jaar.



Bron: RIVM website, "RIVM van de toekomst, een houtkoolschets"  
 Noot: Fte representeert referentiebezetting op 31-8-2009

**Figuur 7 Organisatiestructuur CIB. Bron: RIVM**

Ca. 105 fte van het CIB (ca. 30%) worden aangemerkt als onderzoeker, daarnaast zijn er 25 aio's. De structuur van het CIB bestaat uit vijf afdelingen die hieronder beschreven worden. In het kader van dit evaluatieonderzoek hebben de afdelingen factsheets opgesteld waarin wordt ingegaan op hun ontwikkelingsprioriteiten. Deze factsheets zijn te vinden in de bijlagen.

### 6.2.1 BBA

#### Kernactiviteiten

BBA houdt zich bezig met beleidsontwikkeling op het gebied van infectieziektebestrijding en de bedrijfsvoering van het CIB.

Taken

- Stimuleren van nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot de infrastructuur en organisatie van de infectieziektebestrijding.
- Ondersteunen van de bedrijfsvoering van lijnmanagement en projectleiders op het gebied van financiën, contractvorming, informatiebeleid en kwaliteit-, Arbo- en milieuzorg.
- Onderzoeks- en accountmanagement: zorgdragen voor een strategisch onderzoeksbeleid en goede programmering en verantwoording voor opdrachtgevers.
- Uitvoering van en advisering over subsidieregelingen.
- Internationale samenwerking.

6.2.2 EPI

Kernactiviteiten

Binnen het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) brengt Epidemiologie en Surveillance de stand van zaken met betrekking tot infectieziekten in kaart. Onderzocht wordt waar en hoe vaak infectieziekten voorkomen, welke bekende (en onbekende) risicofactoren daar een rol in kunnen spelen, welke interventies wel en niet effectief zijn en waarom dat zo zou kunnen zijn. EPI signaleert trends en onderzoekt signalen en uitbraken. Daarnaast onderzoekt EPI hoe en waarom ziektes zich verspreiden en wat het effect op verspreiding is van specifieke bestrijdingsmaatregelen. Dit alles draagt bij aan een evaluatie en zo nodig bijstelling van het bestrijdingsbeleid.

Taken

- Initiëren en stimuleren van onderzoek naar het optreden en de verspreiding van infectieziekten.
- Ondersteunen en adviseren bij onderzoek naar uitbraken van infectieziekten
- Ontwikkeling surveillancesystemen.
- Opgedane kennis delen en verspreiden, onder andere door publicatie van wetenschappelijke artikelen en RIVM-rapporten met onderzoeksresultaten op het gebied van epidemiologisch onderzoek naar infectieziekten.
- Contact onderhouden met andere Europese landen over surveillance en bestrijding van infectieziekten, en waar nuttig gezamenlijk vervolgonderzoek initiëren.
- Opleidingsplaats voor het European Programme for Intervention Epidemiology Training.

6.2.3 LCI

Kernactiviteiten

De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) is sterk gericht op communicatie met het werkveld. Infectieziektebestrijding is vooral het werk van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Dit onderdeel van het RIVM fungeert als kenniscentrum voor artsen en sociaalverpleegkundigen van de afdelingen Infectieziekten van GGD'en. Het LCI verzamelt de meest actuele informatie over de bestrijding van infectieziekten.

Taken

- Dagelijkse advisering aan professionals in het veld, met name aan GGD-artsen en -sociaal verpleegkundigen
- Crisismanagement tijdens een (dreigende) epidemie
- Opstellen van uniforme richtlijnen voor alle betrokkenen
- Vaststellen van communicatie- en informatiebeleid van het CIb

Ten behoeve van het ontwikkelen van richtlijnen heeft het LCI een uitvoeringsproces ingericht waarin deskundige partijen input kunnen leveren en conceptversies kunnen toetsen. Het LCI streeft ernaar wetenschappelijk onderbouwd te werk te gaan en dit zorgvuldig te toetsen op praktische haalbaarheid. In het ontwikkelproces hebben het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI), GGD-arts infectieziektebestrijding, promovendi, deskundige infectiologen/microbiologen een rol. Voor definitieve vaststelling worden de richtlijnen beoordeeld door de Permanente Beraadsgroep inzake Infectie en Immuniteit van de Gezondheidsraad.

#### 6.2.4 Laboratorium voor Infectieziekten en Screening (LIS)

##### Kernactiviteiten

Dit laboratorium van het RIVM stelt vast welke bacterie, virus of parasiet ten grondslag ligt aan bijzondere infectieziekten. Dit doet het LIS ten behoeve van patiëntenzorg en op aanvraag van artsen. Het RIVM typeert bacterie- en virusstammen in verband met de evaluatie van uitbraken. Het laboratorium ontwikkelt tevens sneldiagnostiek voor micro-organismen in verband met bioterrorisme. Ook participeert het in de uitvoering van landelijke screeningsprogramma's bij zwangeren en pasgeborenen. Tot slot vervult het LIS een coördinerende rol bij de organisatie van deze programma's.

##### Taken

- Patiëntgeoriënteerde en epidemiologische diagnostiek op het gebied van bacteriologie, virologie, parasitologie en mycologie.
- Surveillance en moleculaire epidemiologie van antibioticaresistentie.
- Toetsing van de effectiviteit van het Rijksvaccinatieprogramma.
- Immunestatusonderzoek voor pathogenen die in het Rijksvaccinatieprogramma zijn opgenomen.
- Monitoring van pathogeenpopulaties.
- Laboratoriumonderzoek voor bestaande en nieuwe landelijke screeningsprogramma's bij zwangeren en pasgeborenen.
- Screeningsdiagnostisch onderzoek bij proefdieren.

#### 6.2.5 Laboratorium voor Zoönosen en Omgevingsmicrobiologie (LZO)

##### Kernactiviteiten

Micro-organismen vanuit dieren, voedsel en het milieu kunnen een gevaar vormen voor mensen. Dit laboratorium van het RIVM richt zich op signalering, surveillance en risicoschatting van nieuwe en bestaande microbiële bedreigingen. Tevens komt LZO in actie bij uitbraken en calamiteiten in dit kader. LZO doet transmissie- en brononderzoek en het brengt integrale rapportages uit. Binnen de aandachtsgebieden van dit laboratorium vallen ook opzettelijke microbiële bedreigingen, ofwel bioterrorisme.

##### Taken

- Signalering van microbiële bedreigingen vanuit dieren, voedsel en het milieu
- Interventieadvies en respons bij uitbraken en calamiteiten
- Surveillance, transmissieonderzoek en brononderzoek, zowel via laboratoriumonderzoek als via wiskundige modellering
- Risicoschattingen maken, identificeren van risicofactoren en bepalen effectiviteit beheersmaatregelen

- Samenstellen van integrale rapportages (bijvoorbeeld ziektelast, kosten, en integratie van gegevens van mens, voedsel en dier (zogenaamde 'ketenbenadering')
- Inbreng expertise in nationale en internationale werkgroepen en wetenschappelijke panels, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), European Food Safety Authority (EFSA) en de Europese Commissie, European Center for Disease Control (ECDC)
- Nationale en internationale referentiefunctie voor diverse micro-organismen

## 6.2.6 Regionale Coördinatie Programma's (RCP)

### Kernactiviteiten

Het RCP coördineert de uitvoering van drie regionale preventieprogramma's. Dit betreft met name logistiek en registratie van de programma's:

1. Rijksvaccinatie Programma (RVP)
2. Neonale screening (NNS)
3. Bloedscreening van zwangere vrouwen (PSIE)

Het CIb levert medische ondersteuning en consultatie voor deze programma's. De logistiek en registratie is georganiseerd en uitgevoerd in nauwe samenwerking met uitvoerende partijen, met name de GGD-en, thuiszorginstellingen, verloskundigen en laboratoria). Het computersysteem Praeventis is een kritische ondersteunende applicatie voor het coördineren van deze activiteiten.

Al deze activiteiten zijn regionaal georganiseerd met een klein centraal ondersteunend bureau bij het RIVM in Bilthoven en vijf regiokantoren verspreid over het land. Kernprocessen zijn centraal georganiseerd (bijv. Inkoop van vaccins).

### Taken

Het RCP voert de volgende taken uit:

- Verzenden van notificaties voor vaccinaties
- Aanvragen van bloedtests
- Inkoop, distributie en administratie van de vaccins
- Registratie van de vaccinaties
- Registratie van de laboratorium resultaten
- Financiële afhandeling (laboratorium en vaccinatie tarieven)
- Doorverwijzing naar kinderartsen, (medische) advisering

## **6.3 PROGRAMMA'S EN MULTIDISCIPLINAIRE STRUCTUREN**

### 6.3.1 Responsstructuur

Het CIb heeft een responsstructuur die het mogelijk maakt casussen en signalen te analyseren, te adviseren over wenselijk beleid en actief de bestrijding te coördineren. In het responsplan van het CIb<sup>13</sup> is vastgelegd wie intern betrokken is bij welk opschalingsniveau.

### **Signaleringsoverleg**

Het signaleringsoverleg vindt wekelijks op het RIVM plaats. Hierbij zijn microbiologen, epidemiologen en artsen infectieziektebestrijding van verschillende afdelingen van het CIb (LIS, LZO, LCI en EPI) aanwezig. Daarnaast is ook VWA vertegenwoordigd. De doelstelling van het signaleringsoverleg is het

---

<sup>13</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [B-Respons 2009]

genereren en beoordelen van betrouwbare signalen op het gebied van infectieziekten. Het overleg resulteert in een wekelijks overzicht van signalen waarvan de direct betrokkenen bij de bestrijding (VWS en GGD-en) op de hoogte worden gebracht.

**Responsteam**

Wanneer in het signaleringsoverleg geconcludeerd wordt dat er sprake is van een ziektecluster, dan wordt er een responsteam ingesteld. Het responsteam bestaat uit de deelnemers van het signaleringsoverleg, aangevuld met de RAC-er uit de betreffende regio als vertegenwoordiger van de GGD. Indien van toepassing neemt ook de GD deel aan het responsteamoverleg. Het doel van het responsteam is het coördineren van de bestrijding, waarbij zowel de interne samenhang (Cib) als de relaties met de partijen in het veld wordt beoogd.

**Crisisteam**

Indien er sprake is van een sectorbrede infectieziektecrisis wordt een crisisteam ingericht. De noodzaak tot opschaling naar een crisisteam ontstaat bij uitbraken die een 24-uurs multidisciplinaire inzet vereisen van het Cib en/of bij uitbraken waarbij conform de wet PG de regio van de bestrijding bij het Cib ligt. De directeur van het Cib bepaalt 'wanneer een crisis een crisis is' en dus wanneer het CT bij elkaar komt en ook wanneer afgeschaald kan worden. Doel van het crisisteam is de coördinatie van 24-uurs inzet binnen het Cib ten behoeve van de regio van de bestrijding. Hiertoe worden alle activiteiten binnen outbreakmanagement en onderzoek gerelateerd aan de bestrijding afgestemd binnen het crisisteam. De taakverdeling over de verschillende Cib afdelingen is als volgt:

Componenten respons bij crises	Coördinatie
Bestrijding (adviesing maatregelen, richtlijnen, OMT)	LCI
Surveillance (outbreakonderzoek, casusregister)	EPI
Diagnostiek	LIS (humaan), LZO (verterinair, omgeving, voedsel)

**Figuur 8 Verantwoordelijkheidsverdeling Cib afdelingen bij outbreakmanagement**

**RIVM brede opschaling**

In crisissituaties die een multisectorale aanpak behoeven, besluit de DG RIVM tot een RIVM-brede opschaling.

**OMT structuur**

Het OMT is een landelijk, professioneel adviesorgaan dat in bijzondere situaties (uitbraken, dreigingen) waarbij geen richtlijnen voor de bestrijding bestaan of waarbij deze ontoereikend worden geacht, bij elkaar wordt geroepen door de directeur van het Cib. Het OMT brengt een inhoudelijk, professioneel advies uit aan het BAO (bestuurlijk afstemmingsoverleg) dat de besluiten neemt over de maatregelen geadviseerd door het OMT. Het OMT heeft geen operationele taken.

Het Cib beoordeelt snel en op basis van heldere criteria de risico's van uitbraken op lokaal/regionaal, landelijk en internationaal niveau. Het Cib zorgt ervoor dat signaleringen van uitbraken altijd leiden tot de juiste maatregelen op het juiste niveau en coördineert de bestrijding. Het Cib doet dat op basis van de geldende richtlijnen. Wanneer er geen richtlijnen voorhanden zijn en een uitbraak tot een landelijke dreiging of crisis kan leiden, roept de directeur van het Cib het OMT bijeen. Het stelt een Outbreak Management Team (OMT) samen om snel een inhoudelijk advies op te stellen voor de minister om maatregelen te nemen bij

(dreigende) uitbraken. In het BAO wordt het advies beoordeeld op bestuurlijke aspecten en uitvoerbaarheid. In bijzondere situaties (groep A meldingsplichtige ziekten of op verzoek van een regio) voert het CIB de regie uit over de bestrijding. Het CIB voert eventueel aanvullende taken uit en heeft capaciteit beschikbaar om GGD'en extra te kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld op het gebied van diagnostiek en epidemiologisch onderzoek.

#### OMT Bijeenkomsten

Jaar	Onderwerp	Datum
2005	vCJD (Creutzfeldt Jakob)	27-4-2005
	Clostridium difficile	7-7-2005
2006	MRSA bij veehouders	28-6-2006
	Blijdorp H5	14-9-2006
	Griepvaccinatie	16-11-2006
2007	Q-koorts	23-7-2007
	Q-koorts	3-10-2007
2008	Q-koorts	3-6-2008
	Q-koorts	30-7-2008
2009	Varkensgriepvariant	29-4-2009
	Mexicaanse griep	4-5-2009
	Q-koorts	11-5-2009

#### Responsteams

Jaar	Onderwerp	Datum
2007	Q-koorts in Brabant	juli –okt 2007
2008	Marburg hemorrhagische koorts	9 juli 2008 – 4 augustus 2008
2009	Nieuwe influenza A/H1N1	27 april 2009 – ...

Noot: overzicht bijgewerkt t/m mei 2009

**Figuur 9 Overzicht OMT bijeenkomsten en ingerichte responsteams sinds 2005**

### 6.3.2 Landelijk / Regionaal Overleg Infectieziektebestrijding (LOI/ROI)

Het Landelijke Overleg Infectieziekten (LOI) speelt een belangrijke rol in de richtlijnenontwikkeling. De deelnemers aan dit overleg maken landelijke uniforme afspraken over de bestrijding van infectieziekten.

Het LOI heeft een redactieraad die o.a. bestaat uit artsen infectieziektebestrijding van GGD'en, een medisch adviseur entadministratie en vertegenwoordigers van het Landelijk Overleg Verpleegkundigen Infectieziektebestrijding, het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB), GGD Nederland, de Inspectie voor de gezondheidszorg, het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). De LOI-redactieraad stelt (onder andere) de prioriteiten voor het opstellen van nieuwe of de herziening van bestaande richtlijnen en draaiboeken. Deze worden allemaal in het LOI vastgesteld en tenslotte door de Gezondheidsraad getoetst.

### 6.3.3 Regionale ondersteuningsstructuren

Het CIB heeft in het kader van zijn rol in de versterking van lokale microbiologische functie en de lokale infectieziektebestrijding twee ondersteuningsstructuren ontwikkeld<sup>14</sup>

#### Commissie Openbare Diagnostiek en Microbiologie (COM)

Bij de infectieziektebestrijding vervullen artsenmicrobioloog en laboratoria een belangrijke rol. Interregionaal overleg, standaardisatie van laboratoriumprocedures en inbreng van lokale kennis ten behoeve van protocollering zijn voorbeelden hiervan. Om deze reden is op initiatief van het CIB versterking gerealiseerd ten behoeve van de beleidsvorming. Zeven regionale consulenten artsenmicrobioloog vormen samen met de laboratoriumhoofden van het CIB de Commissie Openbare Diagnostiek en Microbiologie (COM). De regionaal consulent medische microbiologie (COM-er)

<sup>14</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [C-RegOnd]

werkt als artsmicrobioloog in het laboratorium en is in deeltijd aangesteld bij het CIb. De COM-er wordt bijgestaan en aangestuurd door de coördinerend COM-er van het CIb. COM-ers staan primair ten dienste van de regio en hebben als taken:

- Het vervullen van de brugfunctie tussen het LIS en laboratoria in de eigen regio.
- Samenwerking met de artsen-infectieziektebestrijding van de GGD-en.
- Coördinerend optreden tussen de laboratoria in de regio bij uitbraken en contactonderzoeken.
- Advisering van Regionaal Overleg Infectieziektebestrijding.
- Coördinatie en terugkoppeling van laboratoriumgegevens voor surveillance en versterking van de epidemiologie in de regio.
- Het agenderen van vraagstukken en knelpunten vanuit de regio in de COM.

### Regionaal Arts Consulent Infectieziektebestrijding (RAC)

Binnen de GGD-en fungeert het bureau Infectieziektebestrijding als spil in een gedecentraliseerde bestrijdingsorganisatie tussen huisartsen, ziekenhuizen, laboratoria en het CIb. Ter versterking en ondersteuning is op initiatief van het CIb in iedere regio een regionaal arts consulent infectieziektebestrijding (RAC-er) aangesteld. De RAC-er is in dienst bij de GGD en heeft daarnaast een deeltijdaanstelling bij het CIb. De taken van de RAC-er zijn:

- Het vervullen van de brugfunctie tussen het LCI en de teams infectieziektebestrijding in de eigen regio.
- Deelname aan en advisering van het Regionaal Overleg Infectieziektebestrijding.
- Het bevorderen van innovatie, evidence-based werken en praktijkonderzoek.
- Het fungeren als aanspreekpunt voor landelijk beleid binnen de regio.
- Coördinatie bij uitbraken en contactonderzoeken.
- Het agenderen van knelpunten vanuit de regio op het periodiek overleg CIb.
- Ondersteuning van andere regio's bij grootschalige uitbraken.

### 6.3.4 RVP

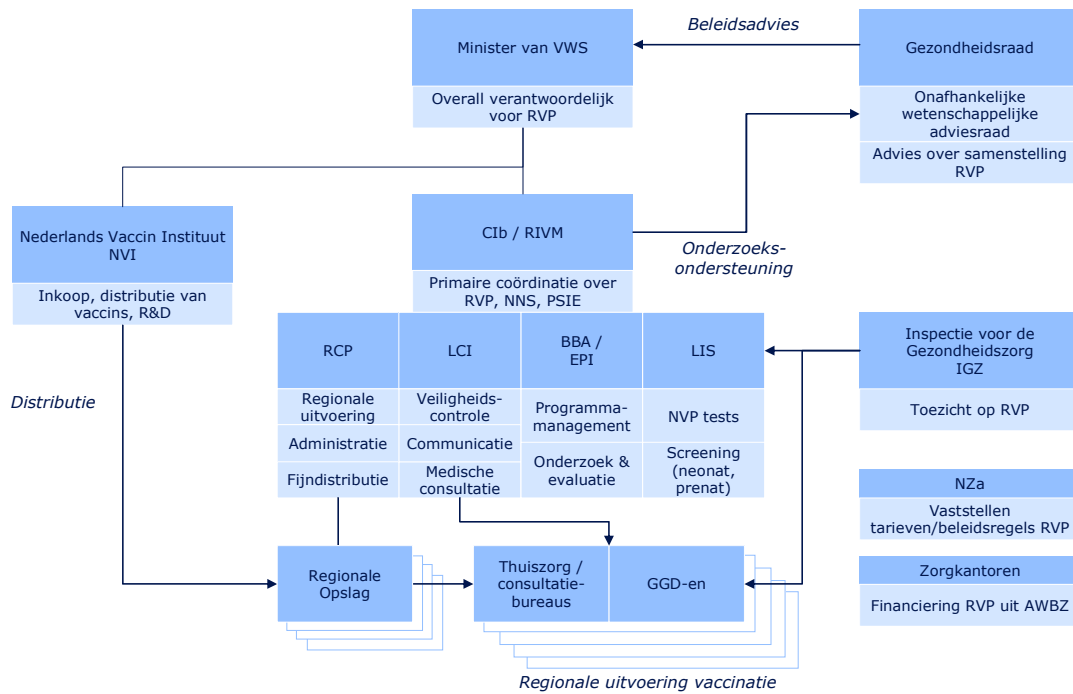
Het vaccinatiebeleid wordt vastgesteld door de minister van VWS, op advies van de Gezondheidsraad. Zo wordt bijvoorbeeld bepaald welke vaccinaties in het RVP worden opgenomen en op welke leeftijd deze vaccinaties worden verstrekt.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op de uitvoering.

De vaccins worden door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) grotendeels aangekocht en afgeleverd aan de Entadministraties (EA). Van hieruit vindt distributie plaats naar de jeugdgezondheidszorginstellingen.

De vaccinaties worden verricht door de regionale thuiszorgorganisaties (op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters) en de GGD'en. De vaccinaties vinden plaats volgens een gestructureerd vaccinatieschema.

De kosten van de uitvoering van het RVP worden gefinancierd vanuit de AWBZ.



**Figuur 10** Overzicht van partijen en hun functie in de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma

Het RIVM/Cib coördineert de uitvoering van het RVP en houdt daarop medisch toezicht. De huidige activiteiten Cib binnen RVP betreffen:

- Surveillance/evaluatie effectiviteit RVP en vaccinatiegraad.
- Diagnostiek RVP-ziekten.
- Onderzoek werking van vaccins om het vaccinatieprogramma te onderbouwen en evalueren.
- Registratie bijwerkingen / onderzoek veiligheid.
- Medisch/zorginhoudelijke ondersteuning uitvoering.
- Coördinatie van communicatie naar professional en burger.
- Advisering VWS over uitvoering bij wijzigingen in RVP.

Uitvoeringsgerelateerde activiteiten zijn binnen het Cib ondergebracht onder de afdeling RCP. Inhoudelijk programmamangement wordt geleid vanuit de afdeling BBA.

### 6.3.5 Onderzoek binnen het Cib

Het Cib ziet onderzoek als essentiële taak om op geloofwaardige wijze invulling te geven aan zijn rol als ketenregisseur. Het Cib hanteert als onderzoeksmissie<sup>15</sup>:

*"Het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) bij het RIVM voert kwalitatief hoogwaardig onderzoek uit ten behoeve van de infectieziektebestrijding. Al het onderzoek bij het Cib beoogt bij te dragen aan een optimale preventie of bestrijding van infectieziekten"*

Met het onderzoek anticipeert het Cib op nieuwe ontwikkelingen op het gebied van infectieziekten, zoals nieuwe bedreigingen, en nieuwe mogelijkheden voor

<sup>15</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [B-OndStrat 2007]



preventie en therapie. Onderzoek stelt het CIB in staat voorop te lopen bij het ontwikkelen en toepassen van nieuwe bestrijdingsmogelijkheden. Ook moet het CIB anticiperen op maatschappelijke ontwikkelingen, zoals veranderingen in gedrag en vergrijzing, en nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen incorporeren. Kennis moet dus steeds up-to-date zijn zodat het CIB ontwikkelingen vóór kan zijn. Bovendien moet het CIB hiervoor op vele terreinen expertise in huis hebben. De nationale onderzoeks- en laboratoriumfunctie richt zich onder meer op diagnostiek, surveillance, epidemiologisch onderzoek, immunologie, gastheer-pathogeen interacties, modellering, vroege signalering, risicoanalyse en onderzoek naar transmissieroutes.

### **Management van het onderzoek**

De directeur van het CIB is wetenschappelijk en organisatorisch verantwoordelijk voor het onderzoek. Er is een onderzoekscommissie ingesteld als subcommissie van het Management Team van het CIB. De onderzoekscommissie formuleert en actualiseert de onderzoeksstrategie en het jaarlijkse onderzoeksprogramma.

De directeur CIB wordt op het gebied van onderzoeksprogrammering geadviseerd door de werkgroep wetenschap van de Adviescommissie van het CIB. Deze werkgroep adviseert niet alleen over het jaarlijkse onderzoeksprogramma, maar geeft ook een oordeel over de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek. Via de directeur generaal van het RIVM wordt de directeur van het CIB ook geadviseerd door de Commissie van Toezicht van het RIVM, die het wetenschappelijke niveau van het RIVM bewaakt. Verantwoording over de inhoudelijke en financiële voortgang wordt afgelegd aan de financier van het onderzoek.

Het CIB heeft zes onderzoeksthema's vastgesteld:

- Vaccingerelateerd onderzoek
- Enterale infecties
- Antibioticaresistentie & zorggerelateerde infecties
- Respiratoire infecties (inclusief tuberculose)
- Emerging infections, preparedness, respons (incl. influenza)
- Zoönosen
- SOA

Voor elk thema is een concept themastrategie geformuleerd die als input fungeert voor het werkprogramma.

### **Onderzoekscapaciteit**

Het CIB probeert bij nieuwe projecten zo mogelijk AIO's te werven, om zo een flexibele en dynamische pool van wetenschappelijk personeel te krijgen en voldoende vernieuwende ideeën en methoden in het onderzoek te krijgen. Als gevolg hiervan is het aantal AIO's toegenomen tot ca. 25 in 2009. Deze AIO's zijn in de meeste gevallen gedetacheerd vanuit een universiteit naar het RIVM. Door dubbelaanstellingen te laten toenemen, wordt ook vernieuwing bevorderd. Het lukt nog niet goed om buitenlandse onderzoekers aan te trekken en personele uitwisseling met buitenlandse onderzoeksinstituten tot stand te brengen.

#### 6.3.6 Focal point internationale gemeenschap

Het CIB fungeert bij uitbraken met een internationale component als International Health Regulations (IHR) focal point voor de afstemming met internationale instituten zoals de WHO en het ECDC. Hiermee wordt invulling

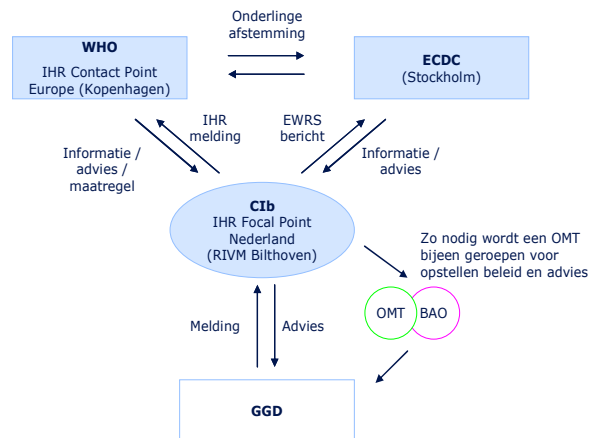
gegeven aan de meldingsprocedure zoals deze in de IHR wordt voorgeschreven, zie Figuur 11.

### 6.3.7 Subsidieverstrekking vanuit het CIB

Bij het oprichten van het CIB in 2005 heeft het ministerie van VWS de verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van een destijds bestaande subsidieregeling voor organisaties actief in de infectieziektebestrijding overgedragen aan het CIB.

Kerngedachte hierbij was dat het een effectief sturingsmechanisme kon zijn voor het CIB om bepaalde activiteiten door het veld te laten uitvoeren.

Binnen het CIB wordt het subsidieverstrekkingproces uitgevoerd door de afdeling BBA. De verstrekte subsidies over 2008 zijn weergegeven in Figuur 12.



**Figuur 11 Meldingsprocedure IHR**

Soa/aids	€ mio
• Stichting Aidsfonds-Soa AIDS Nederland	3,2
• Schorerstichting	1,7
• Hiv Vereniging Nederland	0,2
• Erasmus MC (anonieme hiv surveillance)	0,1
• GGD Amsterdam (anonieme hiv surveillance)	0,1
<b>Zorginfecties en antimicrobiële resistentie</b>	
• Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB)	0,5
• Stichting Werkgroep Infectie Preventie	0,3
• Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO t.b.v. Prezies	0,3
<b>Prionziekten</b>	
• UMC Utrecht (CJD autopsies)	0,3
• Inst Epi & Biostat, Erasmus MC (CJD surveillance)	0,1
<b>Overige</b>	
• KNCV Tuberculosefondsen	0,9
• Nationaal Hepatitis Centrum	0,1
<b>Totaal</b>	<b>7,7</b>

• Al deze subsidies lopen al meer dan 10 jaar en zijn gestart als subsidie door VWS  
 • SOA Aids Nederland heeft een korting gekregen op de subsidie in 2006 van het CIB i.v.m. overlap in beleidsfuncties  
 • Voorgestelde korting op subsidie van het Nationaal Hepatitis Centrum in 2006 door het CIB is teruggedraaid na bezwaarprocedure

**Figuur 12 Verstrekte subsidies 2008**

In het subsidiejaarplan van 2009 geeft het CIB zeven uitgangspunten voor subsidieverstrekking:

- Subsidies zijn bestemd voor inhoudelijke doelen
- Beoordeling van de subsidie vindt plaats in onderlinge samenhang en in samenhang met de activiteiten van het CIB
- Voorwaarde voor subsidie is het tijdig aanleveren van gegevens voor beleidsadviezen, landelijke rapportage of internationale surveillance
- Subsidies gaan alleen naar infectieziekteproblemen die van groot belang zijn voor de volksgezondheid
- Alleen subsidie voor (kosten)effectieve en maatschappelijk aanvaarde interventies
- De subsidieontvangende instelling heeft de juiste expertise
- De subsidieontvangende instelling werkt met een overzichtelijk werkplan

In 2009 heeft een onafhankelijke commissie onder leiding van Van der Maas het subsidiebeleid van het CIB geëvalueerd. De commissie kwam met de volgende bevindingen:

- Bij overdracht van de subsidietaak aan het CIB is onvoldoende rekening gehouden met de verhoudingen in het veld
  - Het CIB is enerzijds partner van de andere organisaties in het veld en anderzijds de financier en vertegenwoordiger van de rijksoverheid
  - Deze beide rollen hebben gevolgen voor subsidieverstrekking en kunnen leiden tot potentiële belangenconflicten. Dit is bij de overdracht van subsidietaak onvoldoende onderkend
- Er zijn twee overwegingen om rijksactiviteiten uit te laten voeren door andere organisaties dan het CIB vanwege
  - Betere kwaliteit en daarmee grotere effectiviteit
  - Lager kosten en daarmee hogere doelmatigheid
- Voor een verantwoorde uitvoering van de subsidiefunctie is het noodzakelijk om een meerjarenplan voor infectieziektebestrijding te formuleren, het subsidiejaarplan en Staat van de Infectieziekten bevatten onderdelen voor een meerjarenplan maar voldoen niet om als zodanig te kunnen gelden.
- Subsidies zijn in het verleden toegekend op grond van een inschatting van de gezondheidsproblematiek en relevantie voor de publieke infectieziektebestrijding. Deze subsidies zijn jarenlang ongewijzigd voortgezet, of hebben minimale aanpassingen ondergaan. Dit geeft aanleiding tot het op zorgvuldige wijze tegen het licht houden van alle subsidies. Een aantal subsidies kan nu al heroverwogen worden.

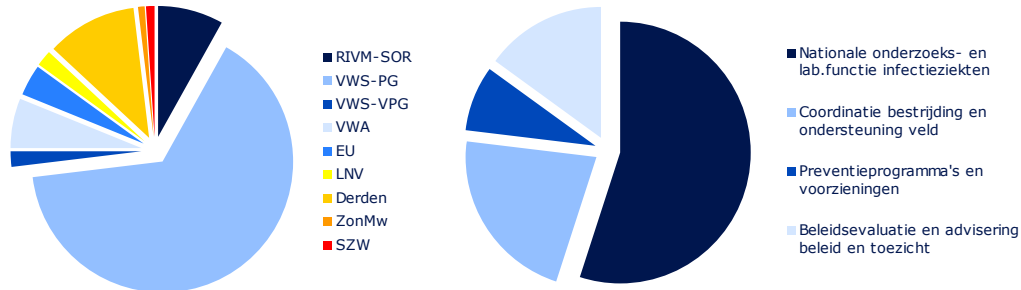
Door de commissie werd aanbevolen:

- VWS geeft een bredere opdracht aan het CIB, waarvan het vaststellen van subsidies op het gebied van infectieziektebestrijding deel uitmaakt. Het CIB kan op basis van deze opdracht besluiten bepaalde taken door andere organisaties uit te laten voeren. Dit behelst dat de opdracht van VWS tevens ingaat op de wijze waarop het CIB subsidies kan verstrekken en de criteria die hierbij gehanteerd kunnen worden.
- Het is noodzakelijk dat er een door het CIB opgesteld inhoudelijk onderbouwd meerjarenplan voor de infectieziektebestrijding komt dat aan de subsidieverlening ten grondslag ligt. Het plan moet worden goedgekeurd door de minister en vervolgens openbaar zijn.
- Vooruitlopend daarop is voldoende aanleiding om een aantal subsidies nu al te heroverwegen: anonieme Hiv-surveillance (GGD Rotterdam, GGD Amsterdam), de Hiv-vereniging, het Nationaal Hepatitis Centrum en de surveillance van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (UMC Utrecht en Erasmus MC).
- De commissie adviseert om voor activiteiten op het gebied van zorginfecties en antimicrobiële resistentie co-financiering door de sector zelf te onderzoeken, zodat de activiteiten ook structureel worden ingebed in de sector.
- Als de rijksoverheid (het CIB) surveillance uit laat voeren door andere organisaties, dan moet de verkregen informatie altijd en volledig beschikbaar zijn voor het CIB.

De minister van VWS heeft bij het schrijven van dit rapport nog geen besluit genomen over het subsidiebeleid en heeft aangekondigd dit in 2010 te doen.

#### 6.4 AANSTURING EN OPDRACHTGEVERS CIB

In het CIB zijn de landelijke activiteiten gericht op de diagnostiek, signalering, surveillance, richtlijnen, onderzoek en bestrijding van infectieziekten gebundeld. De beleidsverantwoordelijkheid voor het grootste deel van het werk van het CIB ligt bij het ministerie van VWS, directie Publieke Gezondheid (VWS-PG).



**Figuur 13 Budget CIB naar opdrachtgever (links) en activiteit (rechts)<sup>16</sup>**

Het bestaan van het CIB is niet wettelijk vastgelegd anders dan in de Wet op het RIVM. Het CIB is een sector binnen het RIVM. Het RIVM is een intern verzelfstandigd onderdeel van het departement VWS (agentschap) dat valt onder verantwoordelijkheid van de minister met een directeur op het niveau van Directeur-Generaal. De wet op het RIVM beschermt de wetenschappelijke onafhankelijkheid van het RIVM. Het takenpakket en de prioriteitsstelling van het CIB is verwoord in beleidsbrieven, het CIB strategisch plan, en het Organisatie & Formatierapport.

Het CIB adviseert VWS op basis van kennis van inhoud en uitvoeringspraktijk. Beleidsuitvoering moet plaatsvinden binnen de door VWS vastgestelde beleidskaders. In dit verband zorgt VWS-PG voor bestuurlijke afstemming binnen het departement en, indien van toepassing, tussen departementen. Het CIB wordt daar bij betrokken als dat de effectiviteit van de (inter)departementale besluitvorming ten goede komt. Ook bewaakt VWS-PG de afstemming met andere beleidsterreinen, bijvoorbeeld door andere beleidsdirecties te informeren over de rol van het CIB en door de opdrachtverlening aan bijvoorbeeld het NVI, GGD Nederland en ZonMw voor af te stemmen op de taken van het CIB. Tenslotte behartigt VWS-PG de belangen van de infectieziektebestrijding in de beleidscyclus en daarmee van het CIB.

#### **Opdracht- en verantwoordingstraject**

Het CIB wordt, als onderdeel van het RIVM, gestuurd op basis van output: aan de hand van opgeleverde producten met bepaalde kosten legt het CIB verantwoording af aan de opdrachtgever. De planning & controlcyclus in de agentschapstructuur is tussen het RIVM en het ministerie van VWS vastgelegd, het CIB opereert conform deze cyclus.

Het RIVM krijgt in juni de opdrachtbrief die de kaders aangeeft voor de activiteiten van het RIVM voor het volgende jaar. In september wordt dit gevolgd door de kennisvragen, die in meer detail weergeven wat de opdrachtgever van het RIVM wil in het volgende jaar. Het RIVM reageert hier op met offertes, waarin activiteiten met op te leveren producten volgens een bepaalde planning

<sup>16</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stuk [B-Werkplan 2008]

worden beschreven, voorzien van een onderbouwd budget. Verantwoording over de werkzaamheden wordt afgelegd met drie beknopte voortgangsrapportages per jaar. De financiële afrekening vindt plaats in januari over een vorig jaar. De financiële administratie van het RIVM is gebaseerd op productfinanciering.

In tegenstelling tot de andere sectoren van het RIVM wordt het CIb voor het merendeel aangestuurd op hoofdlijnen. De huidige kennisvragen die VWS-PG stelt aan het CIb zijn onderverdeeld in vijf thema's te weten:

- 1) Nationale onderzoeks- en laboratoriumfunctie infectieziekten
- 2) Coördinatie bestrijding en ondersteuning veld
- 3) Preventieprogramma's en -voorzieningen
- 4) Beleidsevaluatie en advisering beleid en toezicht
- 5) Communicatie, internationaal en subsidies (sinds offertes 2009)

Per thema worden ca 10 - 15 kennisvragen gesteld.

In afwijking van de programma's die door VWS bij de andere sectoren van het RIVM worden uitgezet, geeft de opdrachtgever geen voorzet voor beantwoording, geeft hij niet aan welk product ((brief)rapporten, workshops o.i.d.) opgeleverd moet worden en hoeveel financiering voor het beantwoorden van de vraag beschikbaar is. Slechts voor een aantal zeer specifieke opdrachten is een budget vastgelegd. Dit zijn van oorsprong additionele projecten die later een regulier karakter hebben gekregen.

De beantwoording door het CIb (offertes c.q. projectbeschrijvingen) is niet per thema of kennisvraag. De offerte van het CIb bestaat uit ca 40 projectbeschrijvingen (inclusief begrotingen) waar per project op één tot vijftien vragen antwoord wordt gegeven, maar waarbij een vraag ook in meerdere projecten beantwoordt kan worden. De keuze voor projecten komt voort uit de voorlopers van het programma CIb. Standaardregel hierbij is dat per project minimaal één product aan VWS/PG wordt opgeleverd. De verdeling van het budget aan CIb-zijde is 'historisch gegroeid'. De afdeling BBA voert de centrale coördinatie in de offertecyclus in overleg met projectleiders/hoofden van de laboratoria.

### **Overige opdrachtgevers**

Naast het primaire opdrachtgeverschap van VWS-PG krijgt het CIb opdrachten van diverse andere opdrachtgevers:

- VWS-directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (VWS-VGP).
- Voedsel en Warenautoriteit (VWA). Hierin is de sector Voeding, Geneesmiddelen en Consumentenveiligheid (VGC) van het RIVM accountmanager richting VWA en verstrekt intern opdrachten aan het CIb.
- Europese Unie (EU).
- Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselveiligheid (LNV).
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- ZonMW (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie).

CIb verleent intern binnen het RIVM ook diensten voor interne opdrachtgevers:

- RIVM-Strategische onderzoeksprogramma's (SOR)
- RIVM/Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB)
  - Bevolkingsonderzoek PSIE (pre- en postnatale screening)
  - Referentiefunctie lab onderzoek (LIS) voor hielprik en Down/SEO programma's; hiervoor jaarlijks een DVO afgesloten. Voor het goed uitvoeren van de referentiefunctie is het LIS tevens een van de

uitvoerende labs in deze programma's. Deze worden per verrichting verrekend volgens de geldende tarieven via een aparte geldstroom die niet via het CvB verloopt

## 6.5 INPUT & OUTPUT VAN HET CIB: PRODUCTEN EN DIENSTVERLENING

Het CIB kent een breed takenpakket. De aard van deze taken varieert sterk: van het voeren van coördinatie/regie in de bestrijding, ondersteunen van GGD-en, uitvoeren van onderzoek, uitvoeren van preventieprogramma's tot ontwikkelen van richtlijnen. Niet alle output van het CIB vertaalt zich in tastbare producten / publicaties. De diversiteit van de tastbare producten / publicaties is groot en omvat onder meer reguliere publicaties (Infectieziekte bulletin, Vaste Prik, Signaleringsbrief), Onderzoeks/briefrapporten, richtlijnenboek infectieziektebestrijding en een breed scala van ondersteunend materiaal dat voornamelijk gepubliceerd wordt op de RIVM website, waaronder professioneel voorlichtingsmateriaal / toolkits, oefenbank voor GGD-en, publiek voorlichtingsmateriaal, etc.

Het overzicht van input en output zoals door het CIB zelf gepubliceerd<sup>17</sup> is weergegeven in Figuur 14.

Input				Output			
<b>FORMATIE (fte)</b>				<b>PRODUCTIE</b>			
Afdeling	31-12-2006	31-12-2007	31-12-2008	Product	2006	2007	2008
BBA	18,2	23,5	-	LCI routinematige adviezen	620	728	
EPI	71,6	71,4	-	LCI Inf@ct berichten	33	25	
LCI	15,1	16,6	-	Vastgestelde richtlijnen	10	12	
LIS	138,2	136	-	Vastgestelde draaiboeken	8	3	
LZO	41,1	45,1	-	Gepubliceerde VSI	8	9	
Totaal excl RCP	284,2	292,6	-	Vastgestelde ISI	20	10	
RCP	-	92	-	Nieuw gepubliceerde ISI	7	12	
Totaal incl RCP	284,2	384,6	-				
Bron: Jaarbeeld 2007				Wetenschappelijke PR publicaties		158	
<b>BEGROTING (€ mln)</b>				Uitgebrachte rapporten		23	
Programma	2006	2007	2008	RIVM briefrapporten		8	
VWS programma	-	34	-	Bron: Jaarbeeld 2007			
SOR programma	-	3,6	-	<b>PRODUCTIVITEIT</b>			
VROM-programma	-	0,1	-	Onderdeel	2006	2007	2008
LNV-programma	-	1,3	-	Geplande producten		83	
Derden/overigen	-	8,8	-	Opgeleverde producten		67	
TOTAAL	-	47,8	-	% tijdige opgeleverd		81%	
Bron: Jaarbeeld 2007				Waarvan beoordeeld		11	
				% beoordeeld		16%	
				Beoordeling: Goed/goed		11	
				Bron: Voortgangsrapportages			

**Figuur 14** Overzicht van input en output van het CIB

<sup>17</sup> Zie Bijlage A - Geraadpleegde Literatuur, stukken [C-CIBJaarb 2007], [E-VR 2008]

## 7. EVALUATIE FUNCTIONEREN CIB

### 7.1 TOETSINGSKADER

Om een antwoord te geven op de onderzoeksvragen zoals geschetst in hoofdstuk 3 is een toetsingskader ontwikkeld. Aan de hand van dit kader (zie Figuur 15) kan het functioneren van het CIB worden beoordeeld.

Output		
<b>1</b> Regiefunctie reguliere bestrijding en crisismgt	<b>2</b> Bevorderen IZB door advies en voorlichting	<b>3</b> Inzicht IZ door uitvoeren Diag. Surv. Onderzk
1.1 Het CIB voert een robuust en evenwichtig uitgewerkte systematiek per keten voor de invulling van de regiefunctie	2.1 Het CIB levert adequate advisering aan professionals. Het detachingsmodel GGD-en versterkt de uitvoeringscapaciteit	3.1 CIB voert relevante eigen diagnostiek adequaat uit
1.2 Zorgt voor adequate samenwerking en rolverdeling in de keten t.b.v. waakzaamheid en snelle reactie bij uitbraken	2.2 Levert adequate advisering aan VWS (in frequentie en kwaliteit)	3.2 Draagt zorg voor adequate landelijke diagnosecapaciteit
1.3 Coördineert internationale samenwerking en afstemming en fungeert als primair aanspreekpunt	2.3 Garandeert adequate sturing aan ontwikkeling in het veld door subsidieverstreking	3.3 Beheert en ontwikkelt adequate surveillance en signalering systematiek (landelijk en aansluiting internationaal)
1.4 Treedt in de externe communicatie op als primaire autoriteit	2.4 Draagt zorg voor adequate publieksvoorlichting	3.4 Voert hoogwaardig en gerespecteerd onderzoek uit op relevante onderzoeksgebieden
	2.5 Draagt zorg voor adequate richtlijnontwikkeling (inhoudelijke ontwikkeling en daadwerkelijke toepassing)	3.5 Draagt zorg voor samenhang van onderzoeksactiviteiten op het gebied van infectieziektebestrijding
	2.6 RVP programma management en uitvoering verloopt adequaat	3.6 CIB zorgt voor goede aansluiting van onderzoek naar praktische toepassing / uitvoering
3.7 De inrichting van de organisatie van het CIB sluit aan bij de taken		
Afstemming, communicatie en aansturing van andere partijen		
<b>4</b> VWS	<b>5</b> Klanten/ketenpartners	
4.1 De aansturingrelatie VWS-CIB is helder en werkbaar	5.1 Er is voldoende wederzijds respect en vertrouwen voor effectieve samenwerking met het veld	
4.2 Jaarlijkse cyclus werkplanning en begroting verloopt zorgvuldig en productief	5.2 Het CIB slaagt erin een brugfunctie te vervullen tussen de veterinaire en humane werelden	
4.3 CIB en VWS erkennen elkaars professionalisme en verantwoordelijkheden en steunen elkaar hierin		
4.4 Het CIB gaat zorgvuldig om met hun bijzondere positie en ondersteunen de Minister		
<b>6</b> Beoordeling over presteren CIB vanuit het veld		
6.1 Het CIB heeft volgens het veld de juiste opdracht, gelet op de knelpunten	6.4 Het veld acht de huidige omvang van het CIB de juiste haar taken adequaat uit te voeren	
6.2 Het CIB geeft volgens het veld goed uitvoering aan zijn opdracht	6.5 Het veld waardeert de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek van het CIB	
6.3 Het CIB voldoet aan de verwachtingen en behoeftes van het veld	6.6 Het CIB staat voldoende open voor suggesties en werkwijzen in het veld	
Outcome		
<b>7</b> 7.1 Incidentie, morbiditeit en mortaliteit voor specifieke dreigingen zijn afgenomen sinds 2004		
<b>8</b> Het CIB heeft een positief effect op de knelpunten zoals gesignaleerd in 2004:		
8.1 De kwaliteit, gelijke aanpak en capaciteit van de uitvoering van de infectieziektebestrijding is geborgd	8.3 CIB draagt zorg voor goede voorbereiding op rampen en maakt hierover goede afspraken met de reguliere rampenbestrijding	8.5 CIB functioneert als primair aanspreekpunt voor internationale samenwerking en coördinatie
8.2 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de bestrijding zijn goed belegd en het CIB functioneert als een centraal aanspreekpunt	8.4 Het CIB maakt het mogelijk voor de overheid om goed geïnformeerd te beslissen over beleid en uitvoering	8.6 CIB is in staat om te gaan met nieuwe dreigingen en speelt in op knelpunten zodra deze ontstaan en is daarmee voldoende toekomstbestendig

**Figuur 15 Toetsingskader gebruikt in dit onderzoek**

Per criterium wordt in het navolgende overzicht inzichtelijk gemaakt op welke wijze er per criterium een kwalitatief oordeel gevormd is. Het primair en secundair onderzoek dat Boer & Croon heeft uitgevoerd ligt ten grondslag aan de bevindingen. Er is gekozen om de bevindingen in tabelvorm weer te geven zodat

er een koppeling gelegd kan worden tussen hoofdtaak, evaluatiecriterium, oordeel en bevindingen die aan het oordeel ten grondslag liggen.

In algemene zin is het van belang op te merken dat in de beschrijving van bevindingen uit het primaire onderzoek (zoals interviews, werkgroepbijeenkomsten), met name de verbeter- en ontwikkelpunten zijn weergegeven. Er wordt door betrokkenen breed een overall positief beeld geschetst van het functioneren van het CIB.

## 7.2 BEVINDINGEN OP OUTPUT CRITERIA

### 7.2.1 Outputcriteria: Regiefunctie reguliere bestrijding en crisismangement

Hoofdtaak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
1. Regiefunctie reguliere bestrijding en crisismangement	1.1 CIB voert een robuust en evenwichtig uitgewerkte systematiek per keten voor de invulling van de regiefunctie	<p><i>Regie bij één partij positief.</i> <i>Samenwerkingsrelaties niet altijd optimaal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketens worden door gesprekspartners verschillend gedefinieerd</li> <li>• Relatie primaire ketenpartners (HA, GGD, Labs) verbeterd, RAC/COM structuur effectief</li> <li>• Gebrek aan duidelijke samenwerkingsafspraken met externe partijen</li> <li>• Onduidelijk of synergie met NGO's volledige benut wordt – bestuurlijke houding CIB zet sommige relaties onder druk</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brieven minister 13 oktober en 19 maart 2004</li> <li>• Strategisch Jaarplan 2005 - 2009</li> <li>• Rapport: Evaluatie Q-koorts uitbraak in Noord-Brabant 2007</li> <li>• Rapportage "Interne evaluatie Q-koorts 2007"</li> <li>• Eindrapport "Evaluatie Salmonella uitbraak in Twente"</li> <li>• Eindrapport: Ontwikkelingen van het CIB op het terrein soa en hiv</li> </ul> <p><b>Bevindingen uit documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soa/AIDS: Curatie en preventie nog te gescheiden. Nog te beperkte integrale regievoering, o.a. veroorzaakt door diversiteit in financieringsvormen (wie doet wat, hoe sluiten activiteiten op elkaar aan). Er ontbreken heldere criteria voor de prioritering tussen en verdeling van rijkssubsidies over doelgroepen. Er is onvoldoende waarborg dat de inzet van middelen in de gedragsgerichte preventie voldoende reageert op epidemiologische ontwikkelingen</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Houding als ketenregisseur is niet altijd constructief en top-down. CIB heeft inhoudelijk aanpak en neigt ertoe alles zelf te doen, CIB moet meer gebruik maken van kennis in het veld</li> <li>• Ketenregie is een lastige taak, het CIB heeft geen instrumenten om veldspelers aan te sturen anders dan via inhoudelijk overtuigen. Bij crises (A-ziekten) heeft het CIB meer mogelijkheden, maar niet in de private sector (laboratoria, ziekenhuizen en huisartsen)</li> <li>• CIB is op de kaart gezet, verhoudingen in het veld zijn veranderd</li> <li>• CIB sterk gericht op onderzoek en zou zich meer kunnen opstellen als organisatie met netwerkfunctie</li> <li>• CIB zou beleidsmatig meer moeten bespreken met de gemeenten in plaats van met de GGD-en, zij hebben het immers voor het zeggen. Meer gevoel voor de bestuurlijke kant</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rond de 60% geeft aan dat adequate regie voert over samenwerking en rolverdeling in de keten.</li> <li>• CIB moet minder directieve en meer constructieve, op samenwerking gerichte houding en rol aannemen. CIB moet invulling van rol verbeteren</li> </ul> <p><b>Enquête onder NGO's</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op het gebied van Preventie voert het CIB onvoldoende regie. Teveel gericht op bestrijding terwijl preventie ook gezien wordt als onderdeel van de keten</li> </ul>



Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
<p><b>1. Regiefunctie reguliere bestrijding en crisis-management</b></p>	<p>1.2 Zorgt voor adequate samenwerking en rolverdeling in de keten t.b.v. waakzaamheid en snelle reactie bij uitbraken</p>	<p><i>Zorgt voor adequate samenwerking</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OMT/BAO structuur functioneert effectief, CIB-brede responsstructuur ingericht</li> <li>• (Beperkte) uitbraken zijn goed geadresseerd, merkbaar beter dan pré-Cib</li> <li>• Goede voorbeelden van samenbrengen van kernpartijen in tijden van hoge urgentie</li> <li>• CIB zou meer oog kunnen hebben voor uitvoerbaarheid van maatregelen door GGD-en</li> <li>• Tekortkomingen zichtbaar in aansluiting met lokaal openbaar bestuur</li> <li>• Geen algemeen bewijs van preparedness op grote uitbraken (onderwerp aparte IGZ evaluatie)</li> <li>• Aansluiting tussen humane en veterinaire keten is verbeterd maar moet verder versterkt worden op departement en instellingsniveau</li> <li>• GGD systeem blijft relatief gefragmenteerd en CIB heeft slechts informele invloed</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategisch Jaarplan 2005 - 2009</li> <li>• Rapport: Evaluatie Q-koorts uitbraak in Noord-Brabant 2007</li> <li>• Rapportage "Interne evaluatie Q-koorts 2007"</li> <li>• Eindrapport "Evaluatie Salmonella uitbraak in Twente"</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humane en veterinaire domeinen nog onvoldoende op elkaar aangesloten</li> <li>• LCI/OMT structuur verbeterd, met meer wederzijds vertrouwen en begrip tussen veterinaire en humane hoek. Er is nog niet bewezen dat structuren goed stand houden bij acute dreigingen. CIB is nadrukkelijk centraal focal point.</li> <li>• Vereiste kennis op veterinair gebied wordt opgebouwd, CIB vanzelfsprekende autoriteit, LCI goed in uitvoering. CIB sterk medisch georiënteerd, meer sociaal/maatschappelijk bewustzijn nodig. Spanning tussen onderzoek en bestrijding.</li> <li>• Acute uitbraak is goed geregeld met OMT/BAO structuur, enkele partijen spreken behoefte uit dat het CIB meer gevoel moet hebben voor bestuurlijke verhoudingen; het CIB richt zich echter bewust primair op medisch inhoudelijke adviesrol waarbij de vertaling naar beleid door BAO partijen moet worden gemaakt</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weinig GGD-en hebben daadwerkelijk met CIB gewerkt tijdens een uitbraak</li> <li>• GGD-en scoren rond 75% positief op samenwerking en ondersteuning van het CIB tijdens een uitbraak</li> <li>• Toch geven zij een redelijk gemiddeld beeld over de samenwerking en ondersteuning van het CIB tijdens een crisis, genoemde opmerkingen hierbij zijn: Er is veelvuldig contact geweest met het CIB. Er was niet altijd duidelijkheid over de verdeling taken en verantwoordelijkheden tussen het CIB en de GGD. Het CIB legt meer de nadruk op onderzoek, de GGD meer op bestrijding</li> </ul> <p><b>Nederlandse Werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurlijke chaos pre CIB (SARS, Vogelgriep) is sindsdien niet meer zo sterk waargenomen; hier is verbetering zichtbaar. Ervaring met Q-koorts was dat lokaal een eigen proces liep, vanuit openbaar bestuur was niet zichtbaar dat het CIB hier veel invloed op had. OMT-BAO kwam relatief laat bijeen</li> <li>• Aansluiting met GHOR/V-regio's is onvoldoende ingevuld</li> <li>• CIB neigt teveel zelf willen uitvoeren; bijv. monitoren in dierensector; hiervoor zijn andere partijen beter geëquipeerd, draag zorg voor goede toegang tot data</li> <li>• CIB heeft nog onvoldoende aansluiting met Ziekenhuis wereld. CIB zeer gefocust op publieke gezondheidszorg, zou veel meer in overleg moeten treden en samenwerking zoeken met 2e lijn, bijvoorbeeld over het maken van uniforme afspraken. Voorbeeld: mondkapjesbeleid. Ziekenhuishygiënist hebben hier wetenschappelijk gedreven beleid op, CIB schrijft vervolgens zonder overleg beleid voor.</li> <li>• Aansluiting van IZB beleid richting Huisartsen is moeizaam. Betreft een versnipperde beroepsgroep die zeer slecht aanspreekbaar zijn op het werken volgens landelijke normen in de IZB</li> <li>• Communicatie met crisispartijen en openbaar bestuur teveel gebaseerd op wetenschappelijke functie</li> <li>• Aansluiting van rol CIB met taken van lokaal/regionaal Openbaar Bestuur is voor verbetering vatbaar. Er wordt sterk gewerkt vanuit het perspectief van de witte sector. CIB heeft weinig zicht op wat er zich lokaal afspeelt tussen GGD-en en burgemeester/lokaal bestuur. Hypothetisch voorbeeld: dreiging van sociale onrust en grensverkeer bij vaccin schaarse ten tijde van een pandemie. Het CIB geeft aan dat de rolopvatting bewust dicht op het medische vlak ligt; de vertaalslag naar beleid en lokale uitvoering wordt niet als verantwoordelijkheid van het CIB gezien</li> </ul>

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
1. Regiefunctie reguliere bestrijding en crisis-management	1.3 Coördineert internationale samenwerking en afstemming en fungeert als primair aanspreekpunt	<p><i>Cib fungeert duidelijk als één aanspreekpunt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Duidelijk focal point voor internationale agentschappen</li> <li>Aanspreekpunt en samenwerking ECDC/WHO goed</li> <li>Enkele "territoriale discussies" met NGO's worden adequaat geadresseerd</li> <li>Strategie op toekomstige internationale rol en positie van Cib ontbreekt</li> <li>Internationale profilering verdient verdediging: Cib vertegenwoordigt gehele netwerk in Nederlandse bestrijding</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Strategisch Jaarplan 2005 – 2009</li> <li>Internationale ambities, Strategienota RIVM</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cib heeft een sterke aansluiting op internationale circuit en behoort tot kopgroep</li> <li>Duidelijk focal point voor internationale afstemming, KNCV nog prominente rol op gebied van TB. Er wordt voorgesorteerd om een expert lab status binnen de EU te verkrijgen; NL heeft hier zeker iets te bieden</li> <li>KNCV: spanning tussen KNCV en Cib over verzamelen, beheer en ontsluiten van TB surveillance data. Hierover zijn in 2009 samenwerkingsafspraken gemaakt waarbij regie bij Cib komt, KNCV een uitvoerende rol behoudt (expertise en inbreng van beide partijen t.b.v. Nederlandse bestrijding wordt gebundeld) en een KNCV functionaris gedetacheerd wordt bij Cib.</li> </ul> <p><b>Nederlandse Werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nederland is te klein om op alle terreinen in frontlinie te zitten. Toekomstbeeld is dat expertise gebieden verdeeld worden binnen EU verband. Voorlopig zie je echter nog dat landen verantwoordelijkheid moeilijk opgeven</li> <li>Internationale verbindingen (ECDC, WHO) moeten beter worden uitgebuit om internationale afstemming over aanpak en interventies te garanderen</li> <li>Er is onduidelijkheid over de risico's die gepaard gaan met migratiestromen en vrij verkeer met Oost-Europese landen (afwijkende resistentie profielen, etc.). Het RIVM is zeer behoudend in het agenderen van deze risico's, deze terughoudendheid zou beter uitgelegd moeten worden</li> </ul> <p><b>Internationale werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cib is contributing well internationally, very involved and responsive on calls for tenders</li> <li>ECDC has good experience with the Cib with H1N1</li> <li>During international conference calls on H1N1, Cib input is mainly technical, they appear less concerned with policy implications</li> </ul>
	1.4 Treedt in de externe communicatie op als primaire autoriteit	<p><i>Cib wordt erkend als primaire autoriteit, zowel in publieke als professionele communicatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Goed om in de externe communicatie één gezicht te hebben</li> <li>Cib straalt professionaliteit uit</li> </ul>	<p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>VWS tevreden over rolverdeling bij communicatie, Cib is de expert dus communiceert en doet dit professioneel</li> <li>Brede waardering in het veld voor wijze waarop Cib invulling geeft aan publiekscommunicatie</li> </ul> <p><b>Nederlandse werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitdagend voor Cib is dat zij vanuit verschillende perspectieven moet kunnen communiceren: onafhankelijk wetenschappelijke expert, gemandateerd namens de minister. Huidige directeur gaat hier zeer zuiver en effectief mee om</li> <li>Professionele voorlichting/communicatie gaat goed in koude fase en binnen eigen primaire PG/IZ domein. In warme fase, waarbij communicatie met andere domeinen van belang wordt lijken communicatielijnen zeer onduidelijk. Bijv. politie die rol krijgt bij distributie Tamiflu en daarmee ook een communicatieverantwoordelijkheid ervaart</li> <li>Cib opereert in het multidisciplinaire systeem met andere crisispartijen sterk vanuit haar wetenschappelijke functie, ze zou in communicatie en advisering meer rekening moeten houden met het perspectief en informatiebehoefte van openbaar bestuur</li> </ul>

7.2.2 Outputcriteria: Bevorderen Infectieziektebestrijding door advies en voorlichting

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
2. Bevorderen infectieziektebestrijding door advies en voorlichting	2.1a Het Cib levert adequate advisering aan professionals	<p><i>Adequate uitvoering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sterke ontwikkeling van GGD-ondersteuning</li> <li>Sterke ondersteuning JGZ m.b.t. uitvoering RVP door het RCP</li> <li>Ondersteuningsstructuur van MML's nog onderontwikkeld</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Evaluatie Q-koorts", RIVM 2009: Afdelingen Cib werken niet altijd consistent, verschil zichtbaar in aandacht voor onderzoek (EPI) en bestrijding (LIS)</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijnen voortvarend ontwikkeld en aangescherpt, met breed draagvlak bij uitvoerders</li> <li>LCI overgenomen van GGD NL, is sindsdien sterk ontwikkeld. Professionele richtlijnen versterkt: aansluiting bij WIP activiteiten en niet-geneeskundige aspecten. Taak toezien op gebruik richtlijnen moet beter ontwikkeld worden door LCI.</li> <li>Onvoldoende duidelijk of goed is aangesloten bij beroepsverenigingen. Niet duidelijk of er voldoende aandacht is voor gebruik van protocollen in de dagelijkse praktijk.</li> <li>Veld is breder dan epidemiologisch</li> <li>Richtlijnen WIP worden door Cib terecht als aparte tak van sport gezien.</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>93% vindt dat het Cib bijdraagt aan het verhogen van het professionaliteitsniveau van GGD-en</li> <li>100% vindt dat het LCI succesvol vorm geeft aan de ontwikkeling van richtlijnen</li> <li>92% vindt dat GGD actief monitoren en sturen op het ook daadwerkelijk gebruik van de richtlijnen in de dagelijkse praktijk</li> <li>Volgens de GGD-en draagt het Cib bij aan het verhogen van de professionaliteit van de GGD-en met de richtlijnen en protocollen. Ook noemen zij vaak het eigen VISI traject dat hiertoe heeft bijgedragen</li> </ul> <p><b>Nederlandse Werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grote verschillen die in 2004 bestonden tussen GGD-en zijn zeer effectief aangepakt. Dit is deels te danken aan Cib (richtlijnontwikkeling, inhoudelijke ondersteuning, RAC aansluiting, extra diagnostiek middelen). Het VISI traject onder GGD-en is echter ook van grote invloed geweest</li> </ul>
	2.1b Detacheringsmodel GGD-en versterkt de uitvoeringscapaciteit	<p><i>Versterkt uitvoeringscapaciteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RAC/COM structuur wordt als effectief ervaren</li> <li>Heeft geleid tot uniforme operationalisering van OGZ beleid</li> <li>Wordt nog wel gezocht naar de optimale inrichting van dit model</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regionale ondersteuning van de Infectieziektebestrijding (RAC/COM), RIVM</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GGD-en: RAC Systeem goed instrument, nog wel een zoektocht naar de optimale inrichting. Heeft geleid tot uniforme operationalisering van OGZ beleid. RAC'ers leveren bijdrage aan ontwikkeling en adoptie van landelijke protocollen.</li> <li>Er worden echter ook kanttekeningen geplaatst; Positie van RAC'er t.o.v collega GGD'er is niet altijd duidelijk: geen inspecteur, wel ondersteuner, maar moet niet LCI rol overnemen..Coördinerende rol van RAC'er tijdens uitbraak blijkt moeilijk uitvoerbaar</li> </ul> <p><b>Enquête voor GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>80% vindt model van regionale ondersteuning door middel van RAC model waardevol</li> </ul>
	2.2 Levert adequate advisering aan VWS (in frequentie en kwaliteit)	<p><i>Adequate advisering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sterke inhoudelijke ondersteuning op juiste momenten</li> <li>Gevoeligheid voor politieke implicaties van dreigingen en adviezen is verbeterd</li> </ul>	<p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sterke ondersteuning bij beantwoording van kamervragen goed door feitelijke info te geven.</li> <li>Aard van de professie bij Cib verschilt met die binnen het cluster infectieziekten bij VWS: wetenschappers vs. beleidsmakers. Er is goed begrip en respect voor elkaar's perspectief. Na een moeizame start zijn goede samenwerkingsafspraken gemaakt over de wijze waarop er met verschillende typen adviesvragen wordt omgegaan.</li> <li>Binnen het Cib worden adviesvragen centraal door een accountmanager uitgezet en teruggespeeld, waarbij de wetenschappelijk inhoudelijke antwoorden worden aangevuld met politieke context en implicaties</li> <li>Signaleringsbrieven Cib hebben agenderend effect.</li> </ul>

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
2. Bevorderen infectieziektebestrijding door advies en voorlichting	2.3 Garandeert adequate sturing aan ontwikkeling in het veld door subsidieverstrekking	<i>Cib heeft moeite met taak als subsidieverlener, uitvoering dient professioneler te worden vormgegeven</i>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Jaarplan subsidiebeleid 2009”</li> <li>• “Eindrapportage Ontwikkeling van het Cib op het terrein van SOA en HIV”</li> <li>• “Advies Evaluatiecommissie Van Der Maas - Subsidies Cib finale versie”</li> </ul> <p><b>Beeld uit documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adviescommissie ziet subsidieverlening fundamenteel als acceptabele rol voor het Cib, mits op zorgvuldige wijze toegepast, met heldere criteria aan de hand waarvan subsidies kunnen worden toegekend, gewijzigd of beëindigd, gebaseerd op een inhoudelijk onderbouwde meerjarenvisie voor de infectieziektebestrijding</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deel subsidierelaties (gericht op preventie) zijn kritisch: Cib is subsidiegever en overleg wordt op strategisch niveau te weinig gevoerd. Cib evaluatie door Naem en Partners concludeerde gedeeltelijke overlap van taken met Schorer en Aidsfonds.</li> <li>• Onvoldoende oog voor preventie bij Cib. Cib heeft Schorer laten auditen, kwam uit dat Schorer goed bezig was, waarna men gestopt is met het uitvoeren van audits.</li> <li>• Subsidierelaties die gekort zijn/worden: Bezwaar op basis van procedurele tekortkoming is gewonnen. Relaties verwijten het Cib dat het blijft streven naar korting van de subsidie met als belangrijk criterium of de taken toegevoegde waarde hebben voor het Cib. Het Cib geeft aan de toegevoegde waarde voor de algemene infectieziektebestrijding als belangrijk criterium te zien</li> <li>• Door de financiële afhankelijkheid komt ook de inhoudelijke samenwerkingsrelatie met subsidierelaties onder druk</li> <li>• Taak van subsidieverstrekker ligt gevoelig en wordt niet voldoende gestructureerd en onderbouwd op basis van toekenningskader door het Cib</li> <li>• Deel subsidierelaties (gericht op protocolontwikkeling): Cib is subsidieverstrekker en wij weten elkaar makkelijk te vinden. Subsidieverstrekker ook als partner met eigen belangen aan tafel was zorg, gaat tot nu toe goed maar blijft twijfelachtig. Geen probleem tot nu toe</li> <li>• GGD-en: Op zich begrijpelijk dat dit als sturingsinstrument bij het Cib ligt. Grote vraagtekens bij uitvoering. Cib is in 2007 gestart met internationale evaluaties van subsidierelaties. Evaluatie van Hiv preventie homoseksuele mannen leverde een positief oordeel op. Vervolgens is het Cib gestopt met evaluaties; lijkt alsof resultaat niet wenselijk was / het Cib liever andere conclusies had gezien</li> </ul> <p><b>Enquête onder NGO's</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 55% vindt dat het Cib het subsidie-instrument niet effectief gebruikt om te sturen op resultaten (“outcome”)</li> <li>• Subsidierelaties scoren het Cib slecht op het hanteren van het subsidie-instrument, het ontbreken van beleid wordt als grootste knelpunt gezien</li> </ul>
	2.4 Draagt zorg voor adequate publieksvoorlichting	<i>Cib communiceert over het algemeen effectief</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectieve en creatieve professionele communicatie</li> <li>• Gestructureerde en effectieve traditionele publieke communicatie</li> <li>• Cib zou meer open kunnen staan voor suggesties uit het veld op dit onderwerp</li> <li>• Ontwikkelingslag inzet en begrip nieuwe media noodzakelijk</li> </ul>

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
2. Bevorderen infectieziektebestrijding door advies en voorlichting	2.5 Draagt zorg voor adequate richtlijnontwikkeling (inhoudelijke ontwikkeling en daadwerkelijke toepassing)	<p><i>Richtlijnen zijn state-of-the-art en worden zeer gewaardeerd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sterke ontwikkeling van professionele richtlijnen, uitvoering proces van ontwikkeling, inspraak, wetenschappelijke en praktische toetsing in ingericht</li> <li>Monitoring van gebruik van richtlijnen verdient meer aandacht</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Handboek Richtlijnen", CIB, 2008</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GGD-en: Richtlijnen voortvarend ontwikkeld en aangescherpt, met breed draagvlak bij uitvoerders.</li> <li>GGD-en: sterke richtlijnontwikkeling van LCI en ondersteuning</li> <li>LCI overgenomen van GGD NL, is sindsdien sterk ontwikkeld. Professionele richtlijnen versterkt: aansluiting bij WIP activiteiten en niet-geneeskundige aspecten. Taak toezien op gebruik richtlijnen moet beter ontwikkeld worden door LCI.</li> <li>Onvoldoende duidelijk of goed is aangesloten bij beroepsverenigingen. Niet duidelijk of er voldoende aandacht is voor gebruik van protocollen in de dagelijkse praktijk.</li> <li>Monitoring komt op gang, maar vraag is of dit sterk genoeg wordt ingezet <ul style="list-style-type: none"> <li>GGD-NL: visitatiestructuur</li> <li>IGZ: toets op geprotocolleerd werken</li> <li>Certificerende instanties: procedurele toets</li> </ul> </li> <li>Preventie-instellingen: voor effectieve bestrijding is er meer nodig dan epidemiologische input; het CIB heeft weinig kennis van en oog voor preventie</li> <li>WIP: Richtlijnen WIP worden door CIB terecht als aparte tak van sport gezien</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>93% vindt dat het CIB bijdraagt aan het verhogen van het professionaliteitsniveau van GGD-en</li> <li>100% vindt dat het LCI succesvol vorm geeft aan de ontwikkeling van richtlijnen</li> <li>92% vindt dat GGD actief monitoren en sturen op het ook daadwerkelijk gebruik van de richtlijnen in de dagelijkse praktijk</li> <li>Volgens de GGD-en draagt het CIB bij aan het verhogen van de professionaliteit van de GGD-en met de richtlijnen en protocollen. Ook noemen zij vaak het eigen VISI traject dat hiertoe heeft bijgedragen</li> <li>GGD-en geven weinig concrete antwoorden op de vraag of zij actief sturen op het daadwerkelijk gebruiken van richtlijnen in de dagelijkse praktijk</li> </ul>
	2.6 RVP programma management en uitvoering verloopt adequaat	<p><i>Uitvoering verloopt adequaat, integratieproces entadministraties is nog in volle gang</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RVP onderhoud goed gestructureerd</li> <li>Communicatiestrategie over RVP verdient herijking op basis van ervaringen met HPV campagne</li> <li>Nog veel management aandacht nodig voor integratie RCP</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Onderzoek Kosten RVP", Berenschot, 2005</li> <li>Infectieziektebulletins, Website RIVM</li> <li>The National Immunisation Programme in the Netherlands – developments in 2007</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GGD-en: uitvoering RVP door GGD en thuiszorg is suboptimaal. Prijsstelling is niet gebaseerd op kostprijs (taak NZa) en houdt onvoldoende rekening met verschil in uitvoering in stedelijk of ruraal gebied. Niet voldoende om alleen medisch inhoudelijk te communiceren.</li> <li>Uitvoering RVP was vanuit historie lokaal gefragmenteerd georganiseerd. Bij CIB weinig kennis over de entadministraties omdat deze nog bij elkaar moeten worden gebracht.</li> <li>Relatie met het NVI in het kader van vaccinatieonderzoek blijft liggen. Beide organisatie noemen het als pijnpunt maar kunnen de brug niet slaan. Ze zitten in elkaars vaarwater sinds formele scheiding in 2003. Beide organisaties verrichten onderzoek op vergelijkbare onderwerpen maar met verschillende onderzoeksdoelstellingen. Kansen voor samenwerking of gezamenlijk onderzoek worden hierdoor gemist. Daarnaast komen in de keten van distributie geen verbeteringen. NVI en CIB geven verschillende adviezen.</li> <li>RCP is druk bezig met de inrichting van RCP bij CIB.</li> </ul> <p><b>Enquête GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Op de verschillende onderdelen die het CIB rondom het RVP uitvoert, vindt een meerderheid van de GGD-en dat het CIB hier goed op scoort</li> <li>De GGD-en ervaren voldoende inhoudelijk ondersteuning van het CIB op het gebied van het RVP</li> <li>Het verzorgen van de communicatie rondom het RVP kan beter, HPV vaccinatie wordt veelvuldig genoemd als voorbeeld</li> </ul>

7.2.3 Outputcriteria: Inzicht in Infectieziekten garanderen door uitvoeren Diagnostiek, Surveillance en Onderzoek

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
<b>3. Inzicht infectieziektebestrijding door uitvoering Diagnostiek, Surveillance en onderzoek</b>	3.1 Cib voert relevante eigen diagnostiek adequaat uit	<i>Hoge kwaliteit expertise en faciliteiten</i>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Research strategy 2008-2013, Cib 2007</li> <li>• Jaarplan Cib 2005 - 2009</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cib is zelf goed in diagnostiek en beschikt over state-of-the-art expertise; en waneer ze er niet uit komen, zoeken zij goed de samenwerking met andere laboratoria op</li> <li>• Eigen diagnostiek binnen het Cib is sterk vormgegeven, het Cib speelt een leidende rol in het optimaliseren van de diagnostiek bij uitbraken en slaagt erin hier steeds sneller te acteren</li> </ul> <p><b>Enquête GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opmerking een GGD: Niet zichtbaar hoe diagnose garantie vastgelegd is. Het Cib/LIS kan veelal dit niet zelf garanderen of heeft daarvoor als wetenschappelijk instituut onvoldoende capaciteit en niet ingericht op snelheid, zie bv Q-koorts in aanvang. Hoe dit dus geregeld is ten tijde van crisis en voor welke pathogenen is onbekend bij GGD-en</li> </ul>

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
<p><b>3. Inzicht infectieziektebestrijding door uitvoering Diagnostiek, Surveillance en onderzoek</b></p>	<p>3.2 Draagt zorg voor adequate landelijke diagnosecapaciteit</p>	<p><i>Zorg voor landelijke diagnosecapaciteit voor verbetering vatbaar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trage ontwikkeling MML verbeteringen (kwaliteitsstandaard, opschaling) - invloed CIb beperkt</li> <li>• Strategie voor ontwikkeling nationaal netwerk van referentielabs ontbreekt – concurrentiële verhouding</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008-11 Rapport Medische Microbiologie</li> <li>• Review of the Netherlands Tuberculosis Control Programme, 2008</li> </ul> <p><b>Beelden uit documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referentietak van het LIS is informeel vormgegeven. Er wordt onvoldoende gewerkt met richtlijnen en kwaliteitscontrole in MML's. LIS verzorgt trainingen, maar dit is niet zeer bekend</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arts-microbioloog STZ ziekenhuis: tevreden over samenwerking met CIb. Wel moet CIb meer armslag krijgen van VWS om nog betere samenwerking aan te gaan met het veld, onder andere rond informatisering van kennisuitwisseling</li> <li>• Tekortkomingen in afspraken over opschaling en kwaliteitswaarborging. CIb geen formele bevoegdheden en dus afhankelijk van samenwerkingsbereidheid. Relatie tussen MML's en CIb is ingewikkeld vanwege concurrentieverhoudingen, toch in het algemeen grote bereidheid tot samenwerking.</li> <li>• Samenwerking tussen GGD-en, MML's en CIb is sterk verbeterd. Het CIb voert geen eenduidig beleid op het opzetten van een netwerk voor referentielaboratoria. Middelen om hierop te kunnen te sturen ontbreken</li> <li>• Pilot netwerk voor referentielabs is op gang voor MRSA (TypeNed o.l.v. VUm), initiatief komt van het veld, CIb faciliteert maar zou dit actiever kunnen stimuleren</li> <li>• GGD-en:CIb biedt goede ondersteuning in het tot stand brengen van contractuele relaties tussen GGD-en en MML's. Verruiming van de mogelijkheden door OGZ en SOA diagnostiek</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GGD-en geven een gemengd beeld over het functioneren van de OGZ diagnostiek</li> <li>• GGD-en geven aan dat zij voldoende mogelijkheden hebben voor het laten uitvoeren van zeldzame of bijzondere diagnostiek. Enkele GGD-en maken hierbij de opmerking dat zij weinig gebruik maken van de faciliteiten van het CIb</li> <li>• GGD-en geven aan onvoldoende inzicht te hebben of het CIb een adequate rol speelt in het garanderen van voldoende capaciteit en kwaliteit van laboratoriumdiagnostiek ten tijde van een crisis, omdat er heeft zich geen crisis voor gedaan in de regio van de desbetreffende GGD-en. GGD-en die ervaring hebben met de Q-koorts uitbraak geven aan dat er volgens hen destijds onvoldoende capaciteit was bij het CIb zelf</li> <li>• GGD-en geven aan dat zij weinig ondersteuning ervaren van het CIb voor het opstellen en onderhouden van de contracten met de Microbiologische Laboratoria. Het CIb heeft echter modelovereenkomsten ontwikkeld die via RAC-ers naar de GGD-en zijn ontsloten.</li> </ul> <p><b>Nederlandse Werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIb heeft hier feitelijk niet de invloed/middelen/instrumenten voor, behalve professionele overtuiging en een beperkt budget voor OGZ-diagnostiek. Privatisering van MML's en ontbreken van sturingsbudget bij het CIb heeft sturingsmogelijkheden weggenomen</li> <li>• COM model is opgezet t.b.v. coördinatie van OGZ taken en aansluiting tussen labs en RIVM; COM model werkt goed, bijvoorbeeld zichtbaar in korte lijnen tussen regio's en CIb bij Mexicaanse griep</li> </ul>

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
<p><b>3. Inzicht infectieziektebestrijding door uitvoering Diagnostiek, Surveillance en onderzoek</b></p>	<p>3.3 Beheert en ontwikkelt adequate surveillance en signalering systematiek (landelijk en aansluiting internationaal)</p>	<p><i>Surveillance verbeterd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance and signaleringssystemen verbeterd (bijv. signaleringsoverleg, ontwikkeling ISIS-AR i.s.m. MML's, INF@CT)</li> <li>• Systemen zijn echter nog relatief versnipperd en niet flexibel om snel te kunnen worden aangepast bij nieuwe dreigingen</li> <li>• Concrete knelpunten in data uitwisseling surveillance worden geadresseerd               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beperkte informatie-uitwisseling vanwege (privacy)gevoeligheid</li> <li>- Gevoelige monitoring informatie wordt nog niet altijd volledig met CIb gedeeld vanwege WOB-verplichtingen</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiemsurveillance nota (Web versie)_tcm7-14174</li> <li>• Infectieziektebulletins</li> <li>• Review of the Netherlands Tuberculosis Control Programme, 2008</li> </ul> <p><b>Beelden uit documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op dit moment wordt een nieuw meldingssysteem voor uitbraken van nieuwe types van het influenzavirus ontwikkeld onder de naam Pandora. Daarin kunnen diverse bestaande databases (van GGD, RIVM, Voedsel en Waren Autoriteit) en aanvullende vragenlijsten met elkaar gekoppeld worden, met als doel het optimaliseren van de bestrijding en onderzoek van humane infecties met aviaire influenza of dreigende pandemische influenza</li> <li>• Verschillende TB dataregistratie systemen dienen sterker gekoppeld/geïntegreerd te worden om duplicatie te vermijden en snellere rapportage mogelijk te maken</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenhuis: Feitelijke inzicht in wat er gaande is, is nu op sommige terreinen niet compleet. Veel verschillende peilstations.</li> <li>• Meerdere geïnterviewden: surveillance verbeterd door betere relatie met GGD-en</li> <li>• Het is onduidelijk of het CIb voldoende zorgvuldig omgaat in de Surveillance activiteiten met beperkingen die voortkomen uit de privacywetgeving</li> <li>• GGD-en: CIb werkt met OSIRIS, GGD-en hebben geen uniform EPD systeem en koppeling met OSIRIS is niet altijd optimaal; CIb zou regionaal kunnen spelen in uniformeren</li> <li>• Arts-microbioloog STZ ziekenhuis: Surveillance loopt goed, kan nog beter met ISIS. Alles wordt gemeld bij GGD. Dat sommige informatie elders wordt verzameld (bijv TB) is geen probleem zolang goed wordt samengewerkt en uitgewisseld</li> <li>• Op enkele gebieden ontbreekt feitelijk inzicht omdat dataverzameling bij andere instellingen plaats vindt. Er moet met deze instellingen beter gecommuniceerd worden (bijvoorbeeld informatie over zoönosen, TB en hepatitis)</li> <li>• Het CIb filtert binnenkomende signalen op significantie hetgeen zeer nuttig is; soms kunnen signalen die inhoudelijk niet interessant zijn echter wel politiek/media gevoelig zijn hetgeen een overweging kan zijn om signalen toch door te spelen</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OSIRIS functioneert naar behoren volgens de GGD-en, enkelen geven aan dat ze lokaal suboptimale applicaties voor gegevensverwerking en beheer draaien</li> <li>• Niet alle GGD-en hebben zicht op (of te maken met) de activiteiten van het CIb op het gebied van epidemiologie. Enkele GGD-en die wel ervaring hebben waarderen de activiteiten van EPI maar zien de onderzoeksinsteek soms op gespannen voet staan met bestrijdingsactiviteiten</li> <li>• Het signaleringsoverleg en INF@CT worden door de GGD-en positief gescoord</li> </ul>



Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
<p><b>3. Inzicht infectieziektebestrijding door uitvoering Diagnostiek, Surveillance en onderzoek</b></p>	<p>3.4 Voert hoogwaardig en gerespecteerd onderzoek uit op relevante onderzoeksgebieden</p>	<p><i>Sterke focus hierop door Cib, gemengd beeld over invulling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algemeen beeld: onderzoeksreputatie en relevante output groeit</li> <li>Succesvol co-op model met universiteiten</li> <li>Keuzes in onderzoeksprioriteiten meer gestructureerd vormgeven en transparant maken naar buitenwereld</li> <li>Spanning tussen identificeren leemtes en eigen onderzoekspraktijk; schijn van belangenverstrengeling dient geadresseerd</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Advisering onderzoeksbeleid Cib nota DR 051206</li> <li>Towards a strategy for research and development management</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cib heeft onderzoeksactiviteiten op de kaart gezet. Door eigen onderzoeksprogramma te ontwikkelen en met sterke interactie met een netwerk van centra op het gebied van infectieziekten door middel van AIO-plaatsen binnen het Cib, deeltijdaanstellingen van Cib'ers bij uni's.</li> <li>Het lijkt soms alsof de ambitie bij het Cib groter is dan de middelen die beschikbaar zijn.</li> <li>Het onderzoeksveld lijkt het Cib als volwaardig partner te accepteren. Voorheen veel kritiek op onderzoek van RIVM.</li> <li>Meer synergie mogelijk met de LNV-sector</li> <li>Te weinig gedragsmatig onderzoek gedaan door het Cib.</li> <li>Spanning op dit gebied met het NVI. NVI wil meer deelgenoot zijn op het gebied van onderzoek en meent dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van expertise</li> <li>In specifieke situaties wordt neiging Cib beschreven om onderzoeksdata niet extern ter beschikking te stellen (bijv. t.b.v. stammenonderzoek)</li> </ul> <p><b>Nederlandse Werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RIVM labs die destijds dreigden te marginaliseren hebben weer een professionaliseringskans gekregen en maken deze op gebieden waar (bijv. virologie); Bacteriologie blijft echter een zwakte</li> <li>Keuze voor rol die Cib in onderzoek wil spelen is discutabel. Huidige overtuiging van Cib is dat om gezaghebbend te zijn het nodig is om sterk in te zetten op wetenschappelijk onderzoek. Cib neigt echter naar het worden van een nieuw "universitair centrum"; hier is geen behoefte aan en dat geeft oneerlijke concurrentie omdat universiteitsgroepen hun projecten verkrijgen vanuit peer-reviewed competitieve funders. De onderzoeksprojecten bij RIVM gebaseerd op de kennisvragen van VWS worden niet peer-reviewed behalve bij publicatie.</li> <li>Vanuit de praktijk is er echter veel meer behoefte aan praktisch / pragmatisch onderzoek gericht op effectiviteit van bestrijding, aansluiting van interventies op behoeften van gemeentes, richtlijn optimalisatie en onderzoek naar toepassing, etc. Het lijkt of het Cib niet fundamenteel heeft nagedacht over de vraag: wie bedienen we en aan welke inzichten is behoefte</li> </ul> <p><b>Beelden internationale werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In many areas, Cib is leading European institution, e.g. vaccine group has very strong reputation</li> <li>The Cib is extremely laboratory based and lacks capabilities in social or economic sciences. The Cib should concentrate on a broader horizon with social sciences and communications. Viruses change with people, not in labs; the research should focus on people and their behaviour. Shift focus to informatics, horizon scanning, intervention evaluation, understanding disease patterns</li> </ul>

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
3. Inzicht infectieziektebestrijding door uitvoering Diagnostiek, Surveillance en onderzoek	3.5 Draagt zorg voor samenhang van onderzoeksactiviteiten op het gebied van infectieziektebestrijding	<p><i>Geen invulling aan gegeven door het Cib; is in de praktijk niet haalbaar gebleken</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nationaal onderzoeksprogramma is nooit opgesteld</li> <li>Afbakening verantwoordelijkheid tussen Cib en ZonMw dient te worden verduidelijkt</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Advisering onderzoeksbeleid Cib nota DR 051206</li> <li>Towards a strategy for research and development management</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het jaarprogramma van het Cib voor wetenschap ligt dicht tegen zaken aan die ZonMW ook uitvoert.</li> <li>Nationaal onderzoeksprogramma niet bekend. Wel van belang om keuzes te maken op welke gebieden NL excellent wil zijn en welke gebieden we overlaten aan anderen. Lijkt een gebrek aan visie/tijd om hier strategisch en groot over na te denken. Niet onderzoekje, hier en daar.</li> <li>Cib kan eigen onderzoekleemtes vaststellen en vervolgens inschrijven in competitie om dit onderzoek uit te voeren. Dit riekt soms naar bevoordeling omdat Cib leemtes kan spotten waar zij zelf onderzoek op kunnen uitvoeren</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GGD-en geven aan dat zij graag ondersteund willen worden door het Cib in onderzoek.</li> </ul> <p><b>Enquête onder NGO's</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Subsidierelaties geven aan dat het Cib het onderzoeksveld breder zou moeten trekken naar o.a. gedragsbeïnvloeding</li> <li>63% is het oneens met de stelling dat het Cib onderzoek stimuleert naar infectieziekten in Nederland door witte vlekken op te sporen en hiervoor onderzoeksprogramma's op te zetten. Teveel gericht op curatie en te weinig op gedrag.</li> </ul>
	3.6 Cib zorgt voor goede aansluiting van eigen onderzoek naar praktische toepassing / uitvoering	<p><i>Voor verbetering vatbaar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aandachtspunt is een te wetenschappelijke benadering</li> <li>Vertaalslag naar de praktijk kan beter, o.a. door beter betrekken van LCI bij praktische vertaling van onderzoeksresultaten</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Advisering onderzoeksbeleid Cib nota DR 051206</li> <li>Towards a strategy for research and development management</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cib onderzoek sluit nog onvoldoende aan op de praktijk, teveel topdown. Cib zou zich dienstbaarder kunnen opstellen naar de professionals in de periferie. Gebruik bijvoorbeeld Academische werkplaatsen waar beleid, praktijk en onderzoek samen komen. Hiermee kan ook de interactie op lokaal en regionaal niveau verbeteren</li> <li>GGD-en: Flinke ontwikkelslag gemaakt door Cib. Aandachtspunt is risico van te wetenschappelijke benadering. Het is van belang een goede vertaalslag maken van onderzoeksresultaten naar implementatie in de praktijk van bestrijding door GGD-en</li> </ul> <p><b>Enquête onder GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GGD-en geven aan dat de meeste onderzoeken die gedaan worden bij het Cib niet altijd bekend zijn waardoor onduidelijk is of resultaten bruikbaar zijn voor de praktijk.</li> <li>Toch vindt ongeveer 60% dat resultaten van onderzoek bruikbaar zijn in de praktijk.</li> </ul>

Hoofdtak	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
Alle drie hoofdtaken	3.7 De inrichting van de organisatie van het Cib sluit aan bij de taken	<p><i>Voor verbetering vatbaar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollen intern tussen afdelingen nog niet in alle gevallen helder uitgekristalliseerd</li> <li>• Nog beperkte interne samenwerking op onderwerpen met multidisciplinaire teams. Betere benutting van samenwerkingspotentieel met andere afdelingen van Cib en centra binnen het RIVM noodzakelijk.</li> <li>• Uitgebreid en ongelijkvormig takenpakket (onderzoek, bestrijding, uitvoering) levert kansen, maar ook bovengemiddelde managementrisico's</li> <li>• Aandacht wordt met name gericht op medisch inhoudelijk onderzoek, sociaal en economisch onderzoek blijven onderbelicht</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Management review over 2006 en 2007</li> <li>• Evaluaties Q-koorts (2x) en Salmonella</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinatie van inhoudelijke taken (onderzoek, ketenregie, diagnostiek, surveillance) en uitvoerende taken (RVP) is wenselijk. Voorwaarde is wel dat men zich goed bewust is van verschillen in aansturing van deze activiteiten</li> <li>• Rol en positie LZO nog niet helder uitgekristalliseerd</li> <li>• Samenwerking over afdelingsgrenzen heen kan worden versterkt, hier liggen goede kansen. Er bestaan verschillende multidisciplinaire teams waarin samenwerking tot stand komt             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Responsteams: goed functionerende multidisciplinaire aanpak. Afstemmingsproblemen in beginfasen (bijv. EPI/LCI bij Q-koorts) zijn weggenomen, er wordt geleerd van ervaringen</li> <li>– RVP: sterk vanuit onderzoek ingestoken, praktische aansluiting kan sterker</li> <li>– SOA: sterk vanuit EPI ingestoken, aansluiting diagnostiek/labs kan versterkt</li> </ul> </li> <li>• Intern leven verschillende beelden over het nut van multidisciplinaire teams. Het management wil geen nieuwe formele structuren. Mensen moeten samenwerken op onderwerpen maar niet in een strakke structuur.</li> <li>• Afstemming tussen andere centra RIVM (bv CvB) en Cib vindt onvoldoende plaats, ze nemen soms tegengestelde posities in en kijken te weinig naar de interne parallellen (bijv griep). VWS heeft hier overigens ook een rol in</li> </ul> <p><b>Beelden internationale werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "There is an opportunity to become a more modern network oriented organization. As of today, the Cib remains "old-school" laboratory oriented. They could operate more as consultants; research based but solution orientated. Open the windows."</li> <li>• "The differentiation between two laboratories is not entirely clear. There appears to be overlap between LIS and LZO and at times a competitive attitude. The fact that they have different budgeting systems and partly different clients may inhibit effective cooperation".</li> <li>• "The Cib appears to be extremely laboratory based, no people in social or economic sciences. That is not completely useful anymore. The Cib could concentrate on a broader horizon with social sciences and communications".</li> </ul>

### 7.3 BEVINDINGEN M.B.T. AFSTEMMING, COMMUNICATIE EN AANSTURING ANDERE PARTIJEN

Aspect	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
4. Afstemming, communicatie en aansturing van VWS	4.1 De aansturingrelatie VWS-Cib is helder en werkbaar	<p><i>Gaat redelijk goed maar vraagt om verdere invulling van de relatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoge roulatie beleidsadviseurs binnen VWS lastig</li> <li>• Onderlinge afspraken over adviestrajecten bestaan en functioneren in de praktijk</li> </ul>	<p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen VWS is er een relatief hoge roulatie onder (senior)beleidsadviseurs. Dit kan leiden tot minder effectieve aansturing en interactie tussen VWS en Cib. Gebrek aan inzicht in context leidt tot neiging om op detail niveau te willen sturen. Het ontbreekt op dit niveau aan gevoel voor de "bigger picture". Hieraan zou een betere duiding van PG leiderschap kunnen bijdragen. Men is zich hiervan bewust. Doel is om roulatie stabiel op/boven gemiddeld te houden</li> <li>• Voor verschillende vormen van ad-hoc adviesvragen van VWS aan het Cib zijn werkafspraken gemaakt. Dit varieert van specifieke informatievragen, tot ondersteuning bij het beantwoorden van TK vragen en formele zware adviesvragen. De account manager binnen de afdeling BBA speelt een belangrijke coördinerende rol</li> <li>• Aansturing d.m.v. gedetailleerde kennisvragen werkt niet in het geval van infectieziektebestrijding; het Cib moet hier een breed geformuleerde opdracht krijgen en niet op een te groot detail niveau worden aangestuurd</li> </ul>
	4.2 Jaarlijkse werkplanning en begroting verloopt zorgvuldig en productief	<p><i>Hoofdpdrachtgeverschap vanuit VWS-PG adequaat in huidige vorm</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aansturing op hoger detailniveau niet wenselijk</li> <li>• Operationele verbeteringen vinden plaats</li> </ul> <p><i>Afstemming een Vanuit VWA levert operationele problemen op</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inrichting van opdrachtgeverschap, verdeeld over VWS-PG, VWS-VGP en VWA leidt tot onvoldoende afstemming van de offertes en fragmentatie in het werkprogramma</li> </ul>	<p><b>Bestudeerde documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennisvragen Cib 2008/2009, Kennisvragen pr 3 en 7 2005</li> <li>• Voorbereiding kennisvragen/offertetraject Cib 2010</li> </ul> <p><b>Beelden uit documentatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koppeling beleidsmedewerkers VWS met projectleiders Cib kan verbeterd, voortgangsrapportages functioneren goed, project beoordelingscyclus kan beter uitgevoerd</li> <li>• Samenhang tussen projecten en overkoepelende verschuivingen (zoals meer inzet op zoönose) zijn moeilijk uit de projectbeschrijvingen te filteren. Ook de samenhang met het overige werkzaamheden van het Cib en het RIVM die een andere financieringsbron hebben zijn niet tot lastig te zien</li> <li>• Als gevolg van de inrichting van de opdrachtverlening op het gebied van Zoönosen zijn de offertes voor VWS-PG en VWA/VWS-VGP onvoldoende op elkaar afgestemd. Dit staat integrale aanpak in de weg</li> </ul> <p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Middels kennisbrieven wordt het Cib aangestuurd door VWS, deze zijn op hoofdlijnen geformuleerd omdat de kennis over wat belangrijk is binnen infectieziektebestrijding bij het Cib zit</li> <li>• Aansturing van het Cib door VWS gaat door middel van kennisvragen; maar vindt plaats op hoofdlijnen; filosofie is dat RIVM een basisinfrastructuur nodig heeft om op momenten dat het echt nodig is te kunnen reageren. Dit vergt een stabiele "onderlaag" in financiering</li> <li>• Er bestaat aan beide kanten onvrede over de werkwijze rond voortgangsrapportages en projectevaluatieformulieren. Dit vergt veel tijd en heeft beperkte toegevoegde waarde</li> <li>• Cib merkt op dat opdrachtgeverschap vanuit VWA op een groot detail niveau gaat en dat men hier last van heeft. Dit is moeilijk te beoordelen vanuit VWS. Het zou meer voor de hand liggen als de opdrachtverlening vanuit LNV loopt i.p.v. VWA</li> </ul> <p><b>Beelden Nederlandse Werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opdrachtformulering vanuit VWA. Dit loopt moeizaam, er worden zeer gedetailleerde onderzoeksvragen neergelegd die niet synchroon lopen met prioriteiten van het Cib</li> </ul>

Aspect	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
4. Afstemming, communicatie en aansturing van VWS	4.3 Cib en VWS erkennen elkaars professionalisme en verantwoordelijkheden en steunen elkaar hierin	<p><i>Goed maar kent spanning in de relatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verschil tussen beleidsmakers en wetenschappers levert soms onbegrip voor elkaar op</li> <li>Op operationeel niveau deze spanningen minder aanwezig</li> </ul>	<p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>VWS ziet duidelijk meerwaarde; beleidsdivisie voor infectieziekten is te klein om op alle vlakken over de juiste expertise te beschikken, Cib voedt het ministerie inhoudelijk, dit werkt goed</li> <li>Aard van de professionaliteit bij Cib en VWS is verschillend; wetenschappers vs. beleidsmakers/bestuurkundigen. Dit levert een natuurlijke spanning op; van belang is dat men elkaars perspectief begrijpt en respecteert</li> <li>Er zit een verschil in de opvatting van het Cib en VWS over wat er onder beleidsadvisering wordt verstaan. Indien vanuit wetenschappelijk oogpunt een dreiging geen aandacht verdient kan politieke aandacht wel degelijk wenselijk zijn i.v.m. risicoperceptie</li> </ul>
	4.4 Het Cib gaat zorgvuldig om met hun bijzondere positie en ondersteunen de minister	<p><i>Adequaat in ondersteuning van minister, meer gevoel voor politieke verhoudingen soms gewenst</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Goede ondersteuning in beantwoording kamerbrieven</li> <li>Goede verdeling in communicatie tijdens uitbraken</li> <li>Cib kent de politieke gevoelheden in het bereiken van andere partijen soms onvoldoende of maakt te weinig gebruik van de relaties van VWS</li> </ul>	<p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cib weet VWS effectief te ondersteunen bij beleidsvorming en beantwoorden van vragen TK / AO's door feitelijke informatie te leveren</li> <li>Communicatie VWS: zeer goede rolverdeling tussen wanneer het Cib in het openbaar communiceert en wanneer de minister</li> <li>Het Cib heeft ook een opdrachtnemer relatie met andere partijen (bijv. LNV, SZW, VWA). Hierover wordt adequaat afgestemd met de primaire opdrachtgever (VWS-PG).</li> <li>Bij het agenderen/signaleren van problemen en gewenst beleid buiten het domein van VWS zoekt het Cib soms een directe route, terwijl VWS kan ondersteunen via de eigen ambtelijke kanalen. Dit gaat in de praktijk echter steeds beter.</li> </ul>

### 7.3.1 Afstemming, communicatie en aansturing klanten/ketenpartners

Aspect	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
5. Afstemming, communicatie en aansturing van klanten/keten partners	5.1 Er is voldoende wederzijds respect en vertrouwen voor effectieve samenwerking met het veld	<p><i>Cib krijgt veel respect door expertise, relaties met veldpartijen echter niet altijd gebaseerd op wederzijds vertrouwen en respect</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cib als het expertise centrum van Nederland wordt algemeen onderkend</li> <li>Wederzijds vertrouwen en respect verschilt per veldpartij en is mede afhankelijk van de positie en het belang van de veldpartij</li> <li>Hierdoor niet met iedere veldpartij een effectieve samenwerking tot stand gekomen</li> </ul>	<p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MML STZ ziekenhuis: zeer tevreden over het Cib: eindelijk een counterpart op nationaal niveau</li> <li>Academisch ziekenhuis: Eén centraal professioneel en deskundig aanspreekpunt in plaats van lappendeken van onervaren GGD-en</li> <li>Deel subsidierelaties (op preventie gericht): preventiekant wordt genegeerd wordt door het Cib, dit belemmert een effectieve samenwerking</li> </ul> <p><b>Enquête NGO's</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het wederzijds vertrouwen en respect verschilt per NGO. Met name de NGO's actief in soa/aids, zoals HIV/SOA NL, en Schorer hebben een verstoorde relatie met het Cib</li> <li>De relatie met KNCV is moeizaam tot stand gekomen maar sterk verbeterd nadat goede samenwerkingsafspraken zijn gemaakt</li> <li>De relaties zijn vaak verstoord geraakt omdat historische posities opgegeven moeten worden en daarnaast de subsidieverlening die via het Cib loopt</li> </ul> <p><b>Enquête GGD-en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prettig om een centraal aanspreekpunt te hebben.</li> <li>Professionele ondersteuning wordt ook zeer gewaardeerd, daarin wordt het Cib gerespecteerd</li> <li>Vraag om meer inzicht en vertrouwen in de lokale activiteiten van de GGD-en</li> </ul>

Aspect	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
<p><b>5. Afstemming, communicatie en aansturing van klanten/keten partners</b></p>	<p>5.2 Het Cib slaagt erin een brugfunctie te vervullen tussen de veterinaire en humane wereld</p>	<p><i>Brugfunctie wordt aan gewerkt maar is nog niet volledig geslaagd. Samenwerking wordt actief gezocht.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doordat de samenwerking tussen het humane en veterinaire domein niet vanzelfsprekend verloopt zijn er lacunes in het inzicht in dreigingen en signalering</li> <li>• Tevens ontbreekt het aan een integrale aanpak en aan duidelijkheid over wie actie moet ondernemen bij dreigingen</li> </ul>	<p><b>Beelden uit interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brugfunctie tussen humaan en veterinair kan nog verder verbeterd. En moet ook door klimaatverandering. Infectieziekten zijn in opkomst. Volksgezondheid gedraagt zich nog te afgezonderd en in koninkrijkjes. Meer centrale en integrale aansturing nodig. Het Cib heeft al wel veel verbeterd, met name door aansturing van lokale GGD-en met te weinig ervaring</li> <li>• Wel paar verbeterpunten. Cib benadert infectieziekten sterk vanuit het humane. De brugfunctie met veterinair zouden ze nog beter kunnen vervullen. Samenwerking verloopt steeds beter via liason officer VWA. Meer gevoel voor wat er in andere werelden speelt. Dat is lastig voor ze, want ze hebben de GGD-en niet aan een lijntje. Cib heeft – meer dan VWA - de rol om partijen bij elkaar te brengen en een gemeenschappelijke belangenafweging te organiseren. Dat gaat steeds beter. Bij ongenueanceerde communicatie vanuit de humane kant zet de landbouwsector de hakken in het zand. Daar is het algemene belang van infectieziektebestrijding niet bij gebaat.</li> <li>• Cib heeft infectieziekten weer stevig op de kaart gezet. Er wordt meer en anders over geschreven. Cib heeft een goede aanjaagfunctie vervuld, ook richting de veterinaire keten bijvoorbeeld rond Q-koorts, antibioticagebruik (MRSA). Samenwerking met VWA verliep in begin lastig, zitten een beetje op elkaars terrein. Is inmiddels verbeterd. Groot verschil: LNV is in dierneten in de lead, Cib is meer geprofileerd dan vergelijkbare instituten in de dierneten. Geen grote punten van kritiek</li> <li>• Effectiviteit van OMT adviezen Q-koorts beperkt vanwege remmende werking belangenconflict Humaan/veterinair: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Veld had onmogelijke verwachtingen bij impact van maatregelen</li> <li>– LCI doet bij samenstellen OMT pogingen om Vet belang goed te betrekken bij besluitvorming</li> <li>– Maar ook bij BAO stuit men op implementatieproblemen</li> <li>– Bij 1 domein: functioneert prima (bijv. Marburg), bij meerdere domeinen: paralyseert</li> </ul> </li> <li>• Rol en positie van het LZO zijn nog niet helder uitgekristalliseerd. LZO heeft enerzijds te maken met de humane invalshoek, anderzijds met de veterinaire en milieu invalshoek. Hier raakt de humane keten de veterinaire keten en daarin moet het LZO zijn positie nog bepalen, dat is lastig want je hebt met andere partijen te maken op het veterinaire vlak die overlap hebben met activiteiten van LZO. Hoe zijn rollen en taken verdeeld?</li> </ul> <p><b>Nederlandse Werkgroep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brugfunctie tussen humane en veterinaire werelden komt onvoldoende tot stand. Cib redeneert uiteraard sterk vanuit perspectief humane gezondheid maar doet dit op sommige gebieden in de samenwerking met veterinair als de dominante partner en niet als gelijke partner de specifieke veterinaire expertise erkennend.</li> <li>• GGD-en en Cib hebben weinig te zoeken in het primaire sector (landbouw) domein</li> <li>• Verbinding komt langzaam op gang op nationaal niveau tussen VWS en LNV</li> <li>• Er zijn veel kansen voor het Cib om zich meer op samenwerking te richten (bijv. GD) maar deze worden onvoldoende opgepakt</li> </ul>

7.4 **BEOORDELING VAN HET PRESTEREN CIB VANUIT HET VELD**

Aspect	Criterium	Oordeel	Bevindingen uit krachtenveldanalyse
<b>6. Beoordeling prestaties CIB vanuit het veld</b>	6.1 Het CIB heeft volgens het veld de juiste opdracht, gelet op de knelpunten	• Positief	<ul style="list-style-type: none"> <li>In het veld bestaat geen vastomlijnd beeld van de exacte knelpunten die voor de landelijke overheid aanleiding waren voor de oprichting van het CIB</li> <li>Veel partijen geven aan dat de knelpunten die zij zelf ervoeren met de komst van het CIB zijn verholpen (versnippering, tekort professionaliteit, geen aanspreekpunt)</li> <li>Op twee punten bestaat discussie. In het veld worden vraagtekens geplaatst bij de rol van het CIB in de subsidieverstrekking en eigen wetenschappelijke activiteiten</li> </ul>
	6.2 Het CIB geeft volgens het veld goed uitvoering aan zijn opdracht	• Positief	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het veld is zeer positief over de verbeteringen die het CIB in vijf jaar tot stand heeft gebracht, zeker gezien het complexe krachtenveld</li> <li>Positief is men ook over de leercurve die het CIB en de keten laat zien. In elke stap, bij elke (kleine) uitbraak wordt geleerd en verbeterd</li> <li>Er zijn twee punten van kritiek die van belang zijn bij deze vraag</li> <li>Het CIB maakt onvoldoende gebruik van expertise in het veld. In sommige gevallen oordeelt men dat het CIB zich te weinig op als netwerkpartij</li> <li>Er zijn vraagtekens bij de dominante medisch-wetenschappelijke oriëntatie</li> </ul>
	6.3 Het CIB voldoet aan de verwachtingen en behoeftes van het veld	• Gemengd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partijen in de keten geven aan dat er veel verbetering is aangebracht in de samenwerking in de keten, informatieverstrekking, structurering</li> <li>Bij specifieke bestrijdingsstrategieën (bijv. SOA) bestaat behoefte aan aandacht voor aanpalende terreinen die buiten het kerndomein van het CIB vallen</li> <li>Binnen de veiligheidsketen is behoefte aan meer contact, afstemming en samenwerking</li> </ul>
	6.4 Het veld acht de huidige omvang van het CIB de juiste haar taken adequaat uit te voeren	• Gemengd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Over de omvang van het CIB hebben de meeste veldpartijen geen oordeel, voor zover zij daar een beeld van hebben</li> <li>Het veld geeft aan dat het CIB nog vaak wordt ervaren als een eilandenrijk. Er worden suggesties gedaan voor een accountmanager en betere interne afstemming</li> <li>Enkelen hebben de indruk dat het CIB teveel een moloch wordt in plaats van een netwerkspeler. Dit heeft eerder te maken met opstelling dan omvang</li> </ul>
	6.5 Het veld waardeert de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek van het CIB	• Geen oordeel / positief	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet-wetenschappelijke gesprekspartners geven aan dat zij geen beeld hebben bij het wetenschappelijke werk van het CIB, aangezien dit buiten hun gezichtsveld afspeelt</li> <li>Door wetenschappers wordt aangegeven dat het CIB haar rol goed speelt en ook goed meedraait in de 'competitive science'</li> </ul>
	6.6 Het CIB staat voldoende open voor suggesties en werkwijzen in het veld	• Onvoldoende	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vanuit verschillende kanten valt te horen dat dit punt voor verbetering vatbaar is</li> <li>Vanuit GGD-en wordt aangegeven dat het CIB niet altijd open staat voor opmerkingen over de uitvoerbaarheid van hun vragen of acties</li> <li>NGO's (mn preventie) missen inhoudelijke afstemming over bestrijdingsstrategieën. Ook zegt men veel kennis en contacten in huis te hebben waar het CIB (nog) niet haar voordeel mee doet, zoals bijvoorbeeld bleek bij de HPV-vaccinatie</li> <li>De veiligheidsketen verwacht meer contact met lokale bestuurders en calamiteitenorganisaties. Men wil meer aandacht voor doordenken van scenario's en oefeningen</li> </ul>

## 7.5 BEOORDELING OP OUTCOME CRITERIA

### 7.5.1 Outcome: incidentietrends

Aspect	Criterium	Oordeel	Bevindingen uit krachtenveldanalyse
<b>7. Incidentie van specifieke dreigingen sinds 2004</b>	7.1 Incidentie, morbiditeit en mortaliteit voor specifieke dreigingen zijn afgenomen sinds 2004	• N.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidentietrends zijn te vinden in de bijlagen</li> <li>• Toename in incidentie zijn ondermeer zichtbaar in               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bacillaire dysenterie</li> <li>– Legionellose</li> <li>– Ornitose/psittacose</li> <li>– Q-koorts</li> </ul> </li> <li>• Afname in incidentie zijn ondermeer zichtbaar in               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hepatitis A</li> <li>– Meningokokkose</li> <li>– Tuberculose</li> <li>– Malaria</li> </ul> </li> <li>• Trends in incidentiecijfers zijn slechts ter informatie; Incidentietrends kunnen niet direct gekoppeld worden aan het presteren van het CIB. Het CIB is wel aanspreekbaar op de wijze waarop er op het voorkomen van dreigingen wordt gereageerd</li> </ul>

### 7.5.2 Outcome: effect CIB op in 2004 gesignaleerde knelpunten

Aspect	Criterium	Oordeel en motivering	Bevindingen uit primaire en secundair onderzoek
<b>8. Het CIB heeft een positief effect op de knelpunten zoals gesignaleerd in 2004</b>	8.1 De kwaliteit, gelijke aanpak en capaciteit van de uitvoering van de infectieziektebestrijding is geborgd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondersteuning vanuit CIB adequaat</li> <li>• Nog onvoldoende mogelijkheden tot dwingende aanwijzingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het CIB draagt met haar werkwijze bij aan het vergroten van uniformiteit in de werkwijzen en aanpak lokaal</li> <li>• Er is echter nog steeds een gebrek aan uniformiteit in de bestrijding t.g.v. sterke decentrale bevoegdheden</li> <li>• Uniformiteit bij GGD-en moet meer dwingend opgelegd worden d.m.v. wettelijke verankering. Werkwijzen wijken nog steeds te veel af</li> </ul>
	8.2 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de bestrijding zijn goed belegd en het CIB functioneert als een centraal aanspreekpunt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het algemeen voldoende belegd, met uitzonderingen op deelgebieden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integratie van Preventie, Surveillance, Bestrijding en behandeling op gebied van SOA/Aids is nog suboptimaal, rolverdeling onder partijen dient beter vormgegeven te worden</li> </ul>
	8.3 CIB draagt zorg voor goede voorbereiding op rampen en maakt hierover goede afspraken met de reguliere rampenbestrijding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerkingsafspraken met reguliere rampenbestrijding zijn nog onvoldoende ontwikkeld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het veld ziet nog te weinig contact tussen het CIB met calamiteitenorganisaties van BZK en gemeenten</li> <li>• Strikt gezien kan het CIB de opdracht "goed voorbereid zijn op rampen" niet waarmaken gezien zij geen bevoegdheden heeft in de reguliere rampenbestrijding. Het CIB kan haar verantwoordelijkheden alleen waarmaken via het eigen departement (VWS)</li> </ul>
	8.4 Het CIB maakt het mogelijk voor de overheid om goed geïnformeerd te beslissen over beleid en uitvoering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goed geborgd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIB vervult een sterke inhoudelijk ondersteunende rol en opereert gezaghebbend, pro-actief en agenderend</li> </ul>
	8.5 CIB functioneert als primair aanspreekpunt voor internationale samenwerking en coördinatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goed geborgd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aansluiting internationaal is goed vormgegeven, onduidelijkheden met NGO's zijn weggenomen</li> </ul>
	8.6 CIB is in staat om te gaan met nieuwe dreigingen en speelt in op knelpunten zodra deze ontstaan en is daarmee voldoende toekomstbestendig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goed geborgd, op onderdelen voor verbetering vatbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huidige combinatie van activiteiten waarborgt een brede mix van kennis en competenties om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen</li> <li>• Op specifieke niet-traditionele en niet-medisch inhoudelijke kennisdomeinen ontbreekt het het CIB nog aan expertise c.q. toegang tot expertise. Dit betreft o.a. (psycho)sociale/culturele, economische, juridische wetenschappen</li> </ul>



## 8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Thema / taak	Conclusie	Aanbeveling Clb	Aanbeveling VWS
<b>8.1 STRATEGISCHE KADER Clb</b>			
1. Bestaansrecht Clb	O1.1 – Het bestaansrecht van het Clb staat buiten kijf en wordt breed onderschreven door actoren in het krachtenveld van het Clb O1.2 - Clb is een zichtbare en effectieve organisatie die acteert met autoriteit, zich pro-actief opstelt, agendabepalend is en een onmisbare rol in het systeem vervult	-	- Geen aanleiding om positie Clb in de infectieziektebestrijding fundamenteel aan te passen
2. Strategie Clb	O2.1 - De strategie van het Clb is algemeen geformuleerd en er wordt niet gewerkt met helder omschreven, en waar mogelijk meetbare, doelstellingen	- Herijk het strategisch beleidsplan. Definieer coherente set van outcome-gerelateerde doelstellingen (in co-creatie met de primaire opdrachtgever) op basis waarvan effectiviteit Clb kan worden afgeleid	- Incorporeer door Clb geformuleerde doelstellingen in de opdrachtformulering en laat het Clb hier jaarlijks verantwoording over afleggen
	O2.2 - Het ontbreekt aan een raamwerk op basis waarvan fundamentele keuzes over het activiteitenpakket worden gemaakt (wat zelf, wat aan veldpartijen overlaten) ; Acteren als ketenregisseur die kennis binnen het netwerk samenbrengt is nog onderbelicht	- Ontwikkel visie op kerncompetenties die in huis moeten zijn (en waarom) en kerncompetenties die extern belegd kunnen worden - Neem een terughoudende opstelling aan bij het overnemen van taken die andere partijen ook / beter kunnen uitvoeren	
	O2.3 - Bestrijdingsstrategieën op het niveau van ziektebeelden verdienen meer uitwerking. Het ontbreken hiervan wrekt zich in het vormgeven van samenwerkingsrelaties in het veld en het worden van een "netwerkpartij"	- Definieer algemene plannen van aanpak voor bestrijding ("Bestrijdingsstrategie") op het niveau individuele ziektebeelden voor de meest relevante dreigingen en betrek hier primaire samenwerkingspartners bij. In deze plannen worden ontwikkelingsdoelen geformuleerd en taakafbakening met samenwerkingspartners vastgesteld. Jaarlijkse evaluatie en herijking kan worden gekoppeld aan de rapportage over de staat van infectieziekten	
	O2.4 - Breedte en complexiteit van takenpakket (zeer uiteenlopende functies, met verschillende processen en werkmethode zoals onderzoek, bestrijding, preventie, ketenregie en uitvoering RVP) stelt hoge eisen aan management vaardigheden en vormt een risico	- Onderken principeel verschillende aard van onderzoeks-, bestrijding- en uitvoeringsactiviteiten en laat de interne aansturingssystematiek hierop aansluiten - Blijf actief investeren in de ontwikkeling van managementvaardigheden van 1e en 2e echelons (MT en projectleiders)	- Identificeer de voornaamste operationele risico's van uitvoerende taken van het Clb (met name de uitvoerende taak rond integratie van entadministraties). Monitor actief op de implementatie om tijdig bij te kunnen sturen indien nodig
	O2.5 - Het succes van het Clb in de opstartperiode is in grote mate te danken aan het leiderschap van de directeur. Deze prominente rol introduceert tevens een kwetsbaarheid op het moment dat de directeur terugtreedt	- Voer actief beleid op de ontwikkeling van leiderschap intern. Start vroegtijdig een opvolgingsdiscussie waarin interne en externe opties worden ontwikkeld	- Spreek het Clb aan op voortgang en ondersteun daar waar nodig
3. Internationale positie	O3.1 – Het Clb beschikt over een sterke internationale reputatie maar de internationale profilering kan nadrukkelijker worden vormgegeven	- Streef naar meer intensieve internationale uitwisseling en het stimuleren van een meer internationale cultuur en situatie waarin Engelstaligen makkelijker kunnen gedijen - Versterk internationale positie door het aangaan van allianties met buitenlandse kennisinstuten	-
<b>8.2 SAMENWERKINGSRELATIES</b>			
4. Interne samenwerking	O4.1 - Tussen Clb afdelingen: in de reguliere activiteiten hebben afdelingen een neiging om te acteren vanuit eigen aandachtsgebieden, en interactie met ketenpartijen wordt niet geïntegreerd vormgegeven. Multidisciplinaire samenwerking kan sterker vormgegeven worden	- Ontwikkel duidelijke structuren en programma's voor interne samenwerking (bijv. multidisciplinaire teams per ziektebeeld), en koppel prestatiebeoordeling op programmaresultaat, niet uitsluitend op resultaten binnen de eigen afdeling - Ontwikkel cultuur voor interne multidisciplinaire samenwerking over afdelingsgrenzen heen (teambuilding, formuleren gezamenlijke doelstellingen)	-

Thema / taak	Conclusie	Aanbeveling Clb	Aanbeveling VWS
	O4.2 - Binnen het RIVM: aandachtsgebieden Clb, CVB, CGL overlappen deels, opdrachtgeverschap loopt over verschillende lagen, rolverdeling is nog niet goed uitgekristalliseerd, dit vergt betere interne afstemming	- Verken oplossingsrichtingen voor onduidelijke, deels overlappende taken van de drie centra - Benut de kansen voor synergie met andere sectoren binnen RIVM	- Verken parallellen in opdrachtverlening aan verschillende sectoren / centra en verken mogelijkheden tot rationalisatie
5. Externe samenwerking	O5.1 - Rol als subsidieverlener staat onder druk maar past in principe binnen het takenpakket van het Clb, mits zorgvuldig invulling aan wordt gegeven aan de uitvoering. Het Clb heeft tot op heden onvoldoende professioneel invulling gegeven aan zijn taak als subsidieverstrekker, hetgeen heeft geleid tot een verslechtering van de samenwerkingsrelaties met enkele subsidierelaties	- Ontwikkel (conform het Van der Maas advies) helder omschreven subsidiebeleid met criteria aan de hand waarvan subsidies kunnen worden toegekend, gewijzigd of beëindigd, gebaseerd op een inhoudelijk onderbouwde meerjarenvisie voor de infectieziektebestrijding	- Herformuleer de opdrachtverstrekking voor het vaststellen van subsidies op het gebied van infectieziektebestrijding. Expliciteer hierin wijze waarop het Clb subsidies kan verstrekken
	O5.2 - Relatie met enkele NGO's is slecht en staat een gezonde samenwerking en ontwikkeling in de weg.	- Dit dient geadresseerd, wederzijds vertrouwen moet hersteld. Dit speelt met name op het gebied van Soa/Aids bestrijding	
	O5.3 - Verschillende samenwerkingsrelaties ervaren een gesloten houding van het Clb met een sterke biomedische insteek, waarin men weinig open staat voor andere zienswijzen hetgeen spanning zet op de samenwerkingsrelatie	- Versterk de nadruk op een netwerk-georiënteerd aanpak (combineren met en gebruik maken van sterktes in het veld)	
<b>8.3 OPERATIONELE PRESTATIES Clb OP HOOFDTAKEN</b>			
6. Preventie: RVP programma management	O6.1 - Programmamanagement RVP is goed gestructureerd en wordt sterk uitgevoerd, publieke communicatie t.b.v. hoge vrijwillige acceptatie is een aandachtspunt	- Ontwikkel competenties (zelf of extern betrekken) rond risicoperceptie en begrip / beïnvloeding van inentingsafwegingen van de doelgroepen	- Geef invulling aan gedragsgerichte aspecten in het RVP in de opdrachtverlening
	O6.2 - Integratieproces entadministraties binnen RCP is in uitvoering en loopt voortvarend. Regiokantoren vormen een infrastructuur die mogelijk breder benut kan worden. RCP wordt door experts niet gezien als logisch onderdeel van het Clb	- Overweeg integratie griepvaccinatie coördinatie binnen RCP op moment dat operatie entadministratie stabiel en robuust is overgebracht - Verken mogelijke inzet van RCP / regiokantoren ten behoeve van samenwerking met andere vormen van bevolkingsonderzoek en screening	- Verken beleidsmatige invulling van het concentreren van integrale verantwoordelijkheid voor vaccinaties binnen één eenheid binnen het RIVM
7. Gedrags-gerichte preventie en gezondheidsbevordering	O7.1 - Gedragsgerichte preventie vormt een kwetsbare activiteit binnen het Clb in de huidige opzet; Het Clb beschikt over onvoldoende kennis & expertise om verantwoordelijkheid voor preventie in brede zin op zich te nemen	- Overweeg integratie van coördinerende taken op het gebied van preventie/gezondheidsbevordering met het CGL	- Principiële afweging noodzakelijk m.b.t. rol Clb op het gebied van gedragsgerichte preventie. Indien Clb geacht wordt hierover verantwoordelijkheid te nemen dan dient er geïnvesteerd te worden in inhoudelijke competenties om dit waar te kunnen maken. Hiervoor is in het huidige werkplan onvoldoende capaciteit vrijgemaakt
	O7.2 - Het zorgdragen voor goede aansluiting tussen actoren in preventie, bestrijding en behandeling wordt nog onvoldoende ervaren door het veld	- Integrale bestrijdingsstrategieën (zie punt O2.3) kunnen hiervoor de kaders bieden	
8. Bestrijding regulier	O8.1 - Systeem lijkt fundamenteel goed ingericht, maar moet zich nog bewijzen in grote test (H1N1 uitbraak is niet meegenomen in dit onderzoek)	-	-
	O8.2 - Taak als ketenregisseur is moeilijk waar te maken omdat sommige veldpartijen niet aangestuurd kunnen worden (behalve bij A-ziekten, afgezien van private partijen zoals labs, ziekenhuizen, huisartsen)	- Formele aanstuuringsrelatie in reguliere situatie is niet gewenst; Clb is comfortabel bij model waarin vanuit de professionele inhoud veldpartijen worden overtuigd.	- Grip op private partijen in tijden van crisis is een aandachtspunt. Evalueer of de huidige route via BZK naar aanwijzingen / noodmaatregelen voor gemeenten voldoende functioneert
	O8.3 - Kwaliteitsverbeteringen in bestrijdingsketen zichtbaar en ondersteunende rol gewaardeerd	- Voer op geïchte momenten tevredenheidstudies uit onder primaire samenwerkingspartijen (GGD-en, MML's)	
	O8.4 - Richtlijnontwikkeling door Clb is state-of-the-art, maar er is onvoldoende zich op het gebruik in de praktijk door GGD-en	- Overweeg monitoring van richtlijngebruik / gebruikersevaluaties, in afstemming met GGD-NL, IGZ en certificerende instanties - Inventariseer de mate waarin richtlijnen	

Thema / taak	Conclusie	Aanbeveling Clb	Aanbeveling VWS
		in de publieke gezondheidszorg aansluiten en consistent zijn met richtlijnen in curatieve gezondheidszorg (huisartsen, bedrijfsartsen, etc.)	
	O8.5 - GGD-en zijn tevreden over ondersteuning vanuit Clb in de vorm van richtlijnen, advisering en scholing. Werkwijzen van GGD-en kwaliteit variëren echter nog sterk. Het Clb heeft een hoop te bieden op het gebied van training van professionals in de bestrijding.	- Overweeg het ontwikkelen van een actievere rol in het trainen van professionals in de periferie (o.a. GGD-en)	- Onderzoek vormen waarin uniformiteit van GGD-en meer dwingend kunnen worden opgelegd (bijv. regelgeving rond gebruik uniform registratie/meldingssysteem, of een kwaliteitskeurmerk dat toetsbaar en sanctioneerbaar is voor de IGZ) - Overweeg het creëren van ruimte voor training en competentieontwikkeling bij GGD professionals met een prominente rol voor het Clb
9. Bestrijding crises	O9.1 - Clb-brede responsstructuur is solide ingericht. OMT/BAO structuur functioneert effectief, deze effectiviteit wordt actief door het Clb geëvalueerd t.b.v. continue verbetering	- Stel externe versie van Responsplan op en deel deze met samenwerkingspartners zodat er inzicht is in werkwijze van het Clb	-
	O9.2 - Rol van Clb bij (beperkte) uitbraken wordt gewaardeerd, ondersteuning wordt door het veld merkbaar beter gevonden dan pré-Clb		
	O9.3 - Bij regionale uitbraken voert de GGD in eerste instantie de regie. Het LCI ondersteunt hierbij indien hiertoe door de GGD verzocht wordt. Er is niet formeel vastgelegd wanneer het Clb bij een regionale uitbraak de regie kan overnemen	- Expliciteer het proces aan de hand waarvan besloten kan worden regie (ongevraagd) over te nemen	- Evalueer of huidige mogelijkheden om regie op GGD over te nemen adequaat is
	O9.4 - Publieksvoorlichting sterk vormgegeven door Clb	- Verbreed pool van interne experts die een voorlichtingsrol kunnen vervullen (inclusief structuur voor training en evaluatie) en investeer in de ontwikkeling van externe voorlichtingsvaardigheden	-
10. Diagnostiek / surveillance / signalering	O10.1 - Eigen diagnostiek binnen het Clb is sterk vormgegeven, het Clb speelt een leidende rol in het optimaliseren van de diagnostiek bij uitbraken en slaagt erin hier steeds sneller te acteren	-	
	O10.2 - Ontwikkeling netwerken van referentielaboratoria komt zeer traag op gang, Clb kan hier met huidige opzet beperkte rol in spelen	-	- Overweeg uitbreiding van sturingsmogelijkheid Clb: middelen waarmee taken kunnen worden toebedeeld dan wel regelgeving waaraan moet worden voldaan
	O10.3 - Invloed Clb op uniformiteit en kwaliteit van diagnosecapaciteit onder MMLs is beperkt maar krijgt onder druk wel vorm (H1N1 diagnostiek)	- Expliciteer rol die COM-ers op het gebied van uniformiteit kunnen spelen	
	O10.4 - GGD-en ervaren knelpunten in diagnostiek: aanvraag OGZ diagnostiek omslachtig, ontoereikende financiering Soa diagnostiek, Contracten met ziektekostenverzekeraars bv ingeval hepatitis b screening, vaccineren	- Inventariseer problematiek en ontwikkel voorstel voor verbetering	- Aanpassing beleid op basis van voorstel Clb
	O10.5 - Surveillance en signaleringssystematiek is versterkt. Systemen zijn echter nog relatief versnipperd en niet flexibel om snel te kunnen worden aangepast bij nieuwe dreigingen	- OSIRIS flexibiliteit en functionaliteit doorontwikkelen - ICT competenties om flexibiliteit van systemen operationeel goed te gebruiken dienen versterkt (bijv. Pandora inzet H1N1)	-
11. Onderzoek	O11.1 - Algemeen beeld: onderzoeksreputatie en relevante output groeit, Clb voert succesvol co-op model met universiteiten	- De beweging om onderzoeksprogramma's meer samen met externe partijen en met gebruik van dubbele aanstellingen van wetenschappers vorm te geven is zeer sterk; dit pad moet worden doorgezet	
	O11.2- Adaptief vermogen van onderzoek op veranderende maatschappelijke eisen is aandachtspunt. Het Clb legt een sterke nadruk op biomedische wetenschappen. Ontwikkeling van kennis op interdisciplinaire velden blijft achter (informatietechnologie, (psycho)sociale / culturele wetenschappen, communicatie,	- Draag onderzoeksstrategie actiever extern uit; wat wordt er nagestreefd, hoe wordt de balans gezocht tussen fundamenteel en praktisch onderzoek - Verken leemtes in wetenschappelijke competenties en ontwikkel strategie om deze leemtes op te vullen, daar waar mogelijk in samenwerking met externe partijen	

Thema / taak	Conclusie	Aanbeveling Clb	Aanbeveling VWS
	risicoperceptie, juridisch, ...). Praktijkgericht onderzoek kan worden versterkt.	- Voer kritische doorlichting uit van de huidige omvang van het onderzoeks en laboratorium apparaat. Entameer een evaluatie van de optie om de laboratoriumfunctie terug te schalen om budgetruimte vrij te maken voor het ontwikkelen van competenties in nieuwe onderzoeksdomeinen - Continueer het betrekken van de bestrijdingskant (LCI) in het formuleren van de onderzoekstrategie	
	O11.3 - Er wordt door andere onderzoekers een terughoudende houding geobserveerd m.b.t. het extern beschikbaar stellen van basisdata en monsters	- Beschikbaarheid van onderzoeksdata en monsters dient te worden gegarandeerd t.b.v. onderzoeksactiviteiten van externe partijen; zorg voor goede toegankelijkheid / ontsluiting	
<b>8.4 SYSTEEMINRICHTING</b>			
12. Wettelijke borging	O12.1 - Clb positie is niet vastgelegd in wet of ministeriële regeling	-	- Overweeg versterken van wettelijke basis voor het Clb (bijv. WPG 3e tranche); dit dwingt af om verhouding Clb met andere wetgeving goed door te denken - Leg meer nadruk op adviesfunctie Clb naar beleidsmakers en openbaar bestuur. Maak dit advies minder vrijblijvend en geef het een formele status
13. Aansluiting IZ beleid met rampen / calamiteitenketen en openbaar bestuur	O13.1 - Aansluiting met rampenbestrijding is onvoldoende tot stand gebracht. Interface tussen Clb en rampenstaf werkt nog niet. Binnen de veiligheidsketen is behoefte aan meer contact, afstemming en samenwerking  O13.2 - GGD-en ervaren het als inefficiënt dat zij zelf bestuurders van gemeenten of ziekenhuizen moeten informeren omdat rapporten van BZK of NCC niet mogen doorgestuurd	- Verken actief de afstemmings- en samenwerkingsbehoefte van de veiligheidsketen. Zorg dat afstemmingsroutes helder zijn ten tijden van verhoogde dreigingen. (o.a. richting Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC), Nationaal Crisiscentrum (NCC)).	-  - Inventariseer inefficiënties in de communicatie en adresseer deze
14. Aansluiting IZ beleid met keten diergezondheid	O14.1 - Doordat de samenwerking tussen het humane en veterinaire domein niet vanzelfsprekend verloopt zijn er lacunes in het inzicht in dreigingen en signalering  O14.2 - Gedetailleerd opdrachtgeverschap VWA aan Clb leidt tot onvoldoende ruimte voor het Clb om onderzoeksprioriteiten op het gebied van Zoönosen te ontwikkelen  O 14.3 - Samenwerking tussen Clb en VWA verloopt operationeel goed maar staat bij bestuurlijke stellingname onder druk omdat het Clb vanuit humane belang en VWA vanuit het veterinaire belang redeneert. Dit staat productieve samenwerking in de weg	- Versterk early-warning systematiek voor Zoönose dreigingen vanuit het veterinaire veld op humane gezondheid. Sluit hierbij aan op bestaande monitoring in de veterinaire sector  - Formaliseer mogelijkheden tot delen van surveillance en monitoring data	- Er is behoefte aan betere afstemming tussen VWS en LNV over opdrachtgeverschap, prioriteiten in onderzoek en bestrijding - Continueer huidige beweging naar samenwerking tussen VWS en LNV - Agendeer de mogelijkheid voor integraal opdrachtgeverschap vanuit VWS i.p.v. LNV/VWA bij interdepartementale afstemming  - Positie VWA is fundamentele vraag die buiten de scope van dit onderzoek valt
15. RVP systeemrichting	O15.1 - De huidige positie van het NVI en de relatie met het Clb is onvoldoende uitgewerkt. Het NVI is gestopt met de productie van vaccins maar blijft verantwoordelijk voor de inkoop van vaccins voor het RVP. Het voert beperkt onderzoek uit op het gebied van productontwikkeling gefinancierd vanuit VWS. De doelstelling van dit onderzoek wordt onvoldoende duidelijk gevonden door het veld. De relatie met het Clb dient herijkt te worden gegeven de nieuwe situatie.	- Zoek actieve toenadering met het NVI gericht op herstel van de samenwerkingsrelatie	- Evalueer systeemrichting en wenselijkheid van consolidatie van de onderzoeksfunctie naar vaccins

## BIJLAGE A - GERAADPLEEGDE LITERATUUR

### **[A] Evaluaties, onderzoeks & adviesrapporten**

[A-AdvSubs 2009] "Advies van de evaluatiecommissie subsidies Centrum Infectieziektebestrijding", mei 2009

[A-EvalSalm 2008] "Eindrapport Evaluatie Salmonella Typhimurium ft560 uitbraak in Twente", Isken et al, RIVM, 2008

[A-EvalQkoortsGGD 2008] "Evaluatie Q-koorts uitbraak 2007 in de GGD-regio Hart voor Brabant", Jeeninga et al, 2008

[A-EvalQkoortsRIVM 2008] "Eindrapport Evaluatie Q-koorts uitbraak in Noord-Brabant 2007", Isken et al, RIVM, 2008

[A-EvalQkoortsInt 2008] "Rapportage interne evaluatie Q-koorts 2007", anoniem, RIVM, 2008

[A-EvalTB 2008] "Review of the Netherlands Tuberculosis Control Programme, 14-18 April, 2008", 2008

[A-MML IGZ 2008] "Medisch microbiologische laboratoria leveren verantwoorde zorg, maar het kan nog beter - Onderzoek naar de kwaliteit van de medisch microbiologische laboratoria in Nederland", IGZ, november 2008

[A-EvalSoaHiv 2007] "Eindrapportage Ontwikkeling van het CIB op het terrein van soa en hiv", Van Naem & Partners, april 2007

[A-StratR&D 2006] "Towards a strategy for research and development management for the Center for Infectious Disease Control at the National Institute of Public Health The Netherlands", CIB International committee research policy, 2006

[A-IZB 2005], "Infectieziektebestrijding, studies naar organisatie en praktijkwerking", I. Helsloot, J.E. van Steenberghe, ISBN 978.90.5454.591.0, BJu, 2005

[A-RGO 2003] "Kennisinfrastuctuur Infectieziekten", Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), 2003

### **[B] RIVM interne publicaties**

[B-Respons 2009] "Outbreakmanagement (respons) door het CIB", RIVM/CIB, herziening 2009

[B-Werkplan 2009] "Concept Werkplan 2009 – Centrum Infectieziektebestrijding", RIVM/CIB, mei 2009

[B-ProjBesch 2009] "Projectbeschrijvingen Centrum Infectieziektebestrijding behorende bij het werkplan 2009 (Concept)", RIVM/CIB, 2009

[B-JaarplSubs 2008] "Jaarplan subsidies 2009 voor VWS-PG – herziene versie n.a.v. uitspraak NHC bezwaarschrift", RIVM/CIB, september 2008

[B-Werkplan 2008] "Werkplan 2008 – Centrum Infectieziektebestrijding", RIVM/CIB 000200802, 2008

[B-OndStrat 2007] "Onderzoeksstrategie 2008-2013" – RIVM Centrum Infectieziektebestrijding", RIVM/CIB, 2007

[B-AdvCie 2006-2009] "Verslagen vergaderingen adviescommissie CIB, 2006-2009", RIVM/CIB

[B-IntIZB 2006] Internationale infectieziektebestrijding 2006 en verder, RIVM/CIb, 2006

[B-StratPlan 2005] "Strategisch beleidsplan 2005-2009 – Centrum Infectieziektebestrijding", RIVM/CIb, augustus 2005

**[C] RIVM externe publicaties**

[C-RegDraaib 2009] "Regionaal Generiek Operationeel Draaiboek Infectieziektecrises", LCI/CIb, RIVM, februari 2009

[C-IHRDraaib 2009] "Draaiboek IHR International Health Regulations / Internationale Gezondheidsregeling", LCI/CIb RIVM, januari 2009

[C-WerknGez 2008] "Infectieziektebestrijding en werknemersgezondheid", Presentatie CIb/RIVM, februari 2008

[C-MeldIZ 2008] "Melden van infectieziekten conform de Wet publieke gezondheid (2008)", RIVM 215072001, 2008

[C-RIVMtoek 2008] "RIVM van de toekomst - Een houtskoolschets", RIVM 405/08DGMS, 2008

[C-IZV 2007] "Infectieziekten en Veiligheid - Toekomstige uitdagingen voor maatschappij en beleid", RIVM 330001001, 2007

[C-RVP 2007] "The National Immunisation Programme in the Netherlands – developments in 2007", RIVM 210021008, 2008

[C-RIZ 2007] "Jaarrapportage respiratoire infectieziekten 2007/2008", RIVM 210231003, 2008

[C-STI 2007] "Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2007", RIVM 210261004, 2008

[C-Zoon 2007] "Zoonoses and Zoonotic Agents in Humans, Food, Animals and Feed in the Netherlands 2003-2006", RIVM 330152001, 2007

[C-RegOnd] "Regionale ondersteuning van de Infectieziektebestrijding", RIVM

[C-CIbJaarb 2007] "Centrum Infectieziektebestrijding - Jaarbeeld 2007", RIVM/CIb, mei 2008

[C-CIbJV LCI 2007] "Jaarverslag 2007, Landelijke Coördinatie infectieziektebestrijding (LCI) – 'Blijf ons scherp houden!'", RIVM/CIb, 2007

[C-SOR 2007-2010] "Strategic Research RIVM (SOR) 2007-2010 – Summaries project proposals, v2.0", RIVM, December 2006

[C-IZ&Arbeid 2007] "Infectieziektebestrijding & Werknemersgezondheid", LCI/CIb, RIVM, juli 2007

[C-CIbJV LCI 2006] "Jaarverslag 2006, Landelijke Coördinatie infectieziektebestrijding (LCI) – 'Houd ons scherp!'", RIVM/CIb, 2006

**[D] Wetgeving en overheidsbeleid**

[D-WPG 2008] Wetttekst Wet Publieke Gezondheid – Staatsblad 2008

[D-WPG MvT 2008] Memorie van toelichting op Wet Publieke Gezondheid – TK 2007/2008-31 316

[D-WetPGprof 2008] "De Wet Publieke Gezondheid - De belangrijkste wijzigingen voor professionals", RIVM, 2008

[D-BriefVWS 2004i] "Strategie Infectieziektebestrijding", Brief minister van VWS aan Tweede Kamer, POG 2466522, 19 maart 2004

[D-BriefVWS 2004ii] "Infectieziektebestrijding", Brief minister van VWS aan Tweede Kamer, Vergaderjaar 2004-2005, kamerstuk 25.295, nr. 13, 13 oktober 2004

[D-MinRegBAO 2004] "Instellingsbesluit Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding", Ministeriële regeling, Stcrt. 2004, 236, november 2004

**[E] Aansturingsdocumentatie**

[E-GoedkBrf 2009] "Goedkeuringsbrief Ministerie VWS aan RIVM-DG", Ministerie van VWS, PG/FBI-2.903.412, december 2008

[E-Kennisvr 2009] "Kennisvragen 2008", Ministerie van VWS (ongedateerd)

[E-OfferteTr 2009] "Voorbereiding kennisvragen/offertetraject CIb 2010 – Met minder naar meer", RIVM/CIb juni 2009

[E-VR 2008] "Voortgangsrapportage Centrum Infectieziektebestrijding 2008 – Management samenvatting", RIVM/CIb, februari 2009

[E-OpdrZoon 2007] "Notitie opdrachtverlening op het gebied van zoönosen", RIVM/CIb, februari 2007

[E-MgtRev 2007] "Managementreview CIb over 2007", RIVM/CIb, juli 2008

[E-AanstCib 2005] "Notitie aansturing van het Centrum Infectieziektebestrijding". RIVM/CIb, april 2005

## **BIJLAGE B – OVERZICHT VAN BETROKKENEN BIJ HET EVALUATIEONDERZOEK**

### **Leden Nederlandse Werkgroep “Evaluatie CIB”**

- Daha, T.J., adviseur infectiepreventie / hygiënist, WIP (Werkgroep Infectiepreventie)
- Dissel, van, J.T., hoogleraar infectieziekten, LUMC
- Dolen, van, P.J., zelfstandig adviseur, Voormalig hoofd ERC (Expertise centrum risico en crisiscommunicatie)
- Gouw, de, J.M.M., directeur GGD Hollands Midden
- Helsloot, I., hoogleraar crisisbeheersing, VU Amsterdam
- Leusink, P., directeur NVVS / huisarts
- Meer, van der, J.W.M., internist, Radboud Universiteit Nijmegen
- Quint-Maagdenberg, M., oud-burgemeester Vaals
- Ruitenbergh, E.J., hoogleraar internationale volksgezondheid VU Amsterdam, emeritus hoogleraar immunologie, Universiteit van Utrecht, voorzitter commissie van toezicht RIVM
- Verbrugh, H.A., hoogleraar medische microbiologie, Erasmus MC, Rotterdam
- Wagenaar, J.A., hoogleraar KI. Infectiologie, Universiteit van Utrecht
- Zwart, de, O., directeur, GGD Rotterdam Rijnmond

### **Leden Internationale Werkgroep “Evaluatie CIB”**

- Borgdorff, prof. dr. M.W., Head of Clinical Epidemiology, Biostatistics and Bioinformatics, AMC/UvA Amsterdam
- O’Flanagan, dr. D., Health Protection Surveillance Centre
- Giesecke, prof. dr. J., Chief Scientist, ECDC
- Heymann, dr. D.L. (Chairman), WHO
- Miedema, prof. dr. F., Member Board of Directors, UMC Utrecht
- Tegnell, dr. A., Director, SoS, National Board of Health and Welfare, Sweden
- Wegener, dr. H.C., Director, DTU National Food Institute, Denmark

### **Geïnterviewden (individueel, dan wel in groepsverband)**

#### Ministerie van VWS

- Bosch, van 't, G., voormalig accountmanager CIB, Directie PG
- Dalen, van, Ph.J., Clustercoördinator Infectieziekten, Directie PG
- Goeij, de, H., voormalig DG-Volksgezondheid
- Hommes, S., Directie Voorlichting en Communicatie
- Medewerkers Cluster Infectieziekten, Directie PG
- Ruwaard, D., Directeur, Directie PG

#### Overheid - overig

- Bekker, R., voormalig SG-Ministerie van VWS
- Ravensbergen, J., teammanager preventie, ZonMW
- Visser, de, M., vice-voorzitter Gezondheidsraad
- Westerhof, R., inspecteur, IGZ
- Wijngaarden, van, J.K., hoofdinspecteur volksgezondheid, IGZ

#### RIVM/CIB

- Berensen, M., account- en onderzoeksmanagement CIB
- Coutinho, R., directeur CIB
- Dijk, van, H., voormalig kwartiermaker CIB
- Henken, A., sectordirecteur Voeding, Geneesmiddelen en Consumentenveiligheid
- Management Team, CIB, bestaande uit Directeur en afdelingshoofden
- Pieters, M., sectordirecteur Volksgezondheid en Zorg
- Sprenger, M., DG-RIVM
- Timen, A., arts infectieziektebestrijding, plv. hoofd LCI, CIB/LCI



- Vandenbroucke-Grauls, C.M.J.E, hoogleraar Medisch Microbiologie, VUmc, voorzitter Adviescommissie CIB
- Vliet, van, H., medewerker, afdeling BBA
- Woittiez, R.D., sectordirecteur Milieu en Veiligheid, RIVM

## Wetenschap/academia

- Cornelissen, A.W.C.A. parasitologie, voormalig decaan, faculteit diergeneeskunde, Universiteit Utrecht
- Dissel, van, J.T., hoogleraar infectieziekten, LUMC
- Osterhaus, A.D.M.E., virologie, Nat. Influenza Centr., Erasmus MC
- Vandenbroek, P.J., voorzitter WIP, infectieziekten LUMC
- Verheijden, J.H.M., hoogleraar faculteit diergeneeskunde, Universiteit Utrecht

## Keten infectieziektebestrijding

- Olde Loohuis, A., huisarts te Herpen
- Leusink, P., huisarts, seksuoloog, directeur NVVS
- Vries, de, L., directeur GGD Nederland
- Kruisselbrink, H., directeur-arts GGD Midden-Nederland
- Zwart, de, O., directeur GGD Rotterdam-Rijmond
- Sande, van de, J., directeur GGD Hart voor Brabant
- Rijmenam, van T., dir.; Besselse, M., teamleider SOA; Soethoudt, K., arts infectieziekten, GGD Twente
- Ruijs, G., arts-microbioloog, Isala, voorzitter NVMM
- Elting, L., algemeen directeur; Truus de Graaf, manager RVP vaccins, NVI

## Keten rampen en calamiteiten

- Schouwerwou, R.J., adj dir GHOR Utrecht, plv RGF
- Meiss, C., hoofd proactie & preventie, VRU
- Korthuis, S., lid directieraad VNG

## Keten diergezondheid

- Sande, van de, W., hoofdinspecteur Veterinaire Volksgezondheid, Diergezondheid, Dierenwelzijn en Diervoeders, VWA
- Weijtens, M., CVO, MT-lid Directie voedselkwaliteit en diergezondheid, Ministerie van LNV
- Bianchi, A., directeur Centraal Veterinair Instituut
- Wever, A., accountmanager Overheid, Gezondheidsdienst voor Dieren

## NGO's

- Logtenberg, H., coördinator; Lex Stibbe, voorzitter Nationaal Hepatitis Centrum
- Degener, J., voorzitter; Jan Prins, secretaris, SWAB
- Wille, J., projectleider Prezies, CBO
- Coenen, T., directeur; Oostrom, van, M., bestuurssecretaris SOA Aids Nederland
- Kuyvenhoven, V., KNCV
- Strijthagen, F., directeur, Schorer Stichting

## Media

- Kohler, W., wetenschapsredactie NRC
- Scholtens, B., wetenschapsredactie Volkskrant

**BIJLAGE C – GEHANTEERDE TOETSINGSKADER**

Output			
<b>1</b>	<b>Regiefunctie reguliere bestrijding en crisismgt</b>	<b>2</b> Bevorderen IZB door advies en voorlichting	<b>3</b> Inzicht IZ door uitvoeren Diag. Surv. Onderzk
1.1	Het Ctb voert een robuust en evenwichtig uitgewerkte systematiek per keten voor de invulling van de regiefunctie	2.1 Het Ctb levert adequate advisering aan professionals Detacheringsmodel GGD-en versterkt de uitvoeringscapaciteit	3.1 Ctb voert relevante eigen diagnostiek adequaat uit
1.2	Zorgt voor adequate samenwerking en rolverdeling in de keten t.b.v. waakzaamheid en snelle reactie bij uitbraken	2.2 Levert adequate advisering aan VWS (in frequentie en kwaliteit)	3.2 Draagt zorg voor adequate landelijke diagnosecapaciteit
1.3	Coördineert internationale samenwerking en afstemming en fungeert als primair aanspreekpunt	2.3 Garandeert adequate sturing aan ontwikkeling in het veld door subsidieverstrekking	3.3 Beheert en ontwikkelt adequate surveillance en signalering systematiek (handelijk en aansluiting internationaal)
1.4	Treedt in de externe communicatie op als primaire autoriteit	2.4 Draagt zorg voor adequate publieksvoorlichting	3.4 Voert hoogwaardig en gerespecteerd onderzoek uit op relevante onderzoeksgebieden
		2.5 Draagt zorg voor adequate richtlijnontwikkeling (inhoudelijke ontwikkeling en daadwerkelijke toepassing)	3.5 Draagt zorg voor samenhang van onderzoeksactiviteiten op het gebied van infectieziektebestrijding
		2.6 RVP programma management en uitvoering verloopt adequaat	3.6 Ctb zorgt voor goede aansluiting van onderzoek naar praktische toepassing / uitvoering
3.7	De inrichting van de organisatie van het Ctb sluit aan bij de taken		
VWS			Klanten/ketenpartners
<b>4</b>	<b>4</b> Afstemming, communicatie en aansturing van andere partijen		
4.1	De aansturingrelatie VWS-Ctb is helder en werkbaar	5.1	Er is voldoende wederzijds respect en vertrouwen voor effectieve samenwerking met het veld
4.2	Jaarlijkse cyclus werkplanning en begroting verloopt zorgvuldig en productief	5.2	Het Ctb slaagt erin een brugfunctie te vervullen tussen de veterinaire en humane werelden
4.3	Ctb en VWS erkennen elkaars professionalisme en verantwoordelijkheden en steunen elkaar hierin		
4.4	Het Ctb gaat zorgvuldig om met hun bijzondere positie en ondersteunen de Minister		
<b>6</b>	<b>6</b> Beoordeling over presteren Ctb vanuit het veld		
6.1	Het Ctb heeft volgens het veld de juiste opdracht, gelet op de knelpunten	6.4	Het veld acht de huidige omvang van het Ctb de juiste haar taken adequaat uit te voeren
6.2	Het Ctb geeft volgens het veld goed uitvoering aan zijn opdracht	6.5	Het veld waardeert de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek van het Ctb
6.3	Het Ctb voldoet aan de verwachtingen en behoeftes van het veld	6.6	Het Ctb staat voldoende open voor suggesties en werkwijzen in het veld
Outcome			Outcome
<b>7</b>	<b>7</b> 7.1. Incidentie, morbiditeit en mortaliteit voor specifieke dreigingen zijn afgenomen sinds 2004		
<b>8</b>	<b>8</b> Het Ctb heeft een positief effect op de knelpunten zoals signaleerd in 2004:		
8.1	De kwaliteit, gelijke aanpak en capaciteit van de uitvoering van de infectieziektebestrijding is geborgd	8.3	Ctb draagt zorg voor goede voorbereiding op rampen en maakt hierover goede afspraken met de reguliere rampenbestrijding
8.2	Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de bestrijding zijn goed belegd en het Ctb functioneert als een centraal aanspreekpunt	8.4	Het Ctb maakt het mogelijk voor de overheid om goed geïnformeerd te beslissen over beleid en uitvoering
		8.5	Ctb functioneert als primair aanspreekpunt voor internationale samenwerking en coördinatie
		8.6	Ctb is in staat om te gaan met nieuwe dreigingen en speelt in op knelpunten zodra deze ontstaan en is daarmee voldoende toekomstbestendig

**BIJLAGE D – FACTSHEETS CIB AFDELINGEN**

Bron: CIB

<b>Department : Policy, Management and Advice Unit (BBA)</b>	
<b>Primary activities</b>	<b>Staffing</b>
Policy development, management and advice, both within CIB and to Ministry of Health and external partners	Total fte 12.6 fte + 1.4 temporary staff + 5 external experts std/sexual health/tuberculosis 0.1 fte + 1 external expert tuberculosis 0.2 fte Fte breakdown by activity/programs: Fin staff: 2.9 fte, Quality control staff: 1.1 fte, Secretariat: 2.2 fte, Junior/senior policy advisors: 5.8 fte Fte breakdown by functional expertise / (academic) background: See above, and policy advisors: 2 public health doctors, 1 legal advisor, 2 biologists, 1 laboratory technician
<b>Key objectives</b>	<b>Main development priorities 2009-2010</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribute to a coherent control of infectious diseases.</li> <li>Stimulate innovation by translating developments in society/politics to goals and organisation of control of infectious diseases.</li> <li>Support primary processes in CIB by financial management support, quality control, research and account management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Draft strategic policy paper CIB 2010-2014, incl. chapter on financing NGO's</li> <li>Discussion paper on national immunisation programme</li> <li>Contribution to updates public health law</li> <li>Position paper on position of CIB i.r.t. public health field, including NGO's</li> <li>Plan for tuberculosis control in the Netherlands</li> <li>Research strategy per theme</li> <li>Progress reports for internal and external (MoH) use</li> <li>Evaluation of sexual health care regulation, carried out by the GGD's</li> <li>Financial management system in place and sound financial situation for RCP</li> <li>Support to reorganisation process of RCP</li> </ul>
<b>Areas of excellence</b>	<b>Primary internal cooperative relationships</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No specific 'best-in-class' functions, many functions are 'only-in-class' (specifically policy development, programme management and support within CIB)</li> </ul> Overview of flagship projects/products/activities <ul style="list-style-type: none"> <li>Financial management support, planning &amp; control</li> <li>Research and account management</li> <li>Programme management (std/hiv and national immunisation programme, tuberculosis in development)</li> <li>General policy development, including related to international activities</li> </ul>	Management support and legal advice Policy development Research and account management
	<b>Primary external cooperative relationships</b>
	NGO's Ministry of Health and others Professional bodies GGD's

<b>Department : Epidemiology and Surveillance Unit (EPI)</b>	
<b>Primary activities</b>	<b>Staffing</b>
Surveillance and analysis of (determinants of) trends, (design and) evaluation of effectiveness of interventions.	Total fte 55 (excl external and temporary) Fte breakdown by activity/programs VPD STI Respiratory Gastro AMR HCAI Modelling Surv. 7 6 5 6 7 6 7 7
<b>Key objectives</b>	<b>Main development priorities 2009-2010</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Measure current and estimate future burden of disease to assist prioritising of resources</li> <li>Identify effective interventions to minimise transmission and impact of infections.</li> </ul>	Generate new insights in determinants, transmission routes and risks, effectiveness of interventions, and use these to guide control and prevention policy, through cooperative analytical studies with a wide range of partners, based on observed surveillance trends.
<b>Areas of excellence</b>	<b>Primary internal cooperative relationships</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Outbreak investigations (eg salmonella, Qfever, rubella)</li> <li>Mathematical modelling (eg SARS, pandemic influenza, chlamydia)</li> <li>(Sero)surveillance trends (eg campylobacter, STI, syndromic surveillance)</li> <li>Evaluations (eg VPD, annual State)</li> <li>International networks (eg EARSS, MedVetNet, Polymod)</li> </ul> Overview of flagship projects/products/activities <ul style="list-style-type: none"> <li>See publication lists and rivm reports</li> </ul>	LCI: evaluate effectiveness interventions, outbreak investigations LIS: microbiological surveillance, transmission networks, molecular epidemiology (resp, gastro, VPD, AMR) LZO: Qfever outbreaks, Legionella, zoonose, AMR BBA: programme management VPD and STI RCP: Praeventis, pregnancy screening, vaccinations CGL: prevention, influenza vaccination, reproductive health
	<b>Primary external cooperative relationships</b>
	MoH MHS Universities NGOs

**Department : Preparedness and Response Unit (LCI)**

<b>Primary activities</b>
This unit functions as a centre of expertise for local infectious disease control specialists: guidance and coordination
<b>Key objectives</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acting as a helpdesk for professionals for the day-to-day practice of infectious disease control.</li> <li>Applying crisis management during a threat or actual (regional or national) outbreak of an infectious disease.</li> <li>Developing and monitoring guidelines, and procedure manuals in collaboration with external partners.</li> <li>Drawing up and implementing communication and information policy</li> <li>Safety surveillance for National vaccination program</li> </ul>
<b>Areas of excellence</b>
<p>Overview of flagship projects/products/activities</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>evidence based guidelines for public health professionals,</li> <li>risk assessment and management</li> <li>actively stimulated Adverse events related to vaccination</li> <li>internetbased communication tools for professionals</li> </ul>
<b>Staffing</b>
Total fte: 34

<b>Main development priorities 2009-2010</b>																										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Guidance in infection control in occupational health</li> <li>Research in public risk perception</li> <li>Research in timeliness in reporting in outbreaks</li> </ul>																										
<b>Primary internal cooperative relationships</b>																										
<p>EPI - Epidemiology and Surveillance Unit: outbreak investigations.          LIS - Laboratory for Infectious Diseases and Perinatal Screening: response.          LZO - Laboratory for Zoonoses and Environmental Microbiology: control.          RCP - Regional Programme Coordination: vaccination programme.          Environment and safety division: e.g. suspicious Anthrax letters.</p>																										
<b>Primary external cooperative relationships</b>																										
<p>National: many, including:</p> <table border="0"> <tr> <td>- Airports and harbors,</td> <td>- Ministry BZK,</td> </tr> <tr> <td>- B.E.L.,</td> <td>- Ministry Defense,</td> </tr> <tr> <td>- CBO,</td> <td>- Ministry of Health, Welfare and Sport,</td> </tr> <tr> <td>- GGD Nederland,</td> <td>- Ministry Justice,</td> </tr> <tr> <td>- GHOR,</td> <td>- Ministry LNV,</td> </tr> <tr> <td>- Health Council of the Netherlands</td> <td>- Ministry Soza,</td> </tr> <tr> <td>- IGZ,</td> <td>- Scientific association, society</td> </tr> <tr> <td>- KNCV,</td> <td>- Schorer,</td> </tr> <tr> <td>- LCHV,</td> <td>- WIP,</td> </tr> <tr> <td>- LCR,</td> <td>- Soa- aids Netherlands,</td> </tr> <tr> <td>- Municipal Health Services (GGD'en),</td> <td>- Universitie,</td> </tr> <tr> <td>- National Vaccine Institute,</td> <td>- Youth Health Services (MHS).</td> </tr> <tr> <td>- RIVM</td> <td>- and others....</td> </tr> </table> <p>International:          - ECDC/ EWRS,          - WHO.</p>	- Airports and harbors,	- Ministry BZK,	- B.E.L.,	- Ministry Defense,	- CBO,	- Ministry of Health, Welfare and Sport,	- GGD Nederland,	- Ministry Justice,	- GHOR,	- Ministry LNV,	- Health Council of the Netherlands	- Ministry Soza,	- IGZ,	- Scientific association, society	- KNCV,	- Schorer,	- LCHV,	- WIP,	- LCR,	- Soa- aids Netherlands,	- Municipal Health Services (GGD'en),	- Universitie,	- National Vaccine Institute,	- Youth Health Services (MHS).	- RIVM	- and others....
- Airports and harbors,	- Ministry BZK,																									
- B.E.L.,	- Ministry Defense,																									
- CBO,	- Ministry of Health, Welfare and Sport,																									
- GGD Nederland,	- Ministry Justice,																									
- GHOR,	- Ministry LNV,																									
- Health Council of the Netherlands	- Ministry Soza,																									
- IGZ,	- Scientific association, society																									
- KNCV,	- Schorer,																									
- LCHV,	- WIP,																									
- LCR,	- Soa- aids Netherlands,																									
- Municipal Health Services (GGD'en),	- Universitie,																									
- National Vaccine Institute,	- Youth Health Services (MHS).																									
- RIVM	- and others....																									

**Department : Laboratory for Infectious Diseases and Perinatal Screening (LIS)**

<b>Primary activities</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reference diagnostics for a range of diseases not covered by routine medical microbiological laboratories,</li> <li>pathogen-based surveillance for food- and waterborne diseases, selected zoonoses, vaccine preventable diseases and resistant microorganisms.</li> <li>serosurveys</li> <li>Specific research in selected areas (e.g. TB, pertussis, MRSA and enteric viruses)</li> <li>Expert advise in questions directed at the Cib</li> </ul>
<b>Key objectives</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>To ensure high quality diagnostics for all pathogens considered to be relevant for public health (in partnership with external laboratories);</li> <li>To monitor trends in existing and emerging human pathogens</li> <li>To study properties of selected pathogens relevant for (future) control (interface between pathogen and host populations, evolutionary interference resulting from human interventions)</li> <li>To help build the evidence base for infectious disease control activities of the Cib</li> </ul>
<b>Areas of excellence</b>
<p>Excellence in protecting populations from infection. State-of-the art research lines in pathogen diagnostics, biology and evolution, population genetics, dynamics of pathogen transmission and development of digital communication structures between various national stakeholders such as health care institutions, local health authorities, academia, policy makers, and the general public.</p> <p>Areas of special attention:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antimicrobial resistance;</li> <li>Integrated collection and analysis of molecular and epidemiological data, in particular for food-borne viruses / enteric viruses;</li> <li>emerging disease preparedness and response, studies at the human - animal interface</li> <li>effect of helminth infection on immunomodulation;</li> <li>health care-associated infections</li> <li>mycobacteria;</li> <li>national vaccination programme evaluation (mumps, measles, rubella, pertussis);</li> <li>ECDC sponsored education/training of public health microbiologists</li> <li>neonatal screening; prenatal Down syndrome screening</li> </ul>

<b>Staffing</b>
Total fte: around 120
Fte breakdown by activity/programs: 40 virology, 40 bacteriology, 10 parasitology; 10 immunosurveillance; 10 perinatal screening; 15 general support
Fte breakdown by functional expertise / (academic) background: 30 academic, 80 analytic, 15 administrative
<b>Main development priorities 2009-2010</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Maintaining high level of reference diagnostics</li> <li>Building the platform and analysis tools for integrated molecular epidemiological surveillance of viruses and bacteria in collaboration with partners nationally and internationally;</li> <li>Explore the potential applications of multiplex analyses (arrays, beads) for virology and for the neonatal screening programs.</li> <li>development of BSL3/4 infrastructure and work program</li> <li>strengthening emerging disease preparedness and response</li> <li>try to secure EU reference laboratory status for at least 2 areas</li> </ul>
<b>Primary internal cooperative relationships</b>
<p>Within Cib with EPI, LCI, LZO on various topics concerning infectious diseases (most work done in integrated projects)</p> <p>Within RIVM with GBO for nanotechnological developments, with CVB for population research studies (screening), with VTV for mapping the health care utilisation in NL</p> <p>With NVI on national vaccination programme studies</p>
<b>Primary external cooperative relationships</b>
<p>Medical microbiological laboratories; academic centres; municipal health services</p> <p>Multiple international partners and projects          ECDC, CDC-Atlanta; WHO; major public health institutes (HPA, RKI); several networks (ENIVD, EARSS, TB-Euro; EISS, global noronet)</p> <p>Developing countries          Collaboration CDC Guangdong, MOH Indonesia</p>

**Department : Department name: Laboratory for Zoonoses and Environmental Microbiology (LZO)**

**Primary activities**

- early warning of signals related to animal, food, and environment
- support in outbreak investigation (source investigation)
- surveillance in animal reservoirs (focus on ticks, mosquitos, rodents and less intense husbandry), food and the environment (mainly water)
- for surveillance purposes detection techniques are developed and validated
- study transmission routes of zoonotic and/or foodborne infectious diseases, a.o by molecular epidemiology (sero/genotyping)
- risk assessment modelling of pathogens in food, water and wildlife to support decision making on intervention strategies
- assessment of the burden and costs of foodborne and other infectious diseases
- study effect of specific food matrices on pathogen characteristics/behaviour (food microbiology)
- evaluate natural and induced inactivation processes (water microbiology)
- formal reference tasks for the EU (CRL Salmonella) and for the Netherlands (veterinarian reference lab for Salmonella, parasites and infections in shellfish)
- development of detection techniques of highly pathogenic selected bacteria (preparedness for bioterrorism).
- as Responseteam Biological Calamities (a.o. poederbrieven) part of the national 'Milieu Ongevallen Dienst'.
- expert consultation for EU, ECDC, EFSA and WHO

**Key objectives**

General description of the department's mission:  
 Early warning, surveillance and risk assessment of existing and emerging infectious disease risks from animals, food and the environment for improvement of public health. Preferably, research questions are addressed integrating microbiological expertise and labwork with modelling for quantitative risk analyses (exposure models, dose-response models and health outcomes).

**Areas of excellence**

- Quantitative microbiological risk assessment (QMRA)
  - Veterinary parasitology
  - Watermicrobiology, especially watervirology
  - Disease burden assessment
- Overview of flagship projects/products/activities:
- QMRA in general, and risk assessment for Campylobacter in poultry and for drinking water more specifically
  - Priority setting of enteric diseases and emerging zoonoses (intensively involved as projectmanager/chair at national, European (MedVetNet) and international (WHO, FERG) level)
  - Reference work related to CRL Salmonella (with additional task for external quality assurance of laboratories involved in surveillance of enteric infections for ECDC)
  - EU projects/networks: MedVetNet (Network of Excellence for foodborne zoonoses), Biotracer (Integrated project EU KP6 on improved biotraceability of unintended micro-organisms and their substances in food and feed chains), ECDC project on Climate change impact on food and waterborne diseases, and EU KP7 VITAL project (Small Collaborative Project on Integrated Monitoring and Control of Foodborne Viruses in European Food Supply Chains).
  - development and maintenance of website [www.ziekdoordier.nl](http://www.ziekdoordier.nl) (site about zoonoses).

**Staffing**

Total fte: 45, 9 (1 March 2009)

Fte breakdown by activity/programs: 5,6 fte management, management support and quality control, remainder about equally distributed in 3 departments, namely food, environment and animals&vectors.

**Main development priorities 2009-2010**

- Development goals in areas of expertise
- improve early warning of zoonotic signals from the veterinary field for assessing human health risks
  - enhance expertise in animal-related antimicrobial resistance
  - strengthen expertise in vector-borne infections (especially virology in mosquitos, bacteria and viruses in ticks) through systematic vector monitoring and screening
  - strengthen expertise in rodent-borne zoonoses (a.o. mouses, rats) through systematic vector monitoring and screening
  - improve analyses of molecular data using bioinformatics.
  - incorporate GIS analyses and risk mapping as tools in assessment of public health risk.
  - expand modelling expertise to incorporate dynamic modelling (immunity) and use of Bayesian networks.
  - climate change impact on food-, and more intense on waterborne diseases
  - evaluate natural and induced inactivation processes (food virology)

**In/external relations:**

- good network/collaboration with veterinary field (CVI, FD, GD, VWA). We aim for a position to bridge the gap between veterinary and human parties (especially between research groups and stimulating interaction between policy makers of different Ministries) for the purpose of human public health (control, prevention and scientific research).
  - good network/collaboration with food and water microbiology groups at universities (UvA, WUR, TU Delft)
  - collaboration with Plantenziektkundige Dienst (PD) of the WUR for vector-related work (entomology).
  - collaboration with groups with expertise in ecology for rodent-related work, mainly at the WUR
  - collaboration with international leading groups in QMRA (ao DTU Denmark, VLA UK)
  - support and invest in capacity building internationally (especially in field of foodborne infections (e.g. CDC China) and water/food safety (e.g. EHNRI Ethiopia, Jordania, Twinning Poland) and environmental virology (e.g. Environet).
  - International Networks: MedVetNet, Environet (vice-chair).
- Output**
- As output of research done both for the ministries as for international sponsors we produce RIVM reports but increasingly aim at peer-reviewed international papers. As a minimum one per scientific, academic staff member per year is set as a target. Most staff members are considerably more productive.
  - Furthermore our expertise is used in many international expert panels for drafting opinions, guidelines, advice (EFSA BIOHAZ panel and targeted working groups, ECDC consultations, EU working groups, WHO Collaborating Centre for Risk Assessment of Pathogens in Water and Food (a.o. rolling revision of drinking water guidelines, FERG global estimate of burden of foodborne disease etc.).
  - Finally input is provided in guidelines for infectious disease control for public health professionals.

**Primary internal cooperative relationships**

In general, close collaboration within Cib is established with EPI and LIS. Except for common use of labfacilities with LIS, more specific project-based collaboration exists:

In the area of foodborne infections, longterm close collaboration is implemented with EPI and LIS.

In the area of antimicrobial resistance related to animals, since a few years we collaborate in joint projects with EPI and LIS.

For the early warning of risks from food, animals and the environment, permanent representations in the Cib-wide early warning meeting is provided.

For the projects targeting the environment (water-related projects and MOD/RBC), collaboration is established with several labs/units in another division at the RIVM, MEV (IMG and LER), where the non-infectious risks for the environment, the MOD coordination and the account of the VROM-ministry are covered. For climate change projects, collaborations with PBL and MEV-LER and -MGO are established.

For performance of QMRA and food safety issues more in general, we also regularly meet with a toxicology department in another division (VGC) of the RIVM, named SIR. As two of our main routine accounts (VWS/VGP and VWA) are held within this division we also have a lot of interaction with the account manager (division director) and his assistant. Because LZO is the only department with substantial routine sponsoring from these accounts within Cib, a relationship manager was appointed. This person regularly meets with the assistant account managers of Cib, positioned in BBA.

Collaboration with LCI needs to be strengthened and further specified (currently at ad hoc basis during incidents).

**Primary external cooperative relationships**

**Main client groups:**

- Ministry of LNV (Agriculture) – VWA
- Ministry of VWS (Public Health) – policy department (VGP, minor PG)
- Ministry of LNV – policy departments (DK, VD)
- Ministry of VROM – policy departments
- Ministry of VenW – Waterdienst (former RIZA)
- European Commission (DG SANCO, DG Research)
- EFSA
- ECDC
- WHO

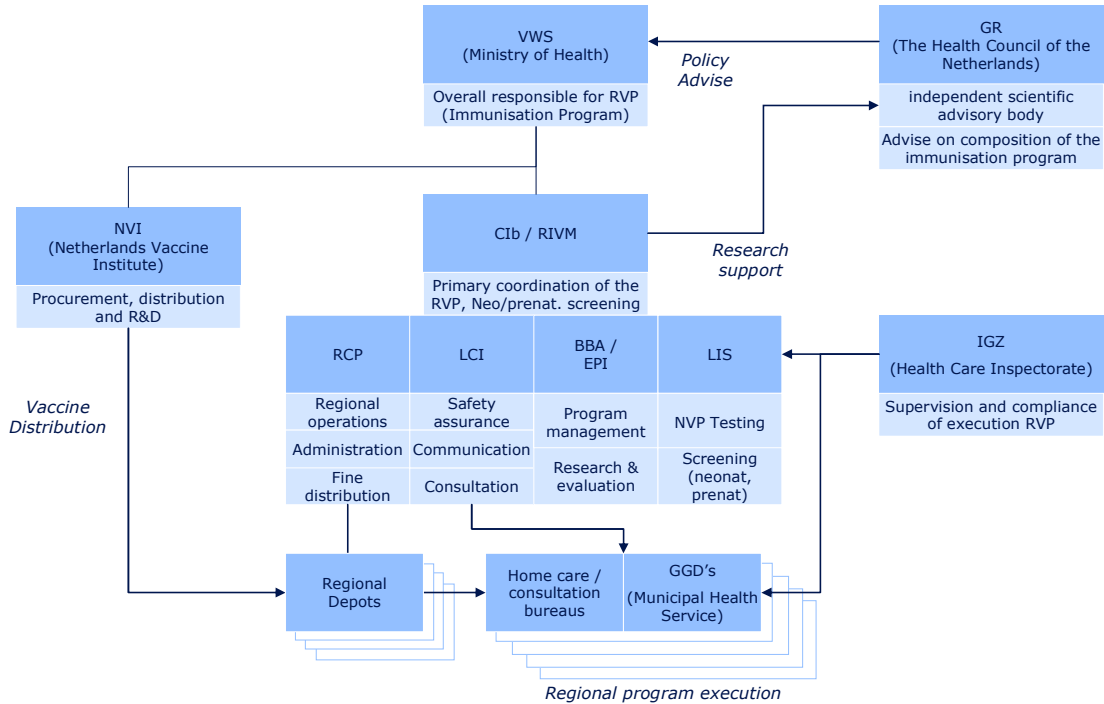
**Main cooperation partners nationally:**

- University of Utrecht, IRAS and Veterinary Faculty in general
- Central Veterinary Institute, Lelystad
- Animal Health Sciences, Deventer
- Wageningen University
- AMC
- Waterlaboratoria a.o. 'Het waterlaboratorium', KWR

**Department : Regional Coordination Programs (RCP)**

<p><b>Primary activities</b></p> <p>Coordination of the 3 Regional Prevention Programs:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.State Vaccine Program (RVP)</li> <li>2.Neonale screening (NNS)</li> <li>3.Bloodscreening of pregnant women (PSIE)</li> </ol> <p>The coordination consists roughly of the following tasks:          Sending out notice for inoculation, ordering of bloodtests, buying, distribution and administration of the vaccine, registration of the inoculations, registration of lab results, invoicing bills (labs and inoculation fees), referral to paediatricians, (medical) advising.</p>	<p><b>Areas of excellence</b></p> <p>Computer system Praeventis: specially developed for the total management, referral and registration of the above mentioned programmes. This system is an sophisticated data base, which is –under specific terms – available for research goals.</p> <p>Although the attendance rate of the HPV campaign in 2009 is a low 50% till now, the organisation and logistics of this program by RIVM-RCP, as well as the gearing of activities with the executing parties, is well organised and is called a success (also by our external partners).</p>
<p><b>Key objectives</b></p> <p>Logistics an registration of:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RVP: State Vaccine Program: distributing, calling an registration of the inoculations of the appr. 2.700.000 yearly inoculations (regular, Hep-B target group and regular HPV).                  Attendance rate is an average of 95%: 2.450.000 inoculations.                  For 2009: includes the HPV campaign with appr. 1.200.000 extra calls. (400.000 girls times 3 inoculations). (NB: of these 400.000 girls, the attendance rate is appr. 50% till now).</li> <li>• NNS: ordering and distributing PKU tests: appr. 180.000 yearly.</li> <li>• PSIE: informing obstetrics, registration , testing and referral of appr. 180.000 pregnant women yearly. Distributing anti-D.</li> </ul> <p>The logistic and registration is organised and executed in close working relationship with the 'executing parties' (GGD, home-care, obstetrics, labs).          The computer system Praeventis is essential to the activities.          Medical advise: concerning the above mentioned programs.          All this is regionally organised with a small central office in Bilthoven and 5 regional offices throughout the country.          Key processes are organized centrally (eg: purchasing vaccines).</p>	<p><b>Main development priorities 2009-2010</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Performance of a future study: to come to a uniform RCP, fully integrated in the RIVM*, working on a high quality level, with the utmost efficiency.                  Also special attention to the importance of the 5 regional offices for the RIVM organisation and on the possibilities of using the regions for a (greater) performance for RIVM as a whole.</li> <li>• Further development of the 3 main activities:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– RVP: more uniform, inventory of the effects of the introduction of RVP on-line and an inventory of steps necessary to this introduction.</li> <li>– NNS: start of the introduction of electronic messaging of lab results.</li> <li>– PSIE: start of the introduction of electronic messaging of lab results, uniform way of invoicing (by &gt; 150 labs), information of the whole process: all this captured in new contracts with the &gt; 150 parties. In close working relation with RIVM-CVB.</li> </ul> </li> <li>• Optimising distribution: start of the implementation of the advises to come to a more effective and efficient distribution system (study concluded in June 2009).</li> <li>• Exercise of the control-plan': to come to a good accountability (financial).</li> </ul> <p>*: till 1-1-2008 the RCP central regional offices were not part of RIVM, but 9 independent organisations.</p>
<p><b>Staffing</b></p> <p>Total fte 93 fte (83 permanent employees, 10 temps)</p> <p>Fte breakdown by activity/programs: RVP: 65%, NNS: 16%. PSIE: 19%</p> <p>Medical advisors (doctors) are hierarchically placed at the department LCI, but work functionally in the RCP regions. These doctors are the actual sponsors of the NNS program</p>	<p><b>Primary internal cooperative relationships</b></p> <p>CVB: Program management for the programs NNS and PSIE.          Cib-BBA: program management for the RVP          Cib – LIZ: lab for NNS          Cib- LCI: medical advisors, registration of side-effects          EPI: reporting inoculation rates.          (the Financial and HRM department are in this phase of integration –with emphasis to the internal organisation and effectiveness – also important co-operational departments. When the integration is concluded we foresee a stabilisation of these contacts.)</p>
	<p><b>Primary external cooperative relationships</b></p> <p>Ultimate clients: all the kids living in the Netherlands and their parents: we call them all individually: 2.600.000 calls a year. And register the results.</p> <p>Ministry of VWS.</p> <p>GGD, Youth-health care, PGA (for applicants), home-car, obstetricians, labs, hospitals, GP's.</p>

**Parties involved with the National Immunisation Programme (RVP)**



**BIJLAGE E – KRACHTENVELD ANALYSE**



## Introductie

---

In 2005 is het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) opgericht als onderdeel van het RIVM. Aanleiding daarvoor was een aantal knelpunten in de infectieziektebestrijding die de minister van VWS in 2004 constateerde.

Bij de oprichting is aangekondigd dat na een periode van vijf jaar het Centrum zou worden geëvalueerd. Onderdeel van deze evaluatie is een kwalitatief onderzoek onder partijen uit het veld van de infectieziektebestrijding in Nederland.

De centrale vraag uit dit onderzoek luidde hoe er vanuit het veld, de praktijk, wordt aangekeken tegen het CIb. Met andere woorden: voldoet het CIb aan de behoefte van zijn klanten (opdrachtgevers, opdrachtnemers en veldpartijen).

Voor dit onderzoek is allereerst het veld systematisch in kaart gebracht. Vervolgens zijn in overleg met de opdrachtgever, het Ministerie van VWS, respondenten uit de verschillende subvelden geselecteerd.

De opzet van het onderzoek is besproken met de leiding van het CIb. Een aantal vragen en hypothesen vanuit het centrum zijn in de vragenlijst meegenomen. Tussentijdse resultaten zijn zowel met het ministerie als met het CIb besproken.

De interviews vonden plaats in de periode van februari tot en met juni 2009. In deze periode speelde in de actualiteit de discussie over de HPV-vaccinatie en kwam de wereld in de ban van de Mexicaanse griep. De meeste interviews vonden plaats voor deze uitbraak.

Foto voorpagina: Gedurende dit onderzoek werd de wereld geconfronteerd met een mogelijke pandemie door de Mexicaanse griep. De vijfjarige Mexicaanse kleuter Edgar Hernandez kwam bekend te staan als 'Patient Zero'. Hernandez herstelde al snel. De Gouverneur van Veracruz heeft aangekondigd dat hij in zijn dorpje La Gloria zal worden geëerd met een standbeeld. Volgens zijn moeder zou Hernandez besmet zijn geraakt via vliegen van een nabijgelegen varkensboerderij. Later bleek hij evenwel niet de eerste patiënt met griepverschijnselen te zijn. Bron: Volkskrant. Foto: Spencer/Getty

BOER &amp; CROON



2

## Vraagstelling krachtenveldonderzoek

---

Hoofdvraag	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe wordt er vanuit het veld, de praktijk, aangekeken tegen het CIb?</li> <li>Met andere woorden, voldoet het CIb aan de behoeften van zijn klanten (opdrachtgevers, opdrachtnemers, veldpartijen)</li> </ul>
Subvragen	<ol style="list-style-type: none"> <li>Heeft het CIb in de ogen van het veld de juiste opdracht, gelet op de knelpunten?</li> <li>Geeft het CIb in de ogen van het veld goed uitvoering aan zijn opdracht?</li> <li>Voldoet het CIb aan de verwachtingen en behoeften van het veld?</li> <li>Het veld acht de huidige omvang van het CIb de juiste haar taken adequaat uit te voeren</li> <li>Het veld waardeert de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek van het CIb</li> <li>Het CIb staat voldoende open voor suggesties en werkwijzen in het veld</li> </ol>

De hoofdvraag wordt beantwoord in de eerste twee hoofdstukken. De subvragen komen specifiek aan de orde in het derde hoofdstuk

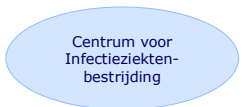
BOER &amp; CROON



3



## Voor het onderzoek zijn in het krachtenveld van het CIB zeven subvelden onderverdeeld...

Keten infectieziektenbeschrijving	Landelijke partijen: bestuur, beleid, toezicht, advies	NGO's, kwaliteits- en kenniscentra infectieziektebestrijding
<p><b>Veldpartijen:</b> Huisartsen GGD-en Medische Microbiologische Laboratoria Klinische ziekenhuiszorg Nederlands Vaccin Instituut Surveillancecentra (GGD/UMC)</p> <p><b>Branche en koepelorganisaties:</b> VNG (ook calamiteitenketen) GGD Nederland NPCF (patiënten consumenten federatie) NHG (huisartsen) NCvB (bedrijfsziekten) NVMM (medische microbiologie)</p>	<p>Ministerie van VWS RIVM Inspectie Gezondheidszorg Gezondheidsraad Raad voor de Volksgezondheid ZonMW</p>	<p>SOA Aids Schorer Stichting KNCV Tuberculosefond Nationaal Hepatitiscentrum WIP (ziekenhuis infectiepreventie) SWAB (antibioticagebruik) CBO (Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg) Rutgers Nisso</p>
	 <p>Centrum voor Infectieziekten- bestrijding</p>	<p><b>Wetenschap</b></p> <p><i>Overlap met andere clusters</i> EUR MC LUMC Centrum voor Infectieziekten UU Diergeneeskunde WUR Animal Science VIZ (Wet. Vereniging Infectieziekten)</p>
Keten rampen en calamiteiten	Keten diergezondheid	Media
<p>Ministerie BZK Veiligheidsregio's GHOR VNG (ook bestrijdingsketen) NCC NIVEL (ivm project acute zorg en rampen)</p>	<p>Ministerie van LNV Voedsel en Waren Autoriteit Gezondheidsdienst voor Dieren Centraal Veterinair Instituut Productschappen Vlees, Vis, Eieren</p>	<p>Nieuwsmedia (bijv NOS Journaal) Onderzoeksjournalistiek (bijv Zembla) Wetenschapsbijlagen (bijv VK, NRC)</p>

Nota bene: Dit overzicht is een hulpmiddel om tot een goede selectie van respondenten te komen. Het pretendeert geen totaaloverzicht van het veld te geven. Sommige velden vertonen overlap. Partijen en personen kunnen in meerdere subvelden een rol spelen

BOER&amp;CROON



4

## ...daaruit zijn ruim 30 stakeholders voor het veldonderzoek geselecteerd

### Keten infectieziektebestrijding

1. Alfons Olde Loohuis, huisarts te Herpen
2. Anika Corpeleijn, bestuurssecretaris NHG \*
3. Peter Leusink, huisarts, seksuoloog, directeur NVVS
4. Henk Kruisesselbrink, directeur-arts GGD Midden-Nederland
5. Onno de Zwart, directeur GGD Rotterdam-Rijmond
6. Jos van de Sande, directeur GGD Hart voor Brabant
7. Theo van Rijmenam, dir.; Mieke Besselse, teamleider SOA; Karel Soethoudt, arts infectieziekten, GGD Twente
8. Gijs Ruijs, arts-microbioloog, Isala, voorzitter NVMM
9. Laurent de Vries, directeur GGD Nederland
10. Lucas Elting, algemeen directeur; Truus de Graaf, manager RVP vaccins, NVI

### Keten rampen en calamiteiten

11. Robert Jan Schouwerwou, adj dir GHOR Utrecht, plv RGF
12. Charlotte Meiss, hoofd proactie & preventie, VRU
13. Sandra Korhuis, lid directieraad VNG

### Keten diergezondheid

14. Martijn Weijtens, directie Voedsel en Dierenwelzijn, Ministerie LNV
15. Andre Bianchi, directeur Centraal Veterinair Instituut
16. Paul Wever, accountmanager Overheid, Gezondheidsdienst voor Dieren
17. Wim van de Sande, Hoofdinspecteur VWA

\* Het NHG heeft als enige niet aan het onderzoek deelgenomen. Het NHG stelde een financiële vergoeding als voorwaarde. Daar is in overleg met de opdrachtgever geen gehoor aan gegeven.

### Wetenschap

18. Peterhans Vandenbroek, vz WIP, infectieziekten LUMC
19. Ab Osterhaus, virologie, Nat. Influenza Centr., Erasmus MC
20. Albert Cornelissen, parasitologie, Universiteit Utrecht
21. Jaap van Dissel, interne geneeskunde, Centrum voor Infectieziekten, LUMC

### Landelijke partijen

22. Hans de Goeij, DG Volksgezondheid, Ministerie van VWS
23. Dirk Ruwaard, directeur Publieke Gezondheid, MinVWS
24. Gerda van 't Bosch, Jeugdgezondheidszorg, MinVWS
25. Jan van Wijngaarden, Hoofdinspecteur Volksgezondheid IGZ
26. Robin Westerhof, Insp. IGZ, projectleider IZB-onderzoek
27. Jacomine Ravensbergen, teammanager preventie, ZonMW
28. Marianne de Visser, vice-voorzitter Gezondheidsraad

### NGO's

29. Hilje Logtenberg, coördinator; Lex Stibbe, voorzitter Nationaal Hepatitis Centrum
30. John Degener, voorzitter; Jan Prins, secretaris, SWAB
31. Jan Wille projectleider Prezies, CBO
32. Ton Coenen, directeur; Martin van Oostrom, bestuurssecretaris SOA Aids Nederland
33. Vincent Kuyvenhoven, KNCV
34. Ferdinand Strijthagen, directeur, Schorer Stichting

### Media

35. Wim Kohler, wetenschapsredactie NRC
36. Broer Scholtens, wetenschapsredactie Volkskrant

BOER&amp;CROON



5



## Negen dominante beelden uit het veld

1. In het veld is nut en noodzaak van het Centrum voor Infectieziektebestrijding onomstreden
2. De komst van het CIB heeft veel verbetering gebracht in de infectieziektebestrijding in Nederland
3. De test door een grote uitbraak bleef uit, bij kleinere uitbraken heeft het CIB adequaat gereageerd en zijn meerwaarde bewezen\*
4. Op de werkvloer verloopt de samenwerking goed, op bestuurlijk niveau is de relatie met enkele spelers gespannen
5. Enkele veldpartijen vinden dat het CIB teveel naar zich toe trekt. Men verwacht dat het CIB zich opstelt als netwerkspeler...
6. ...zodat er meer gebruik wordt gemaakt van de expertise die in het veld aanwezig is
7. Het CIB kijkt volgens sommigen met een te nauwe medisch-wetenschappelijke blik naar infectieziekten-bestrijding
8. Het veld ziet twee 'weeffouten' in de opzet van het CIB
  - Bij NGO's drukt de rol van CIB als subsidieverstrekker op de relatie
  - Vanuit medisch-wetenschappelijke hoek rijzen vragen over de wetenschappelijke rol
9. Trends in infectieziekten maken verdere professionalisering, voorbereiding en samenwerking noodzakelijk

\* aangetekend is reeds dat de meeste interviews plaatsvonden voordat de Mexicaanse Griep zich aandeede  
BOER&CROON

## In het veld is nut en noodzaak van het Centrum voor Infectieziektebestrijding onomstreden

- Veel partijen geven aan dat de aandacht voor publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding de laatste decennia van de vorige eeuw wat was weggezakt
- Met name medisch specialisten geven aan dat de publieke gezondheidszorg in de afgelopen twintig jaar een discipline is geworden die duidelijker op de kaart staat
- De opkomst van (nieuwe) infectieziekten (bijv. HIV/Aids) hebben hieraan bijgedragen. Maar ook uitbraken van polio en Creutzfeldt-Jacob in de jaren negentig en dreigingen van SARS en vogelgriep lieten zien dat infectieziektebestrijding nog niet 'af' was
- Men geeft aan dat de aandacht binnen RIVM en Rijksoverheid voor infectieziekten was weggezakt. Dit werd duidelijk bij uitbraken in de jaren 90 en de eerste jaren van 2000
- De komst van een duidelijk landelijk aanspreekpunt, verdere professionalisering en ketenregie kan nog steeds op veel draagvlak rekenen in het veld

Twintig jaar geleden wist ik niet eens dat er GGD-artsen bestonden. Het vakgebied heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt, in inhoud en aanzien

Infectioloog

Destijds bij de polio-uitbraak ontbrak het aan heldere regie en verantwoordelijkheden. Uiteindelijk begon de inspectie maar wat te doen. Met het CIB is de infectieziektebestrijding is helderder en beter gestructureerd.

Bestuurder NGO

## De komst van het CIB heeft veel verbetering gebracht in de infectieziektebestrijding in Nederland

- In de jaren 80 en 90 was "de aandacht bij het RIVM voor infectieziekten weggezakt". Het CIB heeft een goede inhaalslag gemaakt en gezorgd voor een sterkere bezetting
- Ketenpartijen waarderen dat met de komst van het CIB een goede counterpart is ontstaan bij de landelijke overheid voor hun werkzaamheden
- Partijen merken een toename van professionaliteit. "We werken nu met één centraal professioneel aanspreekpunt in plaats van een lappendeken van onervaren GGD-en"
- De samenwerking tussen GGD-en, MML's en het CIB is sterk verbeterd en goed neergezet volgens direct betrokkenen
- Ook de communicatie tussen de humane en veterinaire keten laat verbetering zien "al zal tussen dokters en dierenartsen altijd wel wrijving blijven bestaan"
- Het CIB vervult een goede rol in de inhoudelijke ondersteuning van professionals in het veld. Men slaagt er in lokale informatiebehoeften goed in te vullen
- De aansluiting tussen GGD-en en de wetenschappelijke wereld is verbeterd

## De test door een grote uitbraak bleef uit; bij kleinere uitbraken heeft het CIb zijn meerwaarde bewezen

In de interviews kwam een aantal casus naar voren waaruit de meerwaarde van het CIb en het lerend vermogen van de samenwerking in de keten bleek. NB: de meeste interviews vonden plaats voor de uitbraak van de Mexicaanse griep

### Marburg-virus

- "Contacten verliepen soepel, prettig, plezierig en professioneel"
- "Je merkte dat je met mensen te maken had met meer ervaring in infectieziekten dan voorheen de lokale GGD's"

### Q-koorts in Noord-Oost Brabant (interviews vóór juni 2009, daarna nam aandacht in actualiteit voor Q-koorts toe)

- "Door internationale contacten van het CIb konden we Franse ervaringen benutten"
- "Men is er in de communicatie goed in geslaagd om het issue lokaal te houden"

### TB-uitbraak bij zeeleeuwen

- "Er werd snel actie ondernomen door de GGD na TB-vaststelling door CVI"
- "CIb speelde een goede rol in de aansturing van lokale GGD-artsen"

Het is een continu leerproces dat nooit klaar is. Per casus zijn kritische punten te maken. Belangrijker is dat we er steeds van leren.  
Infectioloog

### MRSA bij varkenshouderij

- "Het CIb heeft een goede aanjaagfunctie vervuld, ook richting de veterinaire keten"
- "Humane en veterinaire partijen doen nu samen onderzoek in een consortium. De samenwerking wordt beter"

BOER &amp; CROON

Ministerie van Volksgezondheid,  
Wetzijn en Sport

10

## Op de werkvloer verloopt de samenwerking goed, op bestuurlijk niveau is de relatie met enkele spelers gespannen

- Contacten op de werkvloer verlopen goed
  - Er bestaan goede contacten over en weer en er is veel waardering voor elkaars kwaliteiten
  - Op verschillende plekken vervullen professionals een liasonrol door een aanstelling bij het CIb en een veldpartij. Dit wordt alom positief gewaardeerd
- Op bestuurlijk niveau is de relatie met enkele spelers gespannen
  - Vanuit NGO's met preventiedoelstelling wordt aangegeven dat bestuurlijke contacten met de CIb leiding stroef verlopen
  - In subsidierelaties wordt inhoudelijke afstemming gemist, contacten gaan enkel over financiële zaken
  - Door 'terreindrift' (citaat) vanuit het CIb en inherente overlap van taken zijn belangenconflicten ontstaan waardoor communicatie tussen CIb en enkele veldpartijen niet meer open is

Relaties zijn sterk verbeterd door de komst van nieuwe mensen bij het CIb. Er is een hoge gunfactor, mensen kennen elkaar goed  
Arts-microbioloog

Met VWS bestond een uitstekende werkrelatie. Met het CIb werd het steeds slechter. Ze werken vanuit wantrouwen.  
NGO

Deze directeur snapt prima dat hij het veld nodig heeft. Bij een volgende directie is het afwachten. We blijven alert  
Bestuurder/infectioloog

De samenwerking op de werkvloer loopt uitstekend, maar bij de directeur waait een andere wind. Hij jaagt mensen de boom in. Dat is onhandig. NGO

BOER &amp; CROON

Ministerie van Volksgezondheid,  
Wetzijn en Sport

11

## Enkele veldpartijen vinden dat het CIB teveel naar zich toe trekt. Men verwacht meer een opstelling als netwerkspeler...

- De verwachting bij de start was dat het CIB zich zou opstellen als een netwerkpartij die niet alles zelf wil doen, maar inzet op goede samenwerking met bestaande partijen
- Preventie-instellingen en koepels en andere veldpartijen geven aan dat bij (mogelijke) overlap van werkzaamheden het CIB de neiging heeft taken naar zich toe te trekken
- Sommigen wijzen als oorzaak op het omvangrijke takenpakket van het CIB: naast 'outbreak management' ook 'continu management' als vaccinatie en preventie
- Enkelen wijzen op een RIVM-cultuur als gesloten bolwerk waarmee het CIB 'besmet' is. Anderen zien juist andere RIVM-onderdelen hun netwerkrol goed invullen
- Ervaring van verschillende partijen is dat het CIB richtlijnen oplegt of zelf wijzigt in plaats van in overeenstemming vaststelt
- Ook wijzen partijen op knelpunten rond informatieuitwisseling
  - Sommige instellingen kunnen informatie niet zomaar afstaan vanwege de gevoeligheid van de informatie (bijv. i.h.k.v. privacywetgeving)
  - Sommige monitors willen hun informatie niet aan het RIVM afstaan als het daarmee door WOB-procedures op te vragen is

Het lijkt alsof alles wat met infectieziektebestrijding te maken heeft wordt opgeslokt door het CIB  
Arts-microbioloog

Het dreigt mega te worden. Het zou een spin in het web moeten zijn. Groot en log past niet bij de lean en mean organisatie die we bij een eventuele uitbraak nodig hebben  
Wetenschapper

## ...zodat zodat het CIB meer gebruik kan maken van de expertise die in het veld aanwezig is

- Binnen preventie-instellingen bestaat veel kennis over voorlichting en gebruik van nieuwe media. Hier wordt te weinig gebruik van gemaakt, bv. bij de HPV-vaccinatie
- Preventie- en kennisinstellingen (NGO's) wijzen erop dat het weefsel dat zij hebben gebouwd rond een specifieke infectieziekte breder is dan het netwerk van het CIB
- Op verschillende ziektegebieden ontbreekt het volgens sprekers aan een integrale visie op de aanpak van de bestrijding en de rolverdeling tussen CIB en partijen in het veld
- Vanuit GGD-hoek wordt aangegeven dat signalen vanuit de praktijk over uitvoerbaarheid van interventietechnieken niet worden opgevangen of genegeerd
- Geïnterviewden die ook lid zijn van de Adviescommissie van het CIB valt op dat deze niet in volledige potentie wordt benut. Er wordt meer geïnformeerd dan gevraagd
- Medische veldpartijen die protocollen opstellen geven aan dat er inmiddels goede werkafspraken zijn gemaakt met het CIB waar doelstellingen overlappen of raken

Ineens deed het CIB uitspraken over protocollen in ziekenhuizen. Daar gaan zij niet over, dat moeten ze overlaten aan specialisten in de praktijk  
Bestuurder/infectioloog

Het CIB heeft onvoldoende zicht op en begrip van expertise die bij partijen in het veld aanwezig is"  
NGO

## Het CIb kijkt volgens sommigen met een te nauwe medisch-wetenschappelijke blik naar infectieziektebestrijding

- Vanuit het veld wordt erop gewezen dat het CIb maar ook RIVM en GGD's primair werken vanuit medisch-wetenschappelijke oriëntatie. Een bredere blik is nodig
- Het CIb heeft geen integrale visie op de aanpak van specifieke infectieziekten. Er is te weinig oog voor maatschappelijke aspecten en veelheid aan betrokken actoren
- Preventie-instellingen nemen een te grote nadruk waar op bestrijden en genezen en te weinig aandacht voor preventie en gedragsbeïnvloeding
- Vanuit gemeentehoek wordt geconstateerd dat het CIb meer contact moet houden met gemeenten (bestuur en beleid) dan enkel met GGD's (uitvoering) in situaties waarin sprake is van een dreiging
- Bij een uitbraak is de samenwerking tussen 'bestuurlijk Nederland' en het CIb van groot belang. Men ziet te weinig contact met calamiteitenorganisaties van BZK en gemeenten



BOER&amp;CROON

14

## Het veld ziet twee 'weeffouten' in de opzet van het CIb

- Bij NGO's drukt de rol van CIb als subsidieverstrekker op de relatie
  - Verlening van subsidies die voorheen door VWS werden verstrekt, is gedelegeerd aan het CIb
  - Enkel geven aan dat het CIb zelf subsidiëcriteria heeft toegevoegd: draagt de subsidiënt bij aan taken van het CIb. Dat was nooit een criterium van VWS
  - Gesprekken met het CIb gaan primair over financieel-economische kwesties en welke taak bij wie hoort. Men mist een inhoudelijke discussie over het werk
  - De indruk is ontstaan dat het CIb kost wat kost inzet op subsidiestop of -verlaging van bepaalde subsidies. Ondanks gewonnen procedures en positieve evaluaties van het preventiewerk
- Vanuit medisch-wetenschappelijke hoek rijzen vragen over de wetenschappelijke rol
  - Het CIb moet 'witte plekken' in het wetenschappelijk onderzoek aanwijzen, maar dingt zelf ook mee naar onderzoeksopdrachten
  - Dit roept volgens veldpartijen de schijn van belangenverstrengeling op. Echte misstappen zijn overigens niet geconstateerd
  - Het CIb zou er volgens enkelen beter aan doen deze schijn te voorkomen.

BOER&amp;CROON

15

## Trends in infectieziekten maken verdere professionalisering, voorbereiding en samenwerking noodzakelijk

---

Het veld ziet een aantal trends die verdere professionalisering nodig maken, zoals:

- Antibiotica-resistentie
- Klimaatverandering
- Globalisering, toerisme en migratiestromen
- Emerging infections zoals SARS
- Risico's van de intensieve veehouderij



## Bestrijdingsketen: samenwerking in de keten is verbeterd, interactie met aanpalende terreinen verdient aandacht

---

- In algemene zin ervaren de gesproken partijen de komst van het CIb als verbetering. Betere samenwerking, helderder structurering.
- Huisartsen geven aan dat de informatieverstrekking en producten vanuit het CIb een sterke verbetering inhouden. Degelijk, op tijd en geen lappendeken meer
- Huisartsen en GGD-en wijzen erop dat sommige onderwerpen een bredere scope (bijv. SOA) hebben dan het kerndomein van het CIb. Daar lijkt het CIb nog mee te worstelen
- De samenwerking in de bestrijdingsketen is duidelijk verbeterd. Samenwerking met aanpalende terreinen (bijv. sociaal-psychologisch, ziekenhuizen, veiligheid) kan beter
- GGD-en ervaren de structuur met COM-ers en RAC-ers als een verbetering, al had het tijd nodig om uit te kristalliseren. Bovenregionale aansturing was überhaupt wennen
- GGD-en ervaren het als inefficiënt dat zij zelf bestuurders van gemeenten of ziekenhuizen moeten informeren omdat rapporten van BZK of NCC niet mogen doorgestuurd
- Het CIb wordt nog wel eens ervaren als een eilandenrijk door GGD-en die hun weg nog niet gevonden hebben. De suggestie wordt gedaan om te werken met accountmanagers

## Calamiteitenketen: verwacht de komende vijf jaar verbetering van de samenwerking tussen CIb en calamiteitenketen

---

- Partijen zien dat de samenwerking in de bestrijdingsketen duidelijk verbeterd is. Gezien het complexe krachtenveld is dat een compliment waard
- De samenwerking met de veiligheidsketen is echter nog onvoldoende uit de verf gekomen. Te denken valt aan openbare veiligheidsvraagstukken bij een pandemie
- Er zijn vraagtekens of het CIb voldoende gevoel heeft voor lokale bestuurlijke verhoudingen: "veel gemeenten zijn voor het CIb een black box"



## Veterinaire keten: de samenwerking tussen veterinaire en humane keten is sterk verbeterd en wordt belangrijker

---

- Samenwerking met partijen in de diergezondheidsketen verliep bij aanvang onwennig maar is inmiddels volgens betrokkenen zichtbaar verbeterd
- Vanuit de "meer centralistische" veterinaire keten wordt de humane keten ervaren als "koninkrijkjes". Met komt CIB is er al meer heldere structuur en aansturing ontstaan
- Met de komst van het CIB is er een helder aanspreekpunt en ook de brugfunctie heeft in de praktijk vorm gekregen, onder andere via liason officers
- Verdere samenwerking wordt ook gezien als noodzakelijk gezien issues rond intensieve veehouderij, klimaatverandering en opkomst zoönosen
- Partijen wijzen erop het belang van zorgvuldige communicatie over zoönosen vanuit het CIB. De bestrijding is niet gebaat bij een veehouderijsector met de hakken in het zand

## Wetenschap: Men wijst op de spanning tussen leemtes aanwijzen en zelf onderzoek doen; in de praktijk loopt het goed

---

- Wetenschappers wijzen op de spanning die bestaat tussen het aanwijzen van witte vlekken en zelf onderzoek doen
- Overall is echter het beeld dat het goed gaat. Zolang de universiteiten / UMC's richten zich op fundamentele vragen, het CIB op praktische en toegepaste vragen
- Men is positief over het werken met constructies als dubbele aanstellingen voor hoogleraren of AIO's bij CIB en universiteiten
- Enkelen zijn van mening dat het onderzoeksprogramma van het CIB wel erg groot is. Het zou gebaat zijn bij meer focus

## Landelijke partijen: Het CIB heeft veel van de knelpunten die aanleiding waren voor de oprichting weggenomen

---

- In het algemeen zijn de meesten positief over de organisatie die in vijf jaar is neergezet. De samenwerking in de keten is verbeterd, er is een helder aanspreekpunt
- Men wijst erop dat de echte test voor het CIB nog moet komen bij een grote uitbraak (de meeste interviews vonden plaats voordat de Mexicaanse Griep zich aandiende)
- De reactie op kleine uitbraken hebben laten zien dat er inmiddels veel verbeterd is in de samenwerking in de keten
- Men heeft gezien dat de relatie met VWS en het veld in eerste instantie moeizaam verliep maar in de loop der tijd is verbeterd

## NGO's: met name preventie-instellingen geven aan dat de relatie met het CIB verbetering behoeft

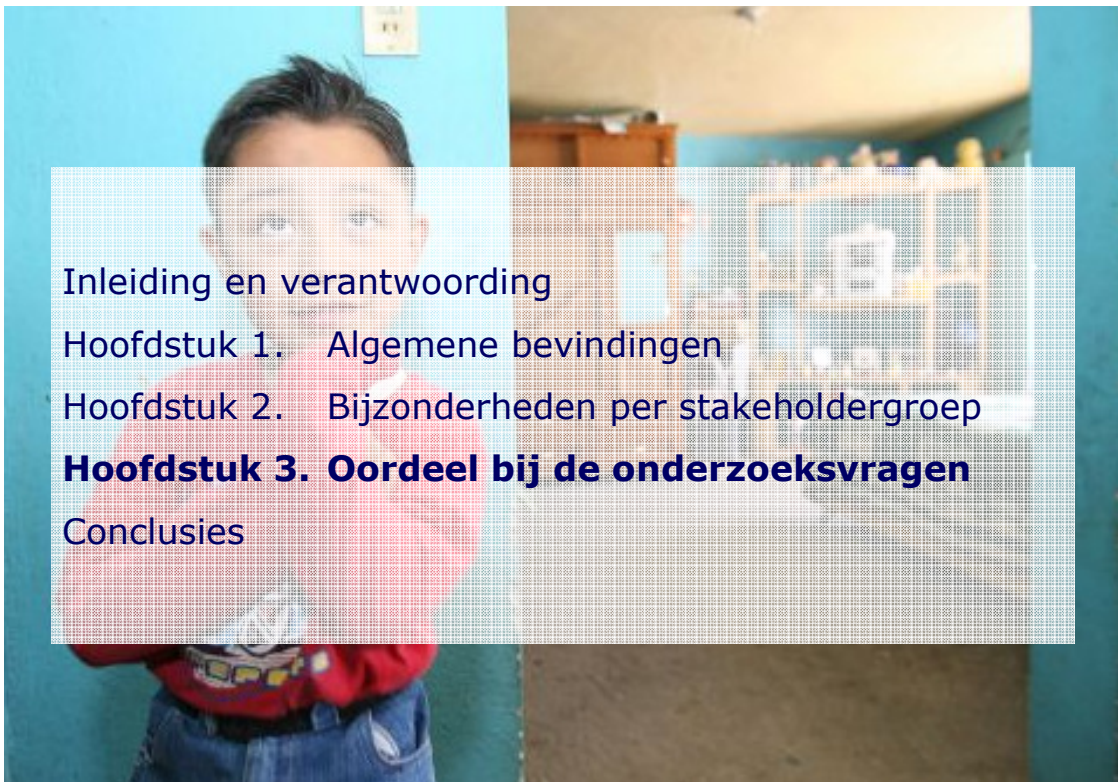
---

- Vanwege de combinatie van subsidierelatie en samenwerkingsrelatie is met de meeste NGO's in eerste instantie een gevoelige relatie ontstaan
- NGO's die zich richten op protocolontwikkeling geven aan dat er inmiddels een goede samenwerking is. Een enkele keer betreedt het CIB nog 'hun terrein' zonder overleg
- NGO's die zich richten op preventie geven aan dat de relatie nog moeilijk is. Inhoudelijk overleg wordt gemist; financieel-bestuurlijke onderwerpen voeren de boventoon
- Enkele spreken over 'terreindrift' en vragen zich af of het CIB wel wil samenwerken met kenniscentra in het veld
- Ondanks dat de meerwaarde van deze NGO's door hun Umfeld en onderzoeken wordt onderstreept, lijkt het CIB daar nog niet van overtuigd
- Het CIB zou bij een constructieve samenwerking meer gebruik kunnen maken van expertise binnen deze NGO's, bijvoorbeeld in het bereiken van specifieke doelgroepen
- Overigens dient daarbij aangetekend dat de meeste geïnterviewden aangeven dat de samenwerking tussen professionals op de werkvloer goed verloopt

## Media: Het CIB vormt voor journalisten een duidelijk aanspreekpunt namens de overheid

---

- De komst van het CIB heeft voor de media veel helderheid gebracht in een voorheen sterk versnipperd veld, waar veel naar elkaar werd doorverwezen
- Journalisten voelen zich prima bediend door het RIVM. Namens de landelijke overheid is er nu een duidelijke woordvoerder; een rondgang langs vele partijen niet meer nodig
- Naar het oordeel van de gesproken journalisten kiest het CIB voor de juiste opstelling: het stelt zich onafhankelijk op en is open over onzekerheden



## Oordeel bij de onderzoeksvragen (1)

### 1. Heeft het CIB in de ogen van het veld de juiste opdracht, gelet op de knelpunten?

- Ja
  - In het veld bestaat geen vastomlijnd beeld van de exacte knelpunten die voor de landelijke overheid aanleiding waren voor de oprichting van het CIB
  - Veel partijen geven aan dat de knelpunten die zij zelf ervoeren met de komst van het CIB zijn verholpen (versnippering, tekort professionaliteit, geen aanspreekpunt)
  - Op twee punten bestaat discussie. In het veld worden vraagtekens geplaatst bij de rol van het CIB in de subsidieverstrekking en eigen wetenschappelijke activiteiten

### 2. Geeft het CIB in de ogen van het veld goed uitvoering aan zijn opdracht?

- Ja
  - Het veld is zeer positief over de verbeteringen die het CIB in vijf jaar tot stand heeft gebracht, zeker gezien het complexe krachtenveld
  - Positief is men ook over de leercurve die het CIB en de keten laat zien. In elke stap, bij elke (kleine) uitbraak wordt geleerd en verbeterd
  - Er zijn twee punten van kritiek die van belang zijn bij deze vraag
    - Het CIB maakt onvoldoende gebruik van expertise in het veld. In sommige gevallen oordeelt men dat het CIB zich te weinig op als netwerkpartij
    - Er zijn vraagtekens bij de dominante medisch-wetenschappelijke oriëntatie

## Oordeel bij de onderzoeksvragen (2)

### 3. Voldoet het CIB aan de verwachtingen en behoeften van het veld?

- Ja
  - Partijen in de keten geven aan dat er veel verbetering is aangebracht in de samenwerking in de keten, informatieverstrekking, structurering
- Nee
  - Bij specifieke bestrijdingsstrategieën (bijv. SOA) bestaat behoefte aan aandacht voor aanpalende terreinen die buiten het kerndomein van het CIB vallen
  - Binnen de veiligheidsketen is behoefte aan meer contact, afstemming en samenwerking

### 4. Het veld acht de omvang van het CIB de juiste haar taken adequaat uit te voeren

- Gemengd beeld
  - Over de omvang van het CIB hebben de meeste veldpartijen geen oordeel, voor zover zij daar een beeld van hebben
  - Het veld geeft aan dat het CIB nog vaak wordt ervaren als een eilandenrijk. Er worden suggesties gedaan voor een accountmanager en betere interne afstemming
  - Enkelen hebben de indruk dat het CIB teveel een moloch wordt in plaats van een netwerkspeler. Dit heeft eerder te maken met opstelling dan omvang

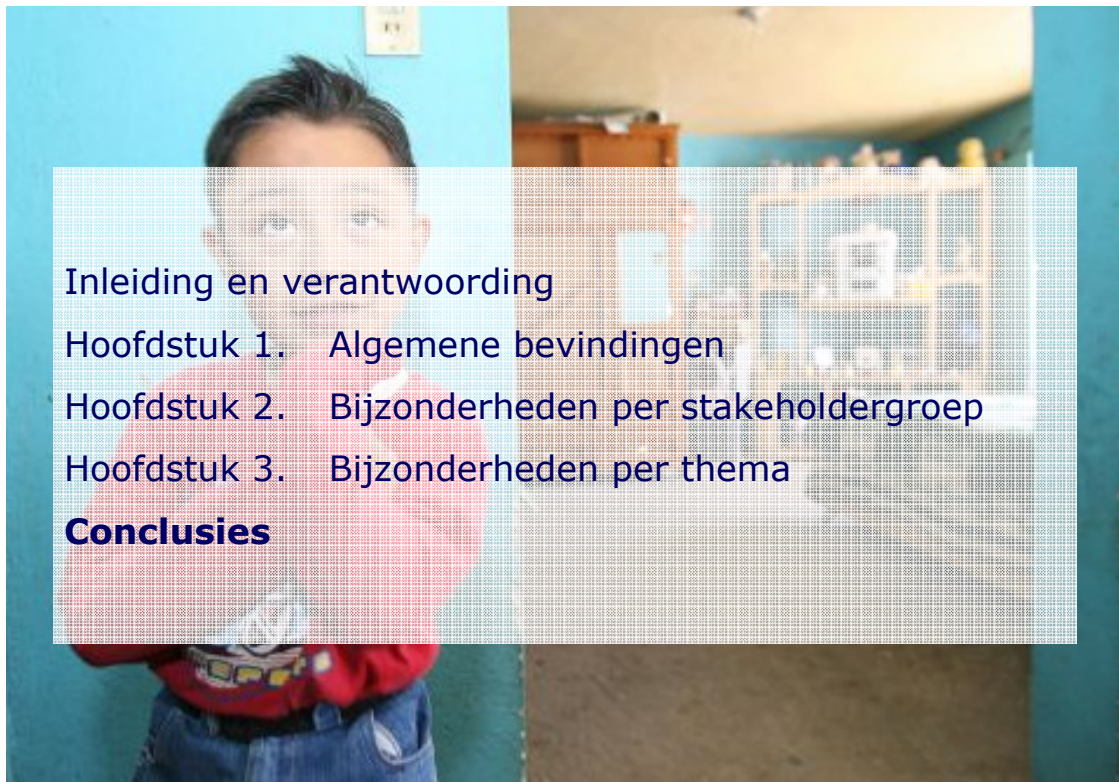
## Oordeel bij de onderzoeksvragen (3)

### 5. Het veld waardeert de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek van het CIB

- Blanco
  - De meeste partijen geven aan dat zij geen beeld hebben bij het wetenschappelijke werk van het CIB, aangezien dit buiten hun gezichtsveld afspeelt
  - Dit geldt overigens ook voor andere punten, zoals beleidsadvisering
- Ja
  - Door wetenschappers wordt aangegeven dat het CIB haar rol goed speelt en ook goed meedraait in de 'competitive science'

### 6. Het CIB staat voldoende open voor suggesties en werkwijzen in het veld

- Onvoldoende
  - Vanuit verschillende kanten valt te horen dat dit punt voor verbetering vatbaar is
  - Vanuit GGD-en wordt aangegeven dat het CIB niet altijd open staat voor opmerkingen over de uitvoerbaarheid van hun vragen of acties
  - NGO's (mn preventie) missen inhoudelijke afstemming over bestrijdingsstrategieën. Ook zegt men veel kennis en contacten in huis te hebben waar het CIB (nog) niet haar voordeel mee doet, zoals bijvoorbeeld bleek bij de HPV-vaccinatie
  - De veiligheidsketen verwacht meer contact met lokale bestuurders en calamiteitenorganisaties. Men wil meer aandacht voor doordenken van scenario's en oefeningen



## Vijf conclusies van op basis van de beelden uit het veld\*

\* Deze conclusies zijn nadrukkelijk gebaseerd op dit veldonderzoek. Deze kunnen afwijken van de eindconclusies van de CIB-beleidsvaluatie waarbij ook andere onderzoeken worden meegenomen

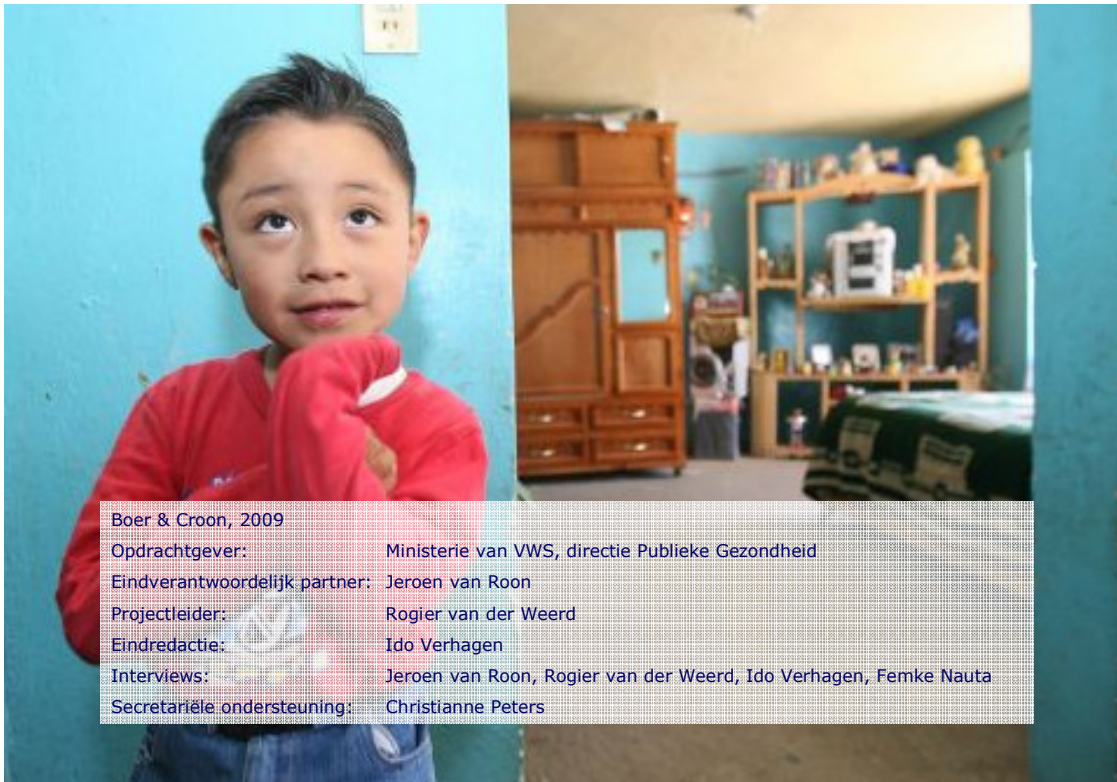
1. Er is veel verbeterd in de infectieziektebestrijding in Nederland.
  - Het CIB heeft in korte tijd haar positie versterkt in een veld dat al voor een groot deel verkaveld – en vooral versnipperd – was
  - De eigen organisatie heeft een kwaliteitsslag gemaakt en ook de samenwerking in de eigen bestrijdingsketen en met de diergezondheidsketen is verbeterd
2. Veranderen gaat gepaard met frictie
  - Er is hier en daar spanning ontstaan op de relaties met veldpartijen. Veelal begrijpelijke frictie tussen nieuwe en oud, tussen overheid en veldpartijen
  - Met veel partijen is de samenwerking inmiddels uitgekristalliseerd. Met name de gespannen relatie met preventie-instellingen verdient nog aandacht.
3. Integrale visievorming vraagt aandacht
  - De eerste fase stond in het teken van opbouw van de organisatie en samenwerking in de eigen keten vanuit knelpunten
  - Er behoefte aan een integrale visie op: samenwerking tussen CIB en kennisinstellingen, aanpak per infectieziekte, link tussen preventie, bestrijding en behandeling, link met aanpalende terreinen
4. Weeffouten vragen aandacht
  - De in het veld wordt gesproken over de schijn van belangenverstrengeling. Die schijn moet geadresseerd. Dit geldt voor taken van het CIB op wetenschappelijk vlak en subsidieverstrekking
5. Verdere samenwerking is nodig
  - Trends geven aan dat op het terrein van infectieziekten ons nog heel wat te wachten staat. Verder verbetering en voorbereiding is nodig. CIB heeft de positie opgebouwd om voortrekker te zijn
  - Dit geldt gezien de trends zowel de samenwerking binnen de keten, met de diergezondheidsketen alsook de samenwerking met preventie-instellingen en rampenbestrijding.

BOER & CROON

Ministerie van Volksgezondheid,  
Werkje en Sport

30

0,3 PANGELIENE



Boer & Croon, 2009	
Opdrachtgever:	Ministerie van VWS, directie Publieke Gezondheid
Eindverantwoordelijk partner:	Jeroen van Roon
Projectleider:	Rogier van der Weerd
Eindredactie:	Ido Verhagen
Interviews:	Jeroen van Roon, Rogier van der Weerd, Ido Verhagen, Femke Nauta
Secretariële ondersteuning:	Christianne Peters

**BIJLAGE F – ENQUÊTE ONDER GGD-EN**

**Evaluatie Cib:  
Enquête onder GGD-en  
Overzicht van de respons**

Amsterdam, mei 2009

Dit rapport is bestemd voor de organisatie van de opdrachtgever. Verspreiding en reproductie van (delen van) dit rapport buiten de organisatie van de opdrachtgever is niet toegestaan zonder vooraf verstrekte schriftelijke toestemming van Boer & Croon.

**Achtergrond**

Aanleiding en Doelstelling	Opzet
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boer &amp; Croon voert in opdracht van het Ministerie van VWS een evaluatie uit van het functioneren van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (Cib)</li> <li>• Onderdeel van deze evaluatie vormt een elektronische enquête onder GGD-en met als doel een representatief beeld te vormen van de meningsvorming onder GGD-en over:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Heeft het Cib de juiste opdracht?</li> <li>– Is het takenpakket van het Cib duidelijk?</li> <li>– Wat is de toegevoegde waarde van het Cib voor de bestrijding van infectieziekten</li> </ul> </li> <li>• De resultaten van de enquête zullen geïntegreerd worden in een eindrapportage die aan het Ministerie zal worden opgeleverd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boer &amp; Croon heeft een vragenlijst ontwikkeld die getoetst is door het Ministerie van VWS, GGD-Nederland, IGZ en Cib</li> <li>• Directies van alle Nederlandse GGD-organisaties zijn aangeschreven met het verzoek de enquête uit te zetten onder drie doelgroepen             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hoofden Infectieziekten en/of Algemene Gezondheidszorg</li> <li>– Senior artsen infectieziekten</li> <li>– Senior verpleegkundigen infectieziekten</li> </ul> </li> <li>• Dit document geeft slechts een overzicht van de ontvangen respons; interpretatie en aggregatie naar bevindingen vindt plaats in de eindrapportage</li> </ul>

## Inhoud

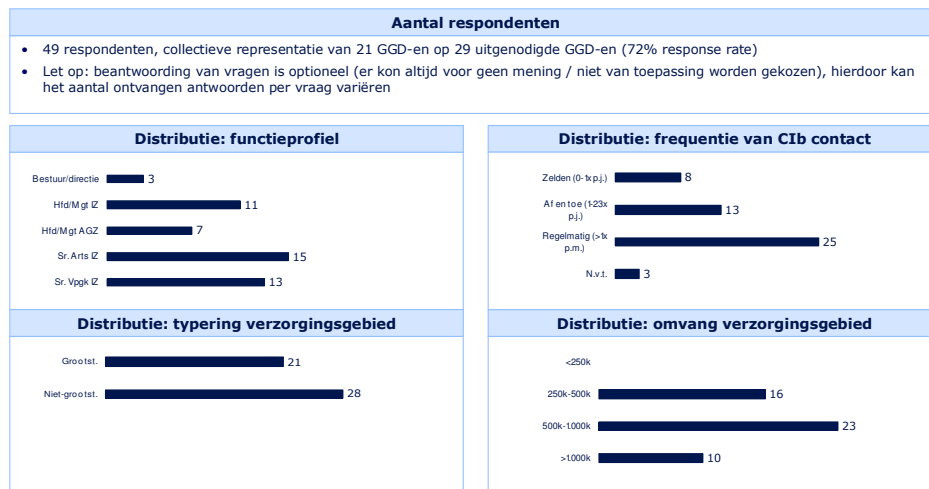
1. Basiskenmerken respondentenset .....	3
2. Algemene waardering .....	4
3. Diagnostiek, surveillance, vroege signalering .....	5
4. Preventie .....	6
5. Ketenregie .....	7
6. Ondersteuning kwaliteit en innovatie .....	8
7. Outbreakmanagement / crisisbeheersing .....	9
8. Communicatie / Interactie .....	11

01.01.2020/Ameyen

BOER & CROON

2

## 1. Basiskenmerken respons

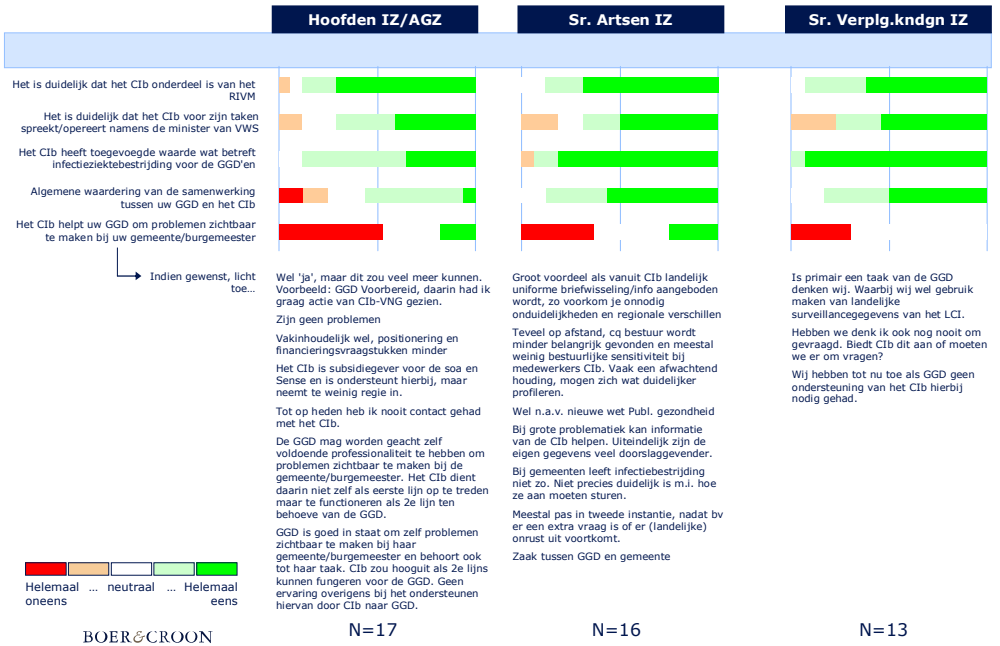


BOER & CROON

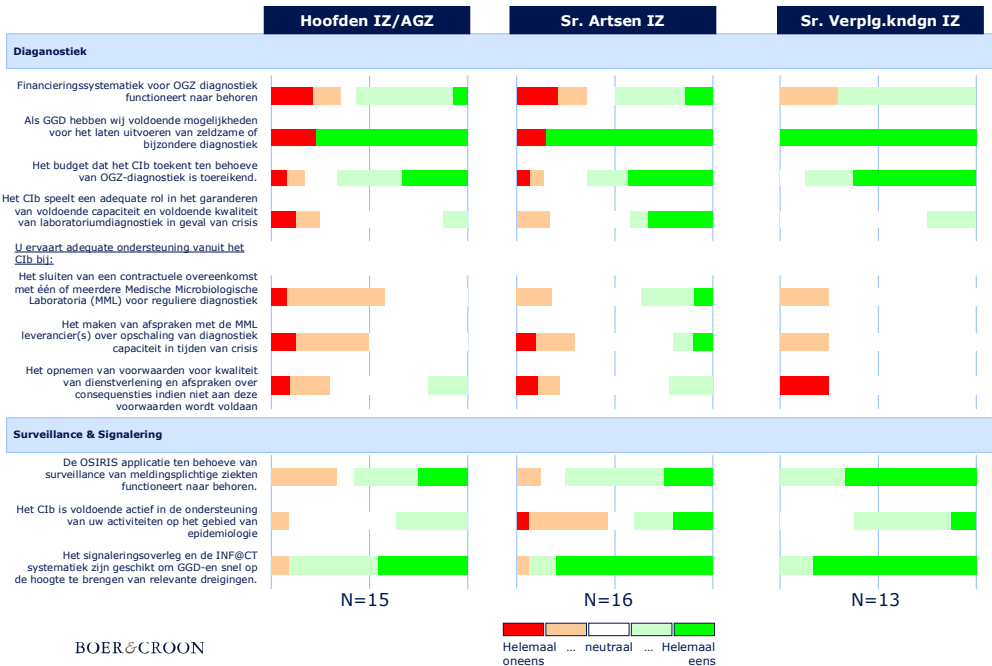
3



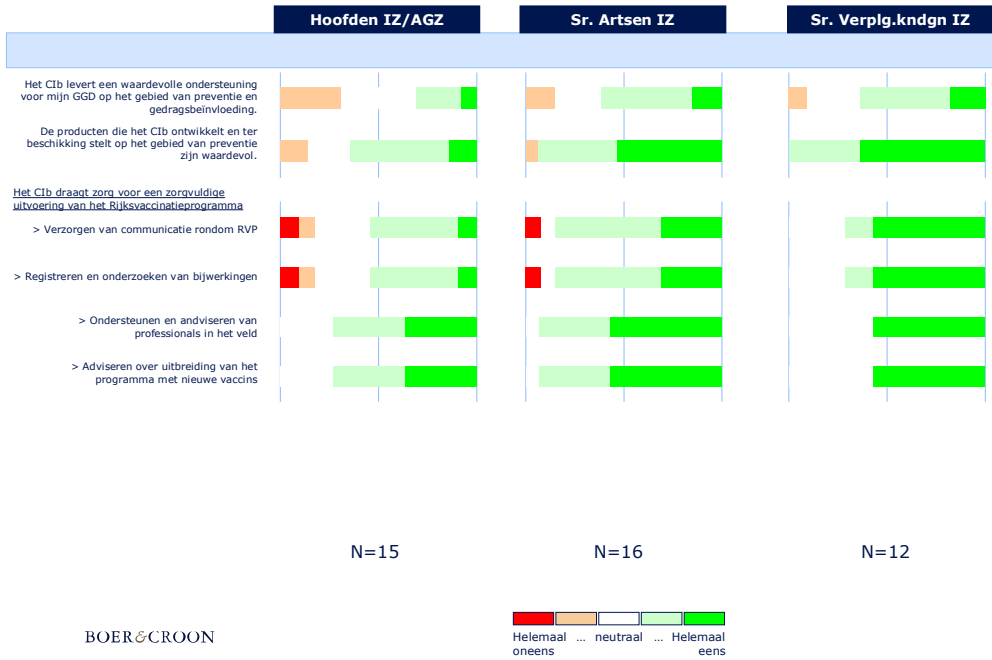
## 2. Algemene waardering Kwantitatieve waardering



## 3. Diagnostiek, surveillance, vroege signalering Kwantitatieve waardering

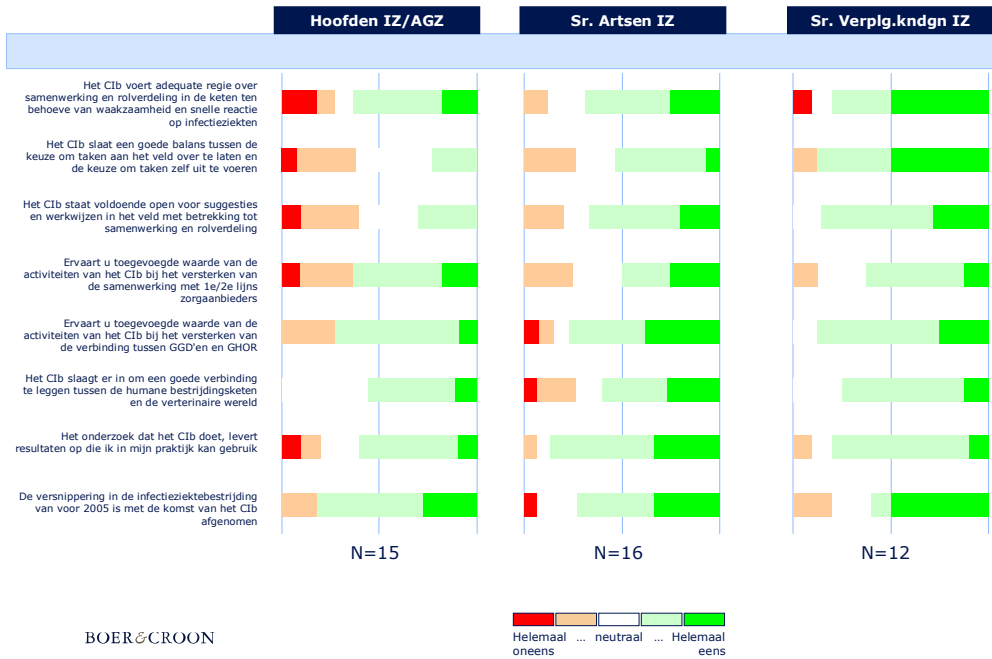


## 4. Preventie Kwantitatieve waardering



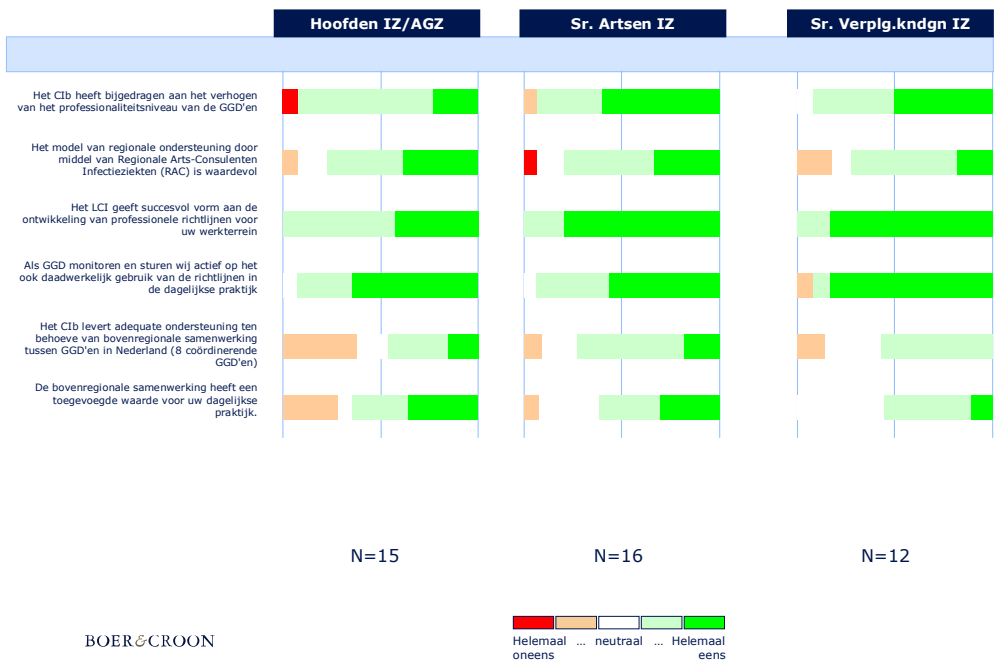
6

## 5. Ketenregie Kwantitatieve waardering



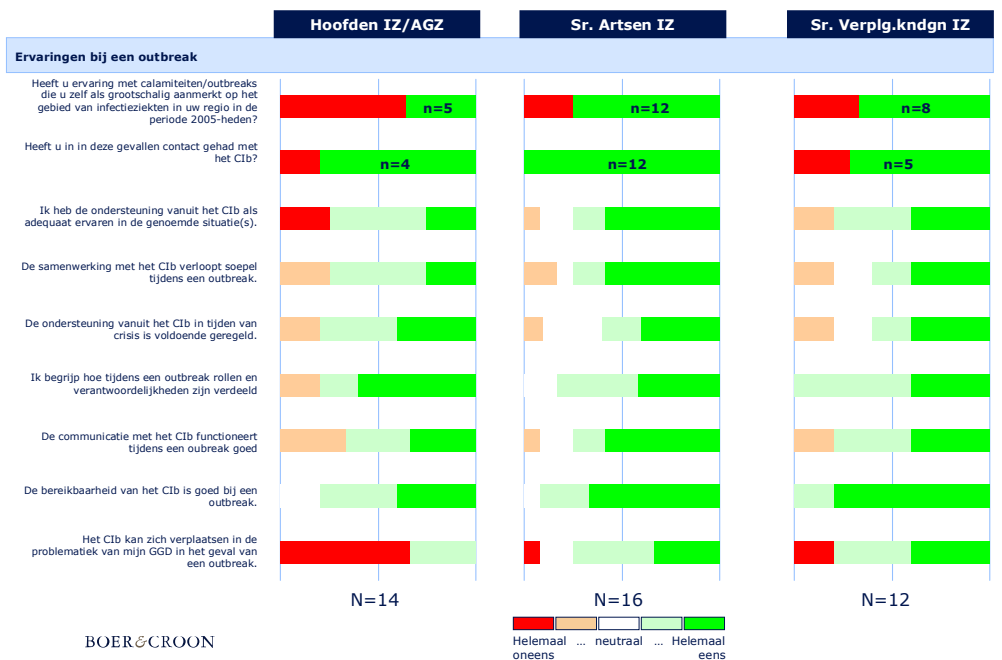
7

## 6. Ondersteuning kwaliteit en innovatie Kwantitatieve waardering



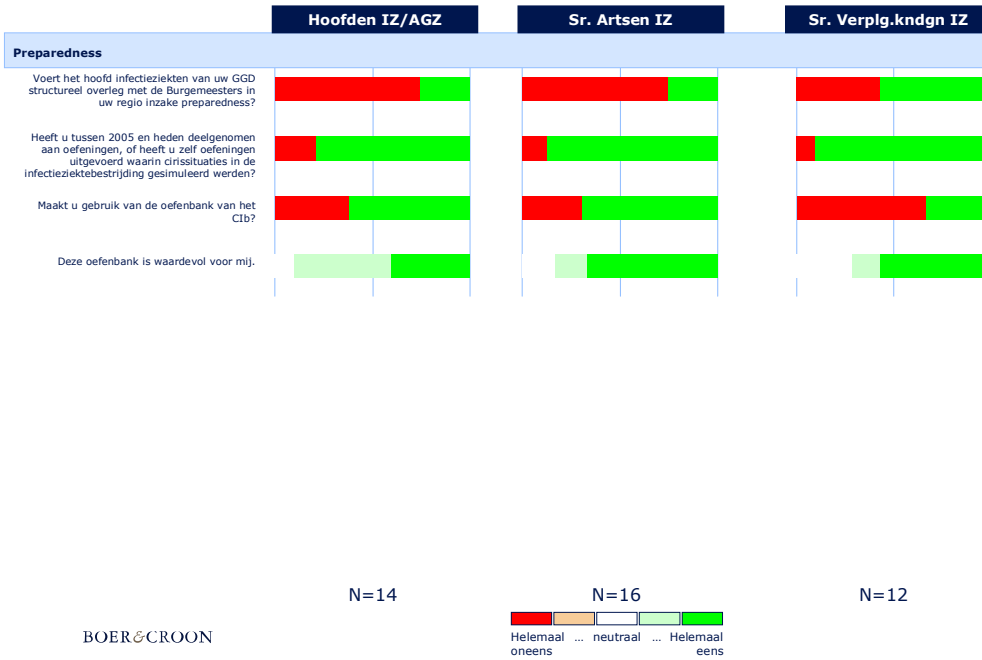
8

## 7. Outbreakmanagement / crisisbeheersing Kwantitatieve waardering



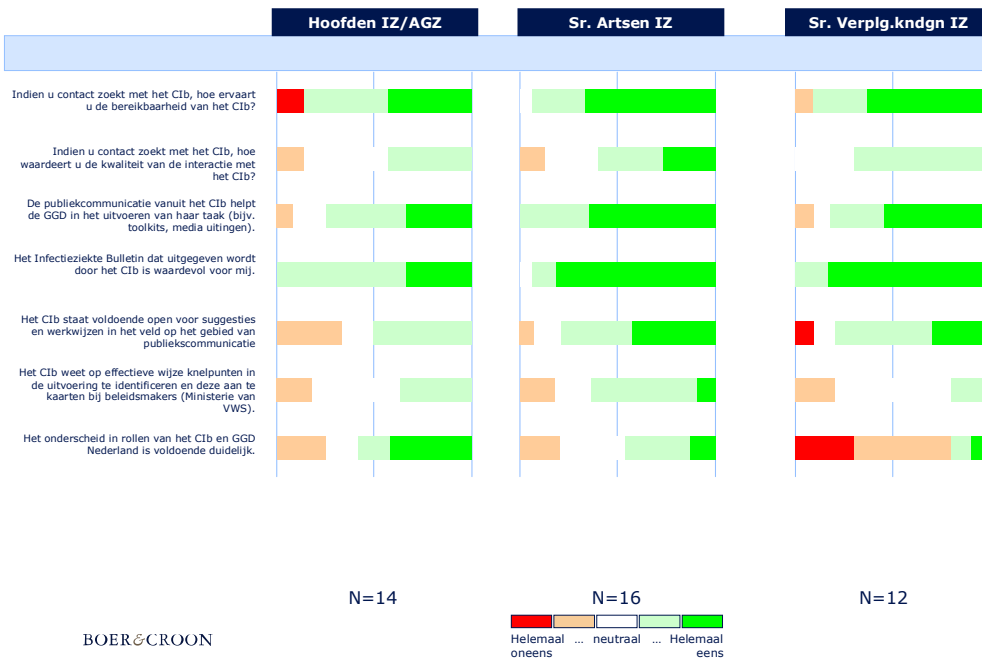
9

## 7. Outbreakmanagement / crisisbeheersing Kwantitatieve waardering



10

## 8. Communicatie / Interactie Kwantitatieve waardering



11

91

## BIJLAGE G – ENQUÊTE ONDER SUBSIDIERELATIES

### Evaluatie CIB: Enquête onder Subsidierelaties Overzicht van de respons

Amsterdam, mei 2009

Dit rapport is bestemd voor de organisatie van de opdrachtgever. Verspreiding en reproductie van (delen van) dit rapport buiten de organisatie van de opdrachtgever is niet toegestaan zonder vooraf verstrekte schriftelijke toestemming van Boer & Croon.

### Achtergrond

Aanleiding en Doelstelling	Opzet
<ul style="list-style-type: none"><li>• Boer &amp; Croon voert in opdracht van het Ministerie van VWS een evaluatie uit van het functioneren van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIB)</li><li>• Onderdeel van deze evaluatie vormt een elektronische enquête onder subsidierelaties met als doel een representatief beeld te vormen van de meningsvorming over:<ul style="list-style-type: none"><li>– Heeft het CIB de juiste opdracht?</li><li>– Is het takenpakket van het CIB duidelijk?</li><li>– Wat is de toegevoegde waarde van het CIB voor de bestrijding van infectieziekten?</li></ul></li><li>• De resultaten van de enquête zullen geïntegreerd worden in de eindrapportage die aan het Ministerie zal worden opgeleverd</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Boer &amp; Croon heeft een vragenlijst ontwikkeld die getoetst is door het Ministerie van VWS en CIB</li><li>• Directies c.q. projectleiders van alle subsidierelaties zijn aangeschreven met het verzoek de enquête te voltooien</li><li>• Dit document geeft slechts een overzicht van de ontvangen respons; interpretatie en aggregatie naar bevindingen vindt in een later stadium plaats</li></ul>

## Inhoud

1. Basiskenmerken respondentenset .....	3
2. Algemene waardering .....	4
3. Samenwerkingsrelatie .....	5
4. Functioneren Cib .....	6

01/2020/Ameyen

BOER & CROON

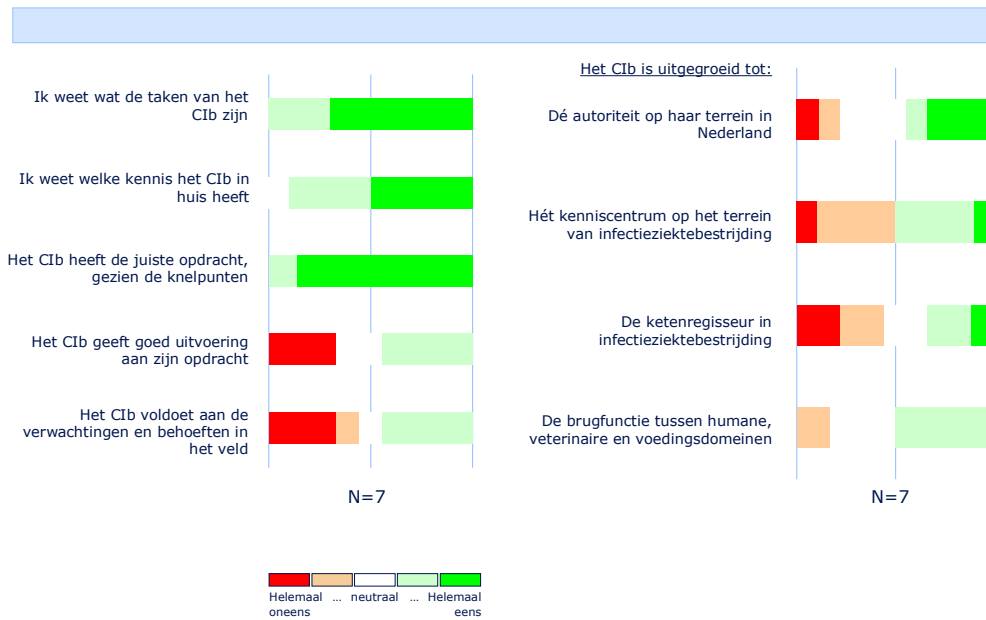
2

## 1. Basiskenmerken respons

Aantal respondenten																					
Uitgenodigde subsidierelaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>CBO (Prezies)</li> <li>ErasmusMC (CDJ surveillance)</li> <li>UMC Utrecht (CDJ obducties)</li> <li>Stichting Aidsfonds-SOA AIDS Nederland</li> <li>Schorerstichting</li> <li>HIV Vereniging Nederland</li> <li>Stichting Werkgroep Infectie Preventie (WIP)</li> <li>KNCV Tuberculosefonds</li> <li>Nationaal Hepatitis Centrum</li> <li>Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB)</li> <li>Anonieme HIV surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 respondenten van 7 subsidierelaties, op totaal 11 uitgenodigde subsidierelaties ( 63% respons rate subsidierelaties)</li> <li>Let op: beantwoording van vragen is optioneel (er kon altijd voor geen mening / niet van toepassing worden gekozen), hierdoor kan het aantal ontvangen antwoorden per vraag variëren</li> </ul>																				
Distributie: functieprofiel	Distributie: frequentie van Cib contact																				
<table border="1"> <caption>Distributie: functieprofiel</caption> <tr><th>Functieprofiel</th><th>Aantal</th></tr> <tr><td>Directeur / Bestuursvoorzitter</td><td>5</td></tr> <tr><td>Coördinator</td><td>1</td></tr> <tr><td>Consultant</td><td>1</td></tr> <tr><td>Secretaris RvB</td><td>1</td></tr> <tr><td>Hoofd Preventie</td><td>1</td></tr> </table>	Functieprofiel	Aantal	Directeur / Bestuursvoorzitter	5	Coördinator	1	Consultant	1	Secretaris RvB	1	Hoofd Preventie	1	<table border="1"> <caption>Distributie: frequentie van Cib contact</caption> <tr><th>Frequentie van Cib contact</th><th>Aantal</th></tr> <tr><td>Intensief (&gt;1x per maand)</td><td>1</td></tr> <tr><td>Regelmatig (4-12 x per jaar)</td><td>6</td></tr> <tr><td>Sporadisch (0-4 x per jaar)</td><td>3</td></tr> </table>	Frequentie van Cib contact	Aantal	Intensief (>1x per maand)	1	Regelmatig (4-12 x per jaar)	6	Sporadisch (0-4 x per jaar)	3
Functieprofiel	Aantal																				
Directeur / Bestuursvoorzitter	5																				
Coördinator	1																				
Consultant	1																				
Secretaris RvB	1																				
Hoofd Preventie	1																				
Frequentie van Cib contact	Aantal																				
Intensief (>1x per maand)	1																				
Regelmatig (4-12 x per jaar)	6																				
Sporadisch (0-4 x per jaar)	3																				
Aard van de interactie met het Cib																					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Overleg over subsidie, vernieuwen website, advies aan OMT, overleg over richtlijnen</li> <li>Overleg ivm toekenning subsidie, overleg ivm gezamenlijke projecten</li> <li>Overleg over subsidies/ programmatisch</li> <li>1. Regie en coördinatie in de tbc-bestrijding, waarin toenemend met het Cib wordt samengewerkt. 2. Actieve samenwerking op uitvoerend terrein, met onderdelen van het Cib, te weten: het referentielab Mycobacteriën en het LCI. 3. partiele subsidierelatie</li> <li>Subsidierelatie; vervanger in adviesraad; jaarlijkse bijeenkomst</li> <li>Werkplan/subsidie bespreking/ afstemming/ bilateraal 4 keer per jaar</li> <li>Actualiteiten en subsidie aanvraag bespreken</li> <li>CJD project</li> <li>Regulier overleg per kwartaal over gang van zaken, overleg over specifieke issues (incidenteel), Begeleidingscommissie Cib, thema meetings</li> <li>Vanuit subsidierelatie, vanuit beleidsontwikkelingen, politiek-bestuurlijke aangelegenheden</li> </ul>																					

3

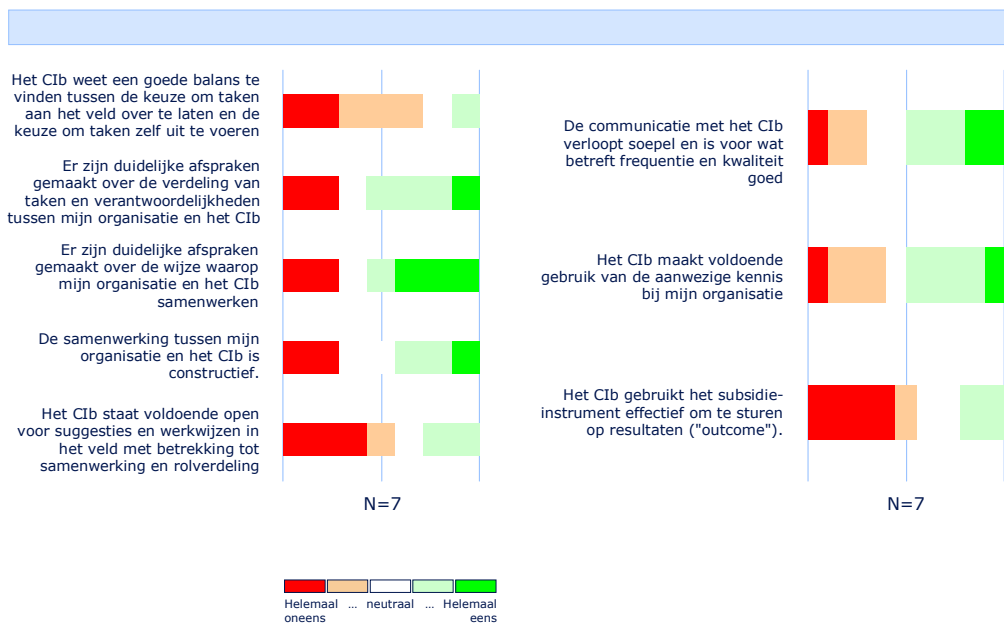
## 2. Algemene beeldvorming Kwantitatieve waardering



BOER&CROON

4

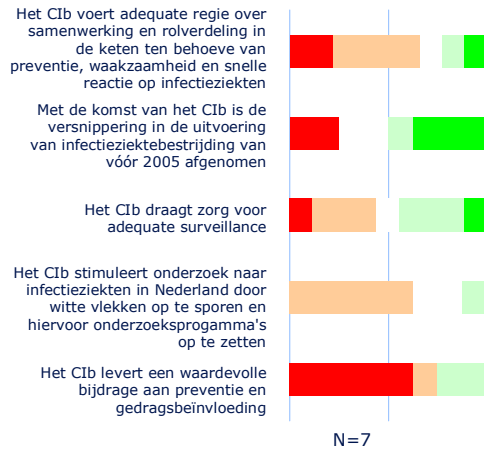
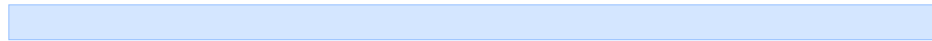
## 3. Samenwerkingsrelatie Kwantitatieve waardering



BOER&CROON

5

#### 4. Functioneren CIB Kwantitatieve waardering





**BIJLAGE H – GESELECTEERDE CASUÏSTIEK: Q-KOORTS IN 2007**

Context
<ul style="list-style-type: none"> <li>In 2007 ontving de GGD Hart voor Brabant 137 meldingen van Q-koorts. Dit was 80% van alle meldingen in Nederland. Aanvankelijk leek het te gaan om een infectie met <i>Mycoplasma Pneumoniae</i>. Op 11 juli werd duidelijk dat het om Q-koorts ging. Dit was de eerste Q-koorts uitbraak in Nederland. In totaal zijn er in heel Nederland 173 laboratorium bevestigde gevallen gemeld</li> <li>Geografisch leken de gevallen zich te concentreren rond geïnfecteerde melkgeitenbedrijven in een gebied aan de oostelijke kant van Herpen in de provincie Noord-Brabant</li> <li>Q-koorts is een wereldwijd voorkomende zoönose die veroorzaakt wordt door <i>Coxiella burnetii</i>, een Gram-negatieve bacterie. In veel landen, waaronder Nederland, Duitsland en Engeland wordt Q-koorts als een volksgezondheidsprobleem gezien en artsen zijn wettelijk verplicht de ziekte te melden bij de GGD. In Nederland werden tot 2007 jaarlijks rond de 20 gevallen gemeld door GGD'en</li> <li>Nageboorte, vruchtwater, vaginale uitvoeling en wol of huid van schapen, geiten en runderen worden als de belangrijkste bron van humane infecties beschouwd. De besmettingsbron voor humane infecties is moeilijk op te sporen omdat de kiem over grote afstanden met de wind kan worden verspreid</li> </ul>
Primaire betrokkenen
<ul style="list-style-type: none"> <li>GGD Hart voor Brabant</li> <li>Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) <ul style="list-style-type: none"> <li>Afdelingen LCI, EPI, LIS, LZO</li> <li>COM-ers, RAC-ers</li> </ul> </li> <li>Ministeries van VWS</li> <li>Ministerie van LNV</li> <li>Voedsel en Waren Autoriteit (VWA)</li> <li>Gezondheidsdienst voor Dieren (GD)</li> <li>Laboratoria voor medische microbiologie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) en Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen (CWZ), Ziekenhuis Bernhoven</li> <li>Huisartsen</li> </ul>
Chronologie van de uitbraak in 2007
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mei 2007 – GGD ontvangt meldingen van atypische pneumonie die niet reageren op gebruikelijke antibiotica;</li> <li>Om goed overzicht te houden op verdere uitbraken in Nederland, verzoekt het CIb GGD'en via Inf@ct berichten om meldingen van Q-koorts zo spoedig mogelijk te melden</li> <li>23 Juli 2007 – Een OMT wordt in juli bijeen geroepen omdat het aantal gevallen blijft toenemen. Het OMT adviseert om <ul style="list-style-type: none"> <li>Q-koorts patiënten op hartklepgebreken te screenen</li> <li>alle zwangeren in het gebied met de hoogste incidentie op te roepen voor serologisch onderzoek</li> <li>Alle betrokken beroepsgroepen in de regio worden geïnformeerd over de Q-koorts uitbraak</li> <li>De dierenartsen en de veehouders wordt aangeraden om Q-koorts gevallen te melden en indien ze zelf symptomen hebben zich te laten behandelen</li> </ul> </li> <li>Onderzoek wordt gestart waarbij een vergelijking gemaakt wordt tussen het aantal pneumonie-opnamens in 2007 en het aantal in 2006 in alle ziekenhuizen in de omgeving</li> <li>Het CIb start een omgevingsonderzoek waarbij omgevingsmateriaal en monsters uit dierlijke producten worden verzameld</li> <li>Er wordt ook een case-controlle studie gestart om de risicofactoren voor de Q-koorts uitbraak te identificeren, de personen met asymptomatische infecties te vinden en om advies uit te brengen ter preventie van de uitbraak</li> <li>Oktober 2007 - In oktober komt het OMT opnieuw bijeen; er zijn geen nieuwe ziektegevallen meer sinds het eerste OMT</li> </ul>
CIb gerelateerde knelpunten
<ul style="list-style-type: none"> <li>De taken en verantwoordelijkheden van de afdelingen binnen het CIb waren niet altijd duidelijk voor betrokken partijen</li> <li>Uniforme diagnostische criteria ontbraken voor Q-koorts, diagnostiek was niet vastgelegd in Q-koortsprotocol. Casusdefinitie was niet uniform tussen EPI en LCI. LCI was te reactief in het opstellen van een uniforme casusdefinitie</li> <li>CIb deed onderzoek buiten GGD om hetgeen tot verwarring leidde</li> <li>COM-er heeft geen duidelijke rol kunnen spelen bij het uniform definiëren van diagnostische test, interpretatie, diagnostische criteria en meldingscriteria</li> <li>Wetenschappelijke en op onderzoek gerichte benadering van EPI botste met insteek gericht op bronopsporing en bestrijding door LCI/GGD. Dit uitte zich bijv. in ontwikkeling van vragenlijsten</li> <li>Rol- en taakverdeling bij regionaal probleem bleek onduidelijk; CIb heeft inhoudelijke ondersteunende taak en houdt toezicht op de regionale regio. Deze verhouding was niet uitgewerkt of formeel geregeld. LCI heeft regulier regelmatig naar zich toe getrokken door coördinerende (GGD)taken op zich te nemen en zaken buiten de GGD om te regelen.</li> <li>Het OMT proces is onduidelijk ingericht en de adviezen zijn onvoldoende gecommuniceerd <ul style="list-style-type: none"> <li>Het OMT-proces is niet duidelijk van te voren aan de deelnemers gecommuniceerd</li> <li>De rollen en taken van de deelnemers aan het OMT waren onvoldoende helder</li> <li>Mede hierdoor is het OMT-besluitvormingsproces onvoldoende gestructureerd verlopen en waren OMT-adviezen niet helder geformuleerd, waardoor het voor de betrokken partijen niet duidelijk was wat er moest gebeuren</li> </ul> </li> <li>Q-koorts was ten tijde van de uitbraak geen meldingsplichtige ziekte bij dieren hetgeen de opsporing bemoeilijkte</li> <li>GGD ontving geen terugrapportage vanuit VWA, GD en LZO over ingezet brononderzoek of de uitwisseling van gegevens tussen humane en veterinaire lab's</li> </ul>
Lessons Learned
<ul style="list-style-type: none"> <li>Het CIb en GGD-en hebben uitvoerige evaluaties uitgevoerd en conclusies hiervan gebruikt om de procesgang beter vorm te geven</li> <li>Gebrekkige samenwerking tussen humane en veterinaire bestrijdingsketens is zichtbaar geworden; de ervaringen hebben geleid tot bewustwording van het belang hiervan en hebben partijen ertoe gezet betere samenwerkingsafspraken met elkaar te maken</li> </ul>
Eindresultaat en uitkomsten
<ul style="list-style-type: none"> <li>Naar aanleiding van de casus en conclusies uit evaluaties heeft het Ministerie van LNV haar beleid aangescherpt <ul style="list-style-type: none"> <li>Sinds 12 juni 2008 is Q-koorts als besmettelijke meldingsplichtige dierziekte aangewezen door de minister van LNV. De meldplicht beperkt zich tot melkgeiten en -schapen. In de praktijk is een melkgeiten- of schapenhouder nu verplicht om verschijnselen van Q-koorts te melden. Deze meldplicht geldt ook voor dierenartsen.</li> <li>juni 2008 is er een verbod van kracht voor de duur van 3 maanden voor het uitmesten van potstalmest van bedrijven waar een ernstige besmetting is vastgesteld. In dezelfde periode is het bezoek van burgers aan de stallen van besmette bedrijven uit voorzorg niet toegestaan</li> <li>Op 1 februari 2009 zijn in het hele land voor bedrijven met meer dan 50 dieren hygiënemaatregelen wettelijk verplicht gesteld. De maatregelen betreffen: <ul style="list-style-type: none"> <li>de verplichting tot bestrijden van ongedierte;</li> <li>het verbod op het uitmesten van de poststal vanaf het begin van de lammerperiode tot een maand na het einde daarvan;</li> <li>de verplichting mest afgedekt op te slaan of te vervoeren;</li> <li>het verbod mest uit te rijden, tenzij die onmiddellijk wordt ondergewerkt of tenminste 3 maanden gecomposteerd is;</li> <li>het plaatsen van bakken in de stal waarin nageboorten en verworpen vruchten kunnen worden verzameld.</li> </ul> </li> <li>Eind 2008 is er een vrijwillige vaccinatiecampagne gestart voor melkgeiten in een gebied van 45 kilometer rond Uden</li> <li>In 2009 is verplichte vaccinatie van schapen en geiten gestart op grote melkschapen- en melkgeitenhouderijen en op zorg- en kinderboerderijen in een gebied met een straal van 45 km rond Uden plus het resterende gedeelte van de provincie Noord-Brabant</li> </ul> </li> <li>De Q-koorts dreiging is niet voorbij. In 2008 zijn 1.001 gevallen gemeld. In 2009 zijn in de periode t/m 22 juli meer dan 1.700 gevallen gemeld</li> <li>Effectiviteit van genomen maatregelen alsmede de vorm van controle op het uitvoeren van hygiënemaatregelen en de meldingsplicht staan ter discussie. Verschillen van inzicht over ernst en aanpak blijven bestaan tussen departementen VWS en LNV</li> </ul>

Bron: Interviews, enquête GGD-en, persscan, evaluatieonderzoeken [A-EvalQkoortsGGD 2008], [A-EvalQkoortsRIVM 2008], [A-EvalQkoortsInt 2008]

**BIJLAGE I – INCIDENTIETRENDS INFECTIEZIEKTEN**

**Respiratoire infectieziekten**

Bron: Jaarrapportage respiratoire infectieziekten 2007/2008

	'00/'01	'01/'02	'02/'03	'03/'04	'04/'05	'05/'06	'06/'07	'07/'08	Gem. '02-'04	Gem. '06-'08	Trend 02-'08
<b>Influenza-achtig ziektebeeld (IAZ), (en andere acute bovenste luchtweginfecties)</b>											
Incidentie van IAZ in de eerste lijn [1]	123	163	95	107	208	165	125	153	101	139	38%
Influenza in de tweede lijn [2]				2,3	1,4	2,4	1,3	1,3	2,3	1,3	-43%
Acute bovenste luchtweg infecties in de 2e lijn [3]				4,8	4,3	5,5	4,8	5,6	4,8	5,2	8%
Aviair influenzavirus A (H5N1)							-	2			
<b>Pneumonieën (en andere onderste luchtweginfecties algemeen)</b>											
Pneumonieën in de eerste lijn [4]			72	61	78	102	80	95	66,5	87,5	32%
Pneumonieën in de tweede lijn [3]				14,6	14,8	17,7	17,1	17	14,6	17,05	17%
<b>Meldingsplichtige respiratoire infectieziekten die kunnen leiden tot pneumonie:</b>											
Legionella - Aantal meldingen						278	459	296		377,5	
Legionellose in de tweede lijn (LMR) [2]				2,5	2,5	2,5	3,2	2,5	2,5	2,85	14%
Psittacose - Aantal gemelde patienten				30	40	54	52	54	30	53	77%
Psittacose - Ziekenhuisopnames				9	13	12	7	12	9	9,5	6%
Q-koorts - Gemelde patienten				14	12	9	29	310	14	169,5	1111%
Q-koorts - Ziekenhuisopnames				3	4	4	1	12	3	6,5	117%
Tuberculose - Ziekenhuisopnames [2]				4,6	4	3,7	3,1	3,1	4,6	3,1	-33%

- [1] Incidentie per respiratoir jaar (aantal consulten per 10.000 personen)
- [2] Incidentie per jaar (aantal opnames per 100.000 personen)
- [3] Incidentie per jaar (aantal opnames per 10.000 personen)
- [4] Incidentie per jaar (aantal episodes per 10.000 personen)

**Aantal meldingen van meldingsplichtige ziekten 2001-2007**

Bron: staat van infectieziekten in nederland, 2007




	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gem. '02-'03	Gem. '06-'07	Trend 02-'07
Kinderverlamming	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)	nvt	nvt	nvt	-	-	-	-	-	-	-	-
Pokken	nvt	nvt	nvt	-	-	-	-	-	-	-	-
Groep B											
Bacillaire dysenterie	346	249	256	348	415	268	384		253	326	29%
Botulisme	2	1	1	-	-	1	1		1	1	0%
Buiktyphus	39	24	38	32	34	23	22		31	23	-27%
Cholera	3	1	1	1	4	3	3		1	3	200%
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob – klassiek	nvt	7	11	14	20	14	18		9	16	78%
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob – variant	nvt	-	-	-	1	-	1		-	1	
Difterie	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Febris recurrens	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Hepatitis A	701	430	371	443	222	258	168		401	213	-47%
Hepatitis B	1.631	1.858	1.880	1.817	1.856	1.807	1.819		1.869	1.813	-3%
- waarvan acuut	199	266	281	309	282	267	224		274	246	-10%
Hepatitis C Acuut*	24	15	12	35	28	30	44		14	37	174%
Hepatitis C Acuut en Drager*	560	544	424	5	-	-	-		484	-	-100%
Hondsdoelheid	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Kinkhoest	6.986	5.877	2.652	8.928	6.759	4.164	7.374		4.265	5.769	35%
Legionellose	182	288	195	241	280	455	322		242	389	61%
Mazelen	17	3	3	12	3	1	4		3	3	-17%
Meningokokkose	770	655	356	305	260	168	195		506	182	-64%
Paratyphus A	11	11	17	20	10	20	10		14	15	7%
Paratyphus B	26	7	13	17	9	15	21		10	18	80%
Paratyphus C	1	-	6	-	2	-	2		6	2	-67%
Pest	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Tuberculose**	1.492	1.415	1.315	1.324	1.155	1.021	1.011a		1.365	1.021	-25%
Virale hemorrhagische koorts	-	-	-	-	-	-	-		-	2	
Vlektyphus	-	-	-	-	-	-	-		-	2	
Voedselvergiftiging of voedselinfectie***	169	130	140	87	92	91	100		135	96	-29%
Groep C											
Brucellose	1	5	4	8	5	6	5		5	6	22%
Enterohemorragische E. coli	50	43	57	43	61	45	96		50	71	41%
Gele koorts	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Leptospirose	24	30	19	28	29	22	37		25	30	20%
Malaria	569	393	348	302	310	251	210		371	231	-38%
Miltvuur	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Ornitose/psittacose	23	17	24	34	48	76	52		21	64	212%
Q-koorts	14	14	10	19	5	10	132		12	71	492%
Rodehond	4	3	1	34	362	13	4		2	9	325%
Trichinose	2	-	3	-	-	-	-		3	-	-100%

## BIJLAGE J - SYSTEEMEVALUATIE VANUIT INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

In het kader van dit evaluatieonderzoek is in werksessies met het internationale comité verkend wat generieke karakteristieken zijn van effectieve systemen voor de bestrijding van infectieziekten. Tevens is verkend welke trends en ontwikkelingen er te voorzien zijn en wat de implicaties hiervan zijn op bestrijdingssystemen. De resultaten van deze verkenning is samengevat in de onderstaande schema's.

### Generieke karakteristieken en kwalitatieve beoordeling

Core capabilities	Governance & priority setting	
1. Key centralised functions ensured - Effective surveillance/signalling (both human & vet) - Quality control over execution in the entire chain (hum&vet) - Internal/external evaluation (incl cost effectiveness, policy evaluation)	11. CIb operates against well defined PH targets (measurable)	
2. Surveillance & signalling: - Responsive - Adaptive, not overly dependent on old systems - Clear legal basis for adherence by professionals	12. Support national policy agenda & priority setting for government	
3. Effective Horizon scanning and foresight capabilities	13. Effective firewall between policy development and political interference - Balancing science & policy measures - Independent but cooperative (mutual information)	
4. Risk assessment (collecting evidence) - Surveillance - Q-control PH lab	14. Clear definition of responsibilities in broad system - Clear role for CIb, extensive enough, not over extensive	
5. Risk management (using evidence to act) - Prevention & Control - Coordination & training	15. Explicit and well defined decision making process for determining what activities to insource and what to outsource by CIb	
<b>Coordination</b>		
6. Bridging gaps H & V interests, establishing constructive collaboration models (balance biomedical vs. "new" areas)	<b>Prevention</b>	
7. Coordinating body with professional respect	16. Population interventions, programmatic approach to prevention	
<b>Adaptability and robustness</b>		
8. Networking platform to increase system robustness - Identify and act on blind spots within network	<b>Communications</b>	
9. System adaptability - Able to take on new threats as they evolve - Ability to learn in "control circle"	17. Strategic and effective communication - Public / Professional - Traditional and emerging technology (social networking)	
10. Organisational resilience during major outbreaks	<b>RT&amp;D</b>	
	18. Research: well-defined and stable role for CIb - Strong system for establishing research priorities - Research agenda should match most urgent system needs - Balance between fundamental & practical research	
	19. Science: - Ability to speak to peers in same league (ensure authority and impact) - Stable "Pillars" on key areas - Ability to be adaptive in setting research agenda and manage resources (eg "social/psychological skills" vs "traditional")	

**Key**  
 Good performance based on limited qualitative assessment  
 Potential area of concern based on limited qualitative assessment  
 Area of concern based on limited qualitative assessment

**Figuur 16** Overzicht van karakteristieken van effectieve en robuuste systemen voor infectieziekte bestrijding

**Trends, ontwikkelingen en implicaties voor infectieziektebestrijding**

Major future developments	Implications on system functionality	Implications on role and scope CIb
<ul style="list-style-type: none"> <li>External changes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Environmental changes</li> <li>Bac/micro evolution</li> <li>Technology</li> </ul> </li> <li>Tools &amp; effectiveness is reducing, R&amp;D anti-microb.res.</li> <li>Ability to communicate / interact increases</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Shift of focus from "wet"/"white coat" capabilities towards infomatics (epi+bio infomatics / info mgt)</li> <li>Need new ways of dealing with threats</li> <li>Inability to prevent &amp; treat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Requires new skill sets</li> <li>To what extent do we want to be online                             <ul style="list-style-type: none"> <li>How do we achieve this</li> <li>How do we get access to relevant data</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Globalisation-&gt;rapid exchange magnifies effects that were previously undetected/observed</li> <li>Endemic appear to decline; but unexpected outbreaks will remain risk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Threat of pandemics/outbreaks increases</li> <li>False security</li> <li>Low probability, high impact makes preparedness extremely difficult</li> <li>Irreversible trends toward reduced effectiveness of drugs</li> <li>end of antibiotic/antibiotic era</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traditional prevention techniques remain relevant: exposure to weakest link internationally</li> <li>CIb should have awareness beyond national situation and adapt to international situation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Society/consumer more informed and more demanding</li> <li>Risk acceptance is going down</li> <li>Public awareness and sense of urgency remain high</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No natural acceptance of authority by consumers</li> <li>Risk of political overreaction</li> <li>Separate scientific advice vs. policy decisions remains crucial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protect autonomous position CIb</li> <li>Scientific basis to be used for Cost/benefit analysis</li> <li>Importance of "burden of illness"</li> <li>Ability to work more multidisciplinary and involve additional sciences                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Social</li> <li>Communication</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Support/impact of development agencies and efforts is decreasing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>External risks increase in developing world</li> <li>Attention shift required from local/regional to international (world outside EU / developing world)</li> <li>Reallocation of resources is required</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Need for greater connection between CIb and Development activities</li> <li>More linkages to int'l institutions</li> <li>NL assist rest-of-world to help capacity strengthening</li> <li>CIb more active role in global support (both WHO/EU)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>EU-wide debate on Public health preparedness vs. other fields (military, ...)</li> <li>Cross-country pandemic threat = "next enemy"</li> <li>Networked societies evolve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconsideration of resource allocation                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Local-regional-national-global</li> <li>Functional (Animal/environmental/human)</li> </ul> </li> <li>EU wide collaboration and specialisation</li> <li>Need EU pool of resources for public health                             <ul style="list-style-type: none"> <li>No need for 25 CIb's</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CIb should <u>prepare</u> for division of labour                             <ul style="list-style-type: none"> <li>CIb/National ref lab cannot cover all bases</li> <li>Prepare for and accept differentiation</li> <li>Optimal global roles</li> <li>Priority setting</li> <li>Understand comparative advantage</li> <li>Pick your partners, strive to be model internationally</li> </ul> </li> <li>Potential Dutch functions                             <ul style="list-style-type: none"> <li>TB</li> <li>Show how EU should be changing modeling/ Cost effectiveness studies</li> </ul> </li> </ul>

**Figuur 17** Overzicht van toekomstige ontwikkelingen en implicaties voor infectieziektebestrijding

**BIJLAGE K - LIJST VAN AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN**

Afkorting / begrip	Toelichting
AR	Antibiotica Resistentie
BAO	Bestuurlijk afstemmingsoverleg
BBA	Beleid, Bedrijfsvoering en Advies, afdeling CIb
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Verenigde Staten
CIb	Centrum Infectieziektebestrijding
CGL	Centrum voor Gezond Leven, onderdeel RIVM-Sector V&Z
COM	Commissie Openbare Diagnostiek en Microbiologie
CVB	Centrum voor Bevolkingsonderzoek, onderdeel RIVM-Sector V&Z
CT	Crisisteam
DGV	Directeur Generaal Volksgezondheid
DVO	Dienstverleningsovereenkomst
EA	Entadministratie
ECDC	European Centre of Disease Prevention and Control
EPI	Epidemiologie en Surveillance, afdeling CIb
ERC	Expertisecentrum voor Risico- en Crisiscommunicatie
GD	Gezondheidsdienst voor Dieren
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IBT	Interdepartementaal Beleidsteam
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHR	International Health Regulations
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
IZ(B)	Infectieziekte(bestrijding)
Keten Infectieziektebestrijding	Het geheel aan activiteiten, processen en uitvoerende partijen dat invulling geeft aan infectieziektebestrijding
KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging voor de bestrijding tuberculose
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, afdeling CIb
LIS	Laboratorium voor Infectieziekten en Screening, afdeling CIb
LNV	Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselveiligheid
LOCC	Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum
LOI	Landelijk Overleg Infectieziekten
LZO	Laboratorium voor Zoönosen en Omgevingsmicrobiologie, afdeling CIb
MEV	Sector Milieu en Veiligheid, onderdeel RIVM
MML	Medische Microbiologisch Laboratorium
NCTB	Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding
NGO	Niet Gouvernementele Organisatie
NNS	Neonatale Screening
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
OMT	Outbreak Management Team
OSIRIS	Online Systeem voor Infectieziekten Registratie binnen ISIS
PG	Publieke Gezondheid
PSIE	Prenatale screening op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie
RAC	Regionaal Arts Consulent Infectieziektebestrijding
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RCP	Regionale Coördinatie Programma's, afdeling CIb
ROI	Regionaal Overleg Infectieziektebestrijding
RVP	Rijks Vaccinatie Programma
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SWAB	Stichting Werkgroep Antibioticabeleid
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Systeem Infectieziektebestrijding	Het Nederlandse systeem voor infectieziektebestrijding: de overkoepelende structuur waarin alle activiteiten in de infectieziektebestrijding samenhangen
VGC	Sector Voeding, Geneesmiddelen en Consumentenveiligheid, onderdeel RIVM
VISI	Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding (GGD programma)
VIZ	Vereniging voor infectieziekten
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VWA	Voedsel en Warenautoriteit

VWA	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&Z	Sector Volksgezondheid en Zorg, onderdeel RIVM
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WIP	Stichting Werkgroep Infectie Preventie
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WUR	Wageningen Universiteit en Researchcentrum
WVR	Wet Veiligheidsragio's

## **ATTACHMENT – EXCERPT OF MAIN FINDINGS IN ENGLISH**

### **MANAGEMENT SUMMARY**

In 2004, the Dutch Ministry of Health, Welfare & Sport presented new policy aimed at improving the infectious disease control system in the Netherlands. A number of new threats and outbreaks had exposed bottlenecks in the existing system. The new policy included the creation of a Centre for Infectious Disease Control (CIb) within RIVM.

The CIb was set up by the Minister for VWS to ensure that the separate links in the infectious disease control chain, each of which functions well autonomously, are also closely inter-connected. The policy letter refers to this basic function as the 'chain manager'. Specific functions which the centre had to fulfil included<sup>18</sup>:

- To promote and monitor a national network of high-quality diagnostics for major infectious diseases, to which GGDs can turn in normal circumstances;
- To provide extra support to GGDs in times of crisis, for instance with diagnostics and temporary availability of experienced personnel;
- To monitor and ensure that identification of outbreaks always leads to the correct measures and control campaigns;
- To function as a clear national point of contact for the WHO and European institutions
- To actively support professional groups in public healthcare in implementing and adopting guidelines;
- To develop scenarios and ensure that relevant parties hold thorough trial runs;
- In times of crisis to manage professional disease control on behalf of the Minister for VWS;
- To coordinate and manage centrally the National Vaccination Programme (RVP).

In 2009, the Ministry of VWS assigned Boer & Croon the task of evaluating whether the CIb does indeed provide solutions to the bottlenecks identified in 2004. This evaluation looks at the following questions:

1. Has the CIb's creation indeed implemented the measures announced by the Minister in 2004 and what effect has the CIb had on the identified bottlenecks?
2. How is the CIb viewed by those working in the field / at grassroots level? In other words, does the CIb meet the needs of its clients (i.e. those commissioning assignments, carrying out assignments, professionals in the field)?

---

<sup>18</sup> Policy letter "Infectious diseases control", sent by the Ministry of Health Welfare & Sports to the Dutch Parliament, October 2004 (2005-2006 Session, 25 295, No. 13)

Main findings and points requiring attention
The creation of the CIB has had a positive impact on the Dutch disease control system and the CIB has fulfilled its role and provided added value. There are, however, a few points which require attention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Links between the veterinary and human disease control domains need to be further developed and strengthened;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stronger integration of Dutch disease control at international level requires attention over the next few years;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Research and development activities should be extended to include non-biomedical research fields, which are nevertheless essential to effective disease control;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• There is visible but slow progress in guaranteeing uniform quality and capacity at GGDs and MMLs. The CIB can play a more prominent role here but relies on the willingness and cooperation of these autonomous parties;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• More explicit and careful consideration is required in determining which fields of work and (research) activities the CIB does itself and which should be left to those parties in the field;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The CIB could consolidate internal, multidisciplinary cooperation between internal departments and better use potential synergy with other RIVM sections;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The CIB's coordinatory role envisaged by the Ministry of VWS for prevention in a broader sense is insufficiently guaranteed in its current set-up.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIB's position is currently not laid down in law or a ministerial regulation; this requires consideration</li> </ul>

**Figure 18 Main evaluation points**

### **Main findings and points requiring attention**

The CIB's creation has led to a substantial improvement in disease control in the Netherlands. In just a short space of time, the CIB has consolidated its position in a field which was previously largely fragmented. The centre's own organisation has improved the quality and also cooperation between its own disease control chain and the animal health chain. The CIB is a visible and effective organisation which operates with authority, is pro-active, determines the agenda and fulfils an essential role within the system.

The advent of the CIB as a central body tasked with managing the disease control chain has, however, also caused some friction. Relations are tense with a few knowledge institutes and NGOs. Prior to the CIB's creation, the NGOs had built up authority in this field via their highly professional expertise. There is some overlap in their fields of work with the CIB, which takes final responsibility for implementation. Coordination and effective cooperation could be improved in some cases. The CIB could position itself more as an organisation with a network function, whereby greater account is taken of the roles and requirements of the various actors in the field. The CIB could respond more on the basis of its chain management function to notifications and questions from the different regions.

With respect to regular control activities and control of outbreaks, the CIB has succeeded in helping to improve the quality, uniformity and capacity of infectious disease control. Quality improvements are visible in the disease control chains and the CIB's support role is appreciated by those parties implementing measures (including the GGDs and Medical Microbiology Laboratories, MMLs). Uniformity of implementation remains a matter which requires attention, however. The CIB has no formal authority over the GGDs or MMLs and its influence relies on its professional power of persuasion. The speed and impact of improvement initiatives are consequently limited. With respect to diagnostics,



the IGZ has noted that the MML processes are still insufficiently formalised and guaranteed and that the CIB could play a more active role here. The CIB-wide response structure has been soundly constructed. The OMT/BAO structure functions effectively and the CIB actively evaluates this effectiveness with a view to ongoing improvement.

As far as prevention is concerned, the CIB carries out its assigned responsibilities for the national vaccination programme carefully and adequately. The CIB faces huge challenges, however, in public information campaigns with a view to maintaining the required levels for voluntary vaccination among target groups. Moreover, the integration of RVP implementation within the CIB (integration of vaccination administration) poses an operational challenge which is progressing well, but which entails management risks as these implementation tasks require a fundamentally different type of management from the CIB's other activities. Prevention in a broader sense (the CIB's coordinatory task with respect to prevention / influencing behaviour / health promotion) is a vulnerable activity within the CIB in its current set-up. Although the Ministry of VWS requires the CIB to play a managerial role in this respect, in its current set-up the CIB has insufficient knowledge and expertise to be able to take on coordinatory responsibility for prevention in a broad sense.

The CIB performs well in diagnostics, surveillance, identification and research. These are activities which already occurred in the separate units which were merged to form the CIB. Surveillance systems are, however, still relatively fragmented and inflexible. With respect to ICT, improved skills are required for better integrating systems and adapting system functions more quickly in the event of new threats. As cooperation between the human and veterinary domains is not yet a matter of course, there are gaps in insight regarding threats and identification of Zoonoses. This needs to be addressed.

The CIB's research activities have improved. However, the scientific domain questions the breadth of research activities and lack of focus, as well as too great an emphasis on scientific research compared to practical research. There is also a high biomedical slant to the research, and limited interest in corresponding disciplines such as (bio)informatics, (psycho)social / cultural / legal sciences, communication, risk perception. There is discussion in the scientific field about how the CIB considers investment in 'wet' (laboratory) functions and 'dry' sciences.

An overall and measurable strategy is required for the CIB's task implementation. At its inception, goals, task and aims of the CIB were clearly expressed. However, in order to be able to measure the impact of the institute one needs measurable targets that were not decided upon at that time. For the CIB, the period 2005-2008 was dominated by building up the organisation and cooperation in its own chain in response to the bottlenecks. The field requires an overall strategy on cooperation between the CIB and knowledge institutions, the approach to each infectious disease, the link between prevention, control and treatment and to related fields such as the disaster response chain. The CIB has a general strategy and there are no clearly described or, where applicable, measurable objectives. There is no framework for taking fundamental choices on the range of activities (what the CIB does itself, what is left to parties in the field). Its role as a network organisation which combines knowledge within the network requires expansion. Control strategies at syndrome level also require

further work. The lack of these hinders its partnerships in the field and it becoming a 'network party'.

The CIB has a broad and complex set of tasks. It combines responsibilities in prevention, control, research and implementation. This combination of tasks within a single institute is powerful (knowledge and experience in these fields can boost each other), but results in a complex management task (different tasks require different management methods) and therefore risks. Unlocking the power of the combined tasks, divided among the CIB's current departments (BBA, LCI, EPI, LIS, LZO, RCP), takes time and effort but is already visible in the case of disaster response. Multidisciplinary cooperation between departments in standard activities could be improved.

During the evaluation, a committee of international experts was asked to estimate the extent to which the current Dutch control system will stand up to the future. In general, this group was impressed by the system's organisational structure but foresees developments in infectious diseases which could have implications for the desired role and reach of the CIB. These major developments include: external changes (environment, climate, evolution of micro-organisms), declining effect of control instruments and medicines (particularly antibiotics), changing behaviour and risk perception among citizens and underestimation of the risks posed by developing areas.

This committee describes the CIB within RIVM as a classically-organised institute, with a firm emphasis on the scientific laboratory function, which retains a strong national focus. To guarantee the future effectiveness of the centre, it is crucial that the CIB works in a highly interdisciplinary manner, seeks out links to related sciences and more emphatic cooperation with international infectious disease control. The CIB needs to raise its profile as an advisory organisation: solution-oriented with a scientific foundation. The CIB will have to actively identify which knowledge about practical control methods is being insufficiently established in the field and act accordingly. This implies that the strong focus on biomedical science will need to be complemented in future by a focus on information technology (with a view to the explosive growth in monitoring information), social sciences and legal aspects of control. A sound strategy will be required to select those research fields the CIB wishes to focus on, and how to establish effective cooperation with external partners in order to translate scientific knowledge into practical disease control.

### **Main recommendations arising from the evaluation**

#### **CIB strategy and implementation**

- Recalibrate the strategic policy plan. Define a coherent and measurable set of objectives for assessing the CIB's effectiveness. Develop a strategy for key in-house competences (and why these are required) and key competences which can be developed externally. Take a back seat with respect to tasks which other parties also do or can do better.
- Define general plans for control ('Control strategy') at individual syndrome level for the most relevant threats and involve primary partners in these. These plans must include development objectives and task demarcation with partners. Annual evaluation and recalibration can be linked to reporting on the status of infectious diseases.
- The principle of the CIB's role in general prevention and influencing behaviour needs to be assessed. If the CIB is deemed to take responsibility for this,

then investment is required in professional competences in order to deliver this. The current operational plan has insufficient capacity for this.

- Be more active in developing research strategy externally; what is the objective, how is a balance sought between fundamental and practical research? Explore gaps in scientific competences and develop strategy to plug these gaps. Critically assess the current scale of the research and laboratory apparatus. Investigate the option of scaling down the laboratory function in order to free up budget for developing competences in new research domains.
- Encourage internal cooperation: between CIb departments, with other RIVM centres. Develop clear structures and programmes for internal cooperation (e.g. multidisciplinary teams per syndrome), and link performance appraisals to programme results, not just to results within personnel's own department. Develop a culture for internal, multidisciplinary cross-departmental cooperation (teambuilding, formulation of common objectives).
- Continue to forge external cooperation with related domains. This chiefly concerns the veterinary disease control chain, organisations focused on prevention, and actors in the disaster control / response chain.
- Consolidate early-warning systems for Zoonose threats to human health from the veterinary field. Link this to existing monitoring initiatives in the veterinary sector.

#### Ministry of VWS policy strategy

- Rationalise commissioning to the various centres within RIVM. This includes layered commissioning for prevention, vaccination and screening which is divided among the Centre for Infectious Disease Control (CIb), the Centre for Population Screening (CVB) and the Centre for Healthy Living (CGL). Explore how policy could concentrate overall responsibility for vaccinations within a single RIVM unit.
- The CIb would benefit from better coordination between VWS and LNV on commissioning. Place the possibility of overall commissioning by VWS instead of LNV/VWA on the agenda for interdepartmental coordination.
- Consider consolidating the legal basis for the CIb (e.g. in ministerial regulation or legislation). This would ensure careful consideration of CIb tasks and authorities in the context of other legislation.
- Control over private parties in implementation during times of crisis is an issue requiring attention. The Minister for VWS's influence on this, as advised by the CIb, via the Ministry of BZK is in theory laid down in law. In practice, however, this route has not yet been proved and it is potentially vulnerable as it encompasses several channels.
- Assess opportunities for developing more binding legislation, or for providing the CIb with more management opportunities for promoting uniform quality among GGDs and MMLs in standard practice. The current set-up has led to improvements, but these are too slow and not always far-reaching enough. For instance, the ambition to develop networks of reference laboratories has not yet been realised.

**DETAILED CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS**

Theme / task	Conclusion	Cib recommendation	VWS recommendation
<b>Cib's strategic framework</b>			
1. Cib's right to exist	O1.1 – The Cib's right to exist is not at issue and is broadly supported by actors in the Cib's field of influence.	-	- No reason to fundamentally change the Cib's position in infectious disease control
	O1.2 – The Cib is a visible and effective organisation which operates with authority, is pro-active, determines the agenda and fulfils an essential role in the system.		
2. Cib's strategy	O2.1 – The Cib's has a general strategy and there are no clearly described or, where applicable, measurable objectives.	- Recalibrate the strategic policy plan. Define a coherent set of outcome-related objectives (in conjunction with the primary client) which can be used to assess the Cib's effectiveness.	- Incorporate objectives formulated by the Cib into commissioning and have the Cib account for this annually.
	O2.2 – There is no framework for taking fundamental choices on the range of activities (what the Cib does itself, what is left to parties in the field); its role as a chain manager which combines knowledge within the network requires further expansion.	- Develop strategy for key in-house competences (and why these are required) and key competences which can be developed externally. - Take a back seat with respect to tasks which other parties also do / can do better.	
	O2.3 – Control strategies at syndrome level require further work. The lack of these hinders its partnerships in the field and it becoming a 'network party'.	- Define general plans for control ('Control strategy') at individual syndrome level for the most relevant threats and involve primary partners in this. These plans must include development objectives and task demarcation with partners. An annual evaluation and recalibration can be linked to reporting on the status of infectious diseases.	
	O2.4 – The breadth and complexity of the range of tasks (highly varied functions, with different processes and modus operandi such as research, control, prevention, chain management and RVP implementation) places high demands on management skills and poses a threat.	- Assess varied nature in principle of research, control and implementation activities and adjust the internal management system to match. - Continue to invest actively in developing 1 <sup>st</sup> and 2 <sup>nd</sup> level management skills (MT and project leaders).	- Identify the main operational risks in the Cib's implementation tasks (particularly with respect to the integration of vaccination administration). Actively monitor implementation in order to allow timely adjustment where required.
	O2.5 – The Cib's success in the start-up period is largely due to the director's leadership. This prominent role opens up a vulnerability in the event that the director leaves.	- Pursue active policy to develop leadership internally. Make an early start on succession discussions in which internal and external options are developed.	- Tackle the Cib about progress and provide support where required.
3. International position	O3.1 – The Cib has a strong international reputation but its international profile could be raised.	- Aim for more intensive international exchange and encourage a more international culture and environment in which English speakers can thrive more easily. - Consolidate an international position by initiating alliances with foreign knowledge institutes.	-
<b>Partnerships</b>			
4. Internal cooperation	O4.1 – Between Cib departments: in the course of standard activities, departments tend to act on the basis of their own specialist fields, and interaction with disease chain parties is not integrated. Multidisciplinary cooperation could be improved.	- Develop clear structures and programmes for internal cooperation (e.g. multidisciplinary teams per syndrome), and link performance appraisal to programme results, not just to results within personnel's own department. - Develop a culture for internal, multidisciplinary cross-departmental cooperation (teambuilding, formulation of common objectives).	-
	O4.2 – Within RIVM: Cib, CVB, CGL working fields partially overlap, commissioning embraces several layers, role allocation has not yet been fully worked out; this requires improved internal coordination.	- Explore potential solutions for unclear, partially overlapping tasks in the three centres. - Use opportunities for synergy with other sectors within RIVM.	- Explore parallels in commissioning to different sectors / centres and explore opportunities for rationalisation.

Theme / task	Conclusion	Cib recommendation	VWS recommendation
5. External cooperation	O5.1 – The role of subsidy provider is under pressure but in principle it does not fit in with Cib's range of tasks, unless the process is conducted carefully. The Cib has so far not performed its role as subsidy provider professionally enough, which has led to a deterioration in relationships with some subsidy partners.	- Develop (in line with the Van der Maas advice) a clear subsidy policy containing criteria on how subsidies could be allocated, altered or terminated, based on a well-founded multi-year strategy for infectious disease control.	- Reformulate the commissioning process for establishing subsidies for infectious disease control. Be explicit about the method used by the Cib to grant subsidies.
	O5.2 – The relationship with some NGOs is poor and hinders sound cooperation and development.	- This needs to be addressed; mutual trust needs to be restored. This chiefly concerns STD/Aids control.	
	O5.3 – Several partners view the Cib as having a reserved attitude with a strong biomedical slant, whereby there is little room for other opinions, which in turn leads to tension within partnerships.	- Emphasise a network-oriented approach (combine with and make use of strengths in the field).	

**Cib's operational performance of main tasks**

6. Prevention: RVP programme management	O6.1 – RVP programme management is well-structured and is implemented properly; public information campaigns with a view to high levels of voluntary acceptance are a matter for attention.	- Develop competences (internally or externally) on risk perception and comprehension / influence of vaccination considerations for target groups.	- Include behaviour-oriented RVP aspects in commissioning.
	O6.2 – The vaccination administration integration process within RCP is ongoing and progressing quickly. Regional offices form an infrastructure which could potentially be used more widely. RCP is not seen by experts as a logical part of the Cib.	- Consider integration of flu vaccination coordination within RCP once the transfer of the vaccination administration is up and running stably and robustly. - Explore possible use of RCP / regional offices with a view to cooperation with other forms of population studies and screening.	- Explore possibility of concentrating overall responsibility for vaccinations within a single RIVM unit.
7. Behaviour-oriented prevention and health promotion	O7.1 – Behaviour-oriented prevention is a vulnerable activity in the Cib in its current set-up; the Cib has insufficient knowledge & expertise to take on responsibility for prevention in a broad sense.	- Consider integration of coordinatory tasks for prevention/health promotion with the CGL.	- Assessment required in principle regarding the Cib's role in prevention. If the Cib is deemed to take responsibility for this, then investment is needed in professional competences to deliver this. The current operational plan contains insufficient capacity for this.
	O7.2 – Efficient linking of actors in prevention, control and treatment is not yet visible to those in the field.	- Overall control strategies (see point O2.3) could provide parameters for this.	
8. Standard control	O8.1 – The system appears to be fundamentally well-structured, but still has to prove itself in a large-scale test (the H1N1 outbreak is not within the scope of this report).	-	-
	O8.2 – The task of chain manager is difficult to deliver as some field parties cannot be managed (except in the case of A diseases, with the exception of private parties such as labs, hospitals, GPs).	- A formal management relationship is not desirable in standard circumstances; the Cib is comfortable with the model in which field parties are convinced by professional content.	- Control over private parties in times of crisis is a matter requiring attention. Evaluate whether the current route via BZK for instructions / emergency measures functions properly.
	O8.3 – Quality improvements in the control chain are visible and the support role is appreciated.	- Conduct client satisfaction studies at set times among primary partners (GGDs, MMLs).	
	O8.4 – Cib guideline development is state-of-the-art, but there is insufficient insight into their use by GGDs.	- Consider monitoring the use of guidelines / user evaluations, in conjunction with GGD-NL, IGZ and certifying bodies. - Inventory the extent to which guidelines in public healthcare correspond and are consistent with the guidelines in curative healthcare (GPs, company doctors etc.)	-
	O8.5 – GGDs are satisfied with support from the Cib in the shape of guidelines, advice and training. GGD modus operandi and quality vary enormously however. The Cib has a great deal to offer regarding training of professionals in disease control.	- Consider developing a more active role in training professionals on the periphery (including GGDs).	- Investigate forms in which uniformity among GGDs can be enforced more (e.g. legislation on use of uniform registration, or a mark of quality which can be assessed and made subject to sanctions by the IGZ). - Consider creating room for training and competence development for GGD professionals with a prominent role for the Cib.

Theme / task	Conclusion	Cib recommendation	VWS recommendation
9. Crisis control	O9.1 - Cib-wide response structure is solidly structured. OMT/BAO structure functions effectively, this effectiveness is actively evaluated by the Cib with a view to ongoing improvement.	- Draw up an external version of the Response plan and share this with partners to provide insight into the Cib's modus operandi.	-
	O9.2 – The Cib's role in the event of (limited) outbreaks is appreciated, support seen as markedly improved by the field compared to pre-Cib situation.		
	O9.3 – In the event of regional outbreaks, the GGD initially manages the situation. The LCI provides support at the request of the GGD. When the Cib can take control in the event of a regional outbreak has not been laid down formally.	- Be explicit about the decision process for taking control (unasked).	- Evaluate whether current opportunities for taking control from the GGD are adequate.
	O9.4 – Public information campaigns well-organised by the Cib	- Expand pool of internal experts who could play a role in information campaigns (including the structure for training and evaluation) and invest in developing external information skills.	-
10. Diagnostics / surveillance / identification	O10.1 – In-house diagnostics are well-organised, the Cib plays a leading role in optimising diagnostics in the event of outbreaks and acts increasingly quickly in this.	-	
	O10.2 – The development of networks of reference laboratories is very slow; the Cib can play a limited role in its current set-up.	-	- Consider expansion of Cib management opportunities: resources for allocating tasks or legislation which needs to be adhered to
	O10.3 – Influence of Cib on uniformity and quality of diagnosis capacity among MMLs is restricted but is taking shape due to pressure (H1N1 diagnostics).	- Be explicit about the role which COMs can play with respect to uniformity.	
	O10.4 – GGDs experience bottlenecks in diagnostics: request for public healthcare diagnostics time-consuming, insufficient financing for public health diagnostics, contracts with health insurance companies e.g. in the case of hepatitis b screening, vaccination.	- Inventory the problems and draw up a proposal for improvement.	- Alteration of policy on basis of Cib proposal
	O10.5 - Surveillance and identification system has been consolidated. Systems are, however, relatively fragmented and not flexible enough to be quickly adapted to new threats.	- Continue to develop OSIRIS flexibility and functionality. - ICT competences need to be improved for efficient operational use of flexibility of systems (e.g. use of Pandora for H1N1).	-
11. Research	O11.1 – General picture: research reputation and relevant output are growing; Cib conducts successful co-op model with universities.	- There is strong momentum towards conducting research programmes together with external parties and the dual appointment of scientists; this should be continued.	
	O11.2- Adaptive capacity for research into changing social requirements is a matter requiring attention. The Cib concentrates on biomedical sciences. Development of knowledge of interdisciplinary fields is lagging behind (information technology, (psycho) social / cultural sciences, communication, risk perception, legal ...). Practical research could be improved.	- Be more active in developing research strategy externally; what are the objectives, how is a balance sought between fundamental and practical research? - Explore gaps in scientific competences and develop strategy to plug these gaps, where possible in conjunction with external parties. - Critically examine the current scale of the research and laboratory apparatus. Investigate the option of scaling down the laboratory function to free up budget for developing competences in new research domains. - Continue to involve the disease control aspect (LCI) in formulating strategy.	
	O11.3 – Other researchers are reluctant to make basic data and samples available externally.	- Availability of research data and samples needs to be guaranteed with a view to research by external parties; ensure good access / distribution.	

Theme / task	Conclusion	CIb recommendation	VWS recommendation
<b>System structure</b>			
12. Legal basis	O12.1 - Clb position is not laid down in law or a ministerial regulation.	-	- Consider reinforcing the legal basis for the Clb (e.g. WPG 3rd section; this ensures that the Clb's relationship with other legislation is properly explored. - Place greater emphasis on the Clb's advisory role to policymakers and public administration. Make this advice less voluntary and give it a formal status.
13. Linking of infectious disease policy to disaster response chain and public administration	O13.1 – Links to disaster response are insufficient. Interface between the Clb and the disaster response staff is not yet up and running. Greater contact, coordination and cooperation are required within the safety and security chain.	- Actively explore the coordination and cooperation requirements of the safety and security chain. Ensure that coordinatory routes are clear at times of high-level threats (including to National Operational Coordination Centre (LOCC), National Crisis Centre (NCC)).	-
	O13.2 – GGDs believe it inefficient that they have to inform local council or hospital administrators as BZK or NCC reports may not be passed on.		- Inventory communication inefficiencies and address these.
14. Linking of infectious disease policy to animal health chain	O14.1 – As cooperation between the human and veterinary domains is not a matter of course, there are gaps in insight into threats and identification.	- Consolidate early-warning system for Zoonose threats to human health from the veterinary field. Link this to existing monitoring in the veterinary sector.	- Better coordination is required between VWS and LNV on commissioning, research priorities and control. - Continue current momentum towards cooperation between VWS and LNV.
	O14.2 – Detailed VWA commissioning to the Clb leads to insufficient room for the Clb to develop research priorities for Zoonoses.		- Place the possibility of overall commissioning from VWS instead of LNV/VWA on the agenda for interdepartmental coordination.
	O 14.3 – Cooperation between the Clb and VWA is operationally good but is under pressure from the administrative stance as the Clb reasons on the basis of human interests and the VWA on the basis of veterinary interests. This hinders productive cooperation.	- Formalise opportunities to share surveillance and monitoring data.	- VWA's position is a fundamental question beyond the scope of this report.
15. RVP system structure	O15.1 – The NVI's current position and its relationship to the Clb's activities is unclear. The NVI has ceased vaccine production and is now responsible for procurement of vaccines for the RVP. It is involved in limited product development research still funded by VWS. Objectives of this research are unclear in its new set up. The relation to Clb should be redefined in the general sense. If no home made vaccines are distributed anymore, separation of evaluation and purchasing functions is not that critical anymore.	- Actively approach the NVI with a view to restoring the relationship.	- Evaluate the system structure and the potential consolidation of research activities in the field of vaccines

**LIST OF ABBREVIATIONS**

Abbreviation	Reference
ARBO	Occupational health services
BAO	Board of administrators – central governmental decision making body during crises
BBA	CIb department - Policy, Management and Advice Unit
BZK	Ministry of the Interior and Kingdom Relations
CIb	Centre of Infectious Disease Control, part of the RIVM
CGL	Centre for healthy living (part of RIVM)
COM	Commission for public health diagnostics and microbiology
DGV	Director-General Public Health
CVB	Centre for population screening (part of RIVM)
ECDC	European Centre of Disease Prevention and Control
EPI	CIb department - Epidemiology and Surveillance Unit
ERC	Expertise centre for risk- and crisis communication
GD	Animal health service (private)
GGD	Municipal Health Service
GHOR	National organisation for disaster relief: Medical Assistance in Accidents and Disasters
IBT	Inter departmental policy team
IGZ	Netherlands Health Care Inspectorate
IHR	International Health Regulations
ISIS	Infectious Disease Surveillance Information Systeem (run by CIb)
LCI	CIb department - Preparedness and Response Unit
LIS	CIb department - Laboratory for Infectious Diseases and Perinatal Screening
LNV	Ministry Agriculture, Nature and Food Quality
LOCC	National Operational Coordination Centre
LZO	CIb department - Laboratory for Zoonoses and Environmental Microbiology
MML	Microbiological Laboratories
NCC	National Crisis Centre
NGO	Non governmental organisation
NNS	Neonatal screening
NVI	National Vaccine Institute (independent research, development and procurement organization)
NVMM	Professional organisation for medical microbiology
OMT	Outbreak Management Team
PG	Public Health
RAC	Regional MD / consultant infectious disease control
RIVM	National Institute of Public Health and Environment
RVP	National Immunisation Programme
SZW	Ministry of Social Affairs and Employment
VWA	Food and Consumer Product Safety Authority
VWS	Ministry of Health, Welfare and Sport
WPG	The Public Health Collective Prevention Act
ZonMW	Dutch organisation for health care research and health care innovation