

INHOUD

- 35 **Gesignaleerd**
- 36 **Berichten**
- Meldingscijfers infectieziekten vergeleken: Utrecht versus Eindhoven
 - Rotterdams Onderzoekscentrum Infectieziekten en Public Health
 - Influenzavaccinatiegraad in de huisartspraktijk
- 43 **Van de LCI**
- Protocollen Infectieziekten 2003 herzien
- 44 **Uit het veld**
- NLV-uitbraak op een chirurgische verpleegafdeling
 - Prikaccidenten met diabetesprikpen op school
- 46 **Artikelen**
- Tuberculose bij asielzoekers:
Screening bij binnenkomst, een belangrijke bijdrage aan de bestrijding
 - Illegalen en tuberculosebehandeling
 - Reactie Inspectie voor de Gezondheidszorg
- 54 **Abstracts**
- 54 **Ingezonden brief**
- Malariameldingen in het Infectieziekten Bulletin
- 57 **Lezenswaardig**
- 58 **Booster**
- Soa-bestrijding in de beste van alle werelden
- 59 **Aankondigingen / mededelingen**
- 63 **Historisch**
- Geslachtsziekten: Ulcus molle, Syphilis
- 65 **Registraties Infectieziekten (week 01-04)**
- Meldingen Infectieziektenwet
 - Meldingen bacteriële ziekteverwekkers (week 49-52)
 - Meldingen virologische ziekteverwekker

Het Infectieziekten Bulletin is een uitgave van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in samenwerking met de GGD's, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Vereniging voor Infectieziekten en de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding.

Het Infectieziekten Bulletin is een medium voor communicatie en informatie ten behoeve van alle organisaties en personen die geïnformeerd willen zijn op gebied van infectieziekten en infectieziektebestrijding. De verantwoordelijkheid van de artikelen berust bij de auteurs. Overname van artikelen is alleen mogelijk na overleg met de redactie, met bronvermelding en na toestemming van de auteur.

Inzending van kopij

Het Infectieziekten Bulletin ontvangt graag kopij uit de kring van zijn lezers. Auteurs worden verzocht rekening te houden met de richtlijnen die te vinden zijn op www.infectieziektenbulletin.nl

GESIGNALEERD



Deze rubriek belicht Nederlandse incidenten, grote en kleine epidemieën, en trends in laboratoriumdiagnostiek. De berichten zijn afkomstig uit 2 bronnen: Inf@ct en het signaleringsoverleg. Inf@ct is de elektronische berichten-service van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). In het signaleringsoverleg wordt wekelijks op het RIVM gesproken over toename van bestaande of opkomst van nieuwe infectieziekten. Hieronder volgt een overzicht van de maand januari 2003.

In Nederland en in andere Europese landen circuleert sinds januari 2002 een variant van het norovirus, een zogenaamd **Lordsdale-like virus (LDV)**, die verantwoordelijk is voor explosies van gastro-enteritis. Dit virus komt vaak voor, maar de nu circulerende variant heeft een aantal herkenbare mutaties die nog niet eerder zijn gevonden. Geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een epidemische verspreiding van dit type norovirus (voorheen Norwalk-like virus of SRSV), dat kennelijk virulenter is gezien de toename in aantallen explosies. Momenteel worden de epidemiologische gegevens van de Europese database onderzocht om te achterhalen wat de oorzaak is voor deze epidemie.

Vergeleken met voorgaande jaren is het aantal aangiften van **malaria** in 2002 gedaald. In 2002 zijn 394 gevallen van malaria gemeld tegenover 569 in 2001. Het gebruik van malarone in plaats van mefloquine dat met ingang van 2002 van start is gegaan is hiervoor verantwoordelijk.

In 2002 is tevens het aantal aangiften van **hepatitis A** met 30% gedaald (2001: 701 aangiften, 2002: 432 aangiften). Of het hierbij gaat om afname van het aantal gevallen van geïmporteerde hepatitis A, een afname van secundaire gevallen of om een andere reden, is nog onbekend. Mogelijk speelt de toename van vaccinatie van allochtone kinderen een rol, waardoor GGD'en minder vaak hepatitis-A-clusters op scholen voorkomen. De daling van het aantal hepatitis-A-meldingen wordt door het CIE/RIVM verder in kaart gebracht in overleg met de GGD-collega's die op dit signaal hebben gereageerd.

Het aantal personen met een **Leishmania-infectie** neemt toe. Op het RIVM zijn in 2002 13 patiënten positief bevonden (het percentage positieve diagnostiek is toegenomen van 3% in voorgaande jaren naar 8% in 2002). Het aantal mucocutane en viscerale infecties is gelijk verdeeld.

De Virologische Weekstaten laten zien dat deze maand het **rotavirusseizoen** van start is gegaan.

Er is wat publiciteit geweest rondom een outbreak van **hepatitis E** in Groningen. De aanleiding hiervan is een recente publicatie in *Clinical Infectious Diseases* waarin enkele gevallen van HEV-infecties worden beschreven bij Nederlandse bejaarden, zonder buitenlandse reisanamnese. In één van die beschreven gevallen is met moleculair biologische methoden een virus aangetoond. Dit virus valt binnen de hepatitis-E-familie, maar hoort bij een genotype dat recent is ontdekt. Het virus verschilt duidelijk van de bekende hepatitis-E-varianten die als importziekte gelden (Birma, Mexico). Het nieuwe genotype omvat ook virussen bij varkens, die vóórkomen in de Nederlandse varkensstapel. Sindsdien is nog 2 keer virus aangetoond met PCR. De virussen bij de mens verschillen van die bij de varkens. Het is onduidelijk of hier sprake is van zoönotische overdracht. Door retrospectief onderzoek van serologie-aanvragen voor patiënten met acute hepatitis waarbij geen oorzaak is gevonden, onderzoekt het RIVM nu in samenwerking met medisch microbiologen in Groningen en Den Bosch, of HEV in Nederland wellicht vaker voorkomt.

In de weken 48 - 52 van 2002 zijn 8 gevallen van **Enterohemorragische E.coli** aangegeven. Dit is uitzonderlijk veel voor deze tijd van het jaar; normaal worden maximaal 4 gevallen per 4 weken aangegeven. Voor alle besmettingen geldt dat ze in Nederland zijn opgelopen en dat de bron onbekend is. Aan de hand van Pulsed-Field Gel Electroforesis (PFGE) wordt bij het Laboratorium voor Infectieziektendiagnostiek en Screening van het RIVM, gekeken of de DNA-fingerprintpatronen van deze patiëntisolaten identiek zijn. Om meer inzicht te krijgen in een mogelijk gemeenschappelijke bron, stuurt het CIE/RIVM een aanvullende vragenlijst naar de GGD'en. In een inf@ctbericht is het belang van brononderzoek door de KvW onderstreept waarbij diercontact, bijvoorbeeld op een kinderboerderij, als mogelijke bron is aangemerkt.

Het aantal aangiften van **Legionellose** is eveneens verhoogd. In de afgelopen 4 weken zijn 22 gevallen aangegeven tegenover gemiddeld 8. De gevallen doen zich verspreiden voor in het gehele land; het gaat om iets meer mannen dan vrouwen. Eventuele gemeenschappelijke kenmerken van de patiënten worden verkend.

AS

BERICHTEN

Meldingscijfers infectieziekten vergeleken:

Utrecht versus Eindhoven

De GG&GD Utrecht en de GGD Eindhoven hebben op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de meldingscijfers van een aantal infectieziekten met elkaar vergeleken. Uit het resultaat kan opgemaakt worden dat verschillen in meldingscijfers tussen de beide steden voor een deel verklaard kunnen worden door uiteenlopende demografie. De rest van het verschil komt waarschijnlijk door een grotere onderrapportage, aangezien er in Eindhoven een belangrijk huisartsenlaboratorium niet participeert in de vooraanmelding. De vergelijking blijkt dan ook een redelijk gevoelige methode te zijn voor detectie van verschillen in het meldingsgedrag van artsen en laboratoria.

In het rapport 'Smetteloze kwaliteit'¹ stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat GGD'en moeten streven naar een zo hoog mogelijk meldingspercentage van de infectieziekten die in de Infectieziektenwet worden genoemd. De inspectie verwacht in dit verband van de GGD'en een aantal activiteiten ter bevordering van melding. Eén van deze activiteiten is de monitoring van de meldingen door tenminste eens per jaar een vergelijking te maken van de gemelde incidentiecijfers van de eigen dienst met die van een vergelijkbare regio. De zorggebieden van de GG&GD Utrecht en de GGD Eindhoven worden vergelijkbaar geacht, aangezien beide GGD'en alleen een stad dienen en beide steden ongeveer evenveel inwoners hebben.

Werkwijze melding

Door de GG&GD Utrecht is met de laboratoria in de provincie afgesproken, dat zij bij een positieve testuitslag van een ziekte die in de Infectieziektenwet staat, anoniem en op vrijwillige basis vooraanmelding doen bij de GG&GD. De GG&GD neemt dan contact op met de betreffende arts om de gegevens van de patiënt en de data over het ziektebeeld te verkrijgen. De GGD Eindhoven heeft eenzelfde afspraak gemaakt met het streeklaboratorium in de regio. Echter, een belangrijk huisartsenlaboratorium waarbij veel aanvragers onderzoek laten verrichten, onderschrijft bovenstaande regeling niet.

Demografie

In de onderzochte periode (1996-2001) was het gemiddelde inwonersaantal in de gemeente Utrecht 237.000. De gemeente Eindhoven had in deze periode een iets kleiner bevolkingsaantal: gemiddeld 200.000. De leeftijdsverdeling van beide steden is redelijk vergelijkbaar; in Utrecht wonen relatief wat minder ouderen (50+) en meer mensen in de leeftijdsgroep 20-34 jaar. Het aandeel kinderen/jongeren onder de 19 jaar is in beide steden ongeveer gelijk. Het aandeel Nederlanders is in Utrecht beduidend lager (70% versus 80% in Eindhoven). Van de allochtonen is met name de groep Marokkanen groter in Utrecht; het aandeel Turken, Surinamers en Antillianen is in beide steden ongeveer gelijk.

Resultaten

De meeste meldingsplichtige infectieziekten komen zowel in Utrecht als in Eindhoven niet of weinig voor. Alleen de infectieziekten die regelmatig worden gemeld, zijn vergeleken. Gezien de kleine aantallen en de sterke schommeling over de jaren, zijn de cijfers van 6 jaar (1996-2001) geaggregeerd. In *figuur 1* staan de meldingscijfers van de verschillende infectieziekten weergegeven. Voor hepatitis A en B zijn de meldingscijfers in Utrecht hoger dan in Eindhoven. Allochtonen, met name Turken, Marokkanen en Surinamers, vormen voor beide infectie-



gemeente Eindhoven

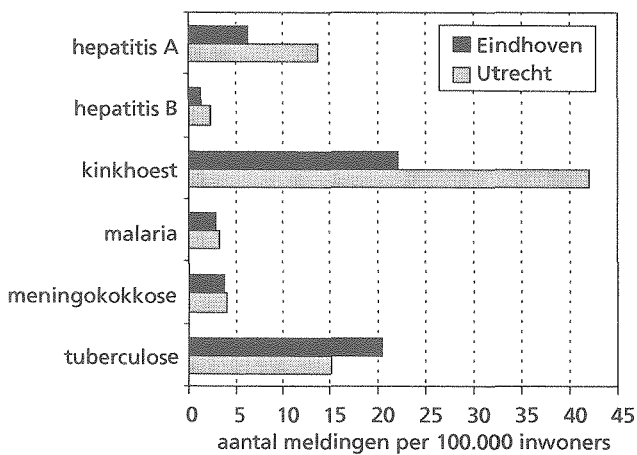
GGD

Gemeentelijke Gezondheidsdienst



Gemeente Utrecht

Geneeskundige en Gezondheidsdienst



Figuur 1. Meldingscijfers per 100.000 inwoners van hepatitis A, hepatitis B, kinkhoest, malaria, meningokokkose en tuberculose in Utrecht en Eindhoven in de periode 1996-2001

ziekten een belangrijke risicogroep.^{2,3} In Utrecht is het percentage allochtonen afkomstig uit deze landen, bijna 2 keer groter dan in Eindhoven (17% en 9%, respectievelijk). Het verschil in het aantal allochtonen kan evenwel niet het hele verschil in de meldingscijfers verklaren. In Eindhoven wordt een groot deel van vooral de hepatitis-A-diagnoses gesteld via het huisartsenlaboratorium dat niet participeert in de vooraanmelding, waardoor de onderrapportage hier waarschijnlijk groter is. Voor hepatitis B zal deze onderrapportage een minder belangrijke rol spelen aangezien de serologie vooral via het streeklaboratorium verloopt.

De meldingscijfers van kinkhoest zijn in Utrecht bijna 2 keer zo groot als in Eindhoven. Kinkhoest komt met name voor bij kinderen in de leeftijd van 0-9 jaar.⁴ In zowel Utrecht als Eindhoven was in de onderzochte periode 11% van de bevolking 0-9 jaar. Op basis hiervan zou ongeveer eenzelfde aantal meldingen van kinkhoest verwacht mogen worden. In Eindhoven wordt echter een groot deel van de kinkhoestdiagnostiek uitgevoerd door het huisartsenlaboratorium. Ook hier is dus de grotere onderrapportage in Eindhoven een verklaring voor het grote verschil.

Asielzoekers vormen een belangrijke risicogroep voor tuberculose. De verplichte screening op tuberculose vindt plaats in een opvangcentrum waar asielzoekers die Nederland binnenkomen, worden ondergebracht. In Eindhoven waren in het grootste gedeelte van de onderzochte periode 2 opvangcentra en in Utrecht was er alleen een asielzoekerscentrum waar asielzoekers eventueel nog een keer worden getest. Hierdoor is het lagere aantal meldingen van tuberculose in Utrecht verklaarbaar.

De meldingscijfers van malaria en meningokokkose komen in beide steden overeen. Het vóórkomen van malaria in Nederland is sterk afhankelijk van het reisgedrag van de bevolking en van de het wel of niet gebruiken van malariaprofylaxe. Er is geen reden om aan te nemen dat de inwoners van de gemeente Eindhoven meer of minder zouden reizen dan de inwoners van Utrecht. In Nederland is de laatste jaren bijna de helft van de meningokokkose-patiënten jonger dan 5 jaar en zit er een tweede piek in de leeftijdsgroep 15-19 jaar.⁵ Het aandeel van deze leeftijdsgroepen is in beide steden even groot. Verder zijn er geen andere factoren bekend die de incidentie kunnen beïnvloeden. Bij zowel malaria als meningokokkose speelt het huisartsenlaboratorium in Eindhoven geen rol, waardoor de onderrapportage in Eindhoven vergelijkbaar zal zijn met die in Utrecht.

Conclusie

Ondanks alle beperkingen is het nuttig gebleken om een vergelijking van de meldingscijfers voor infectieziekten te maken, aangezien hierdoor een beter inzicht ontstaat in het meldingssysteem in de eigen regio. Vanwege de kleine aantallen gemelde infectieziekten heeft het maken van een jaarlijkse vergelijking geen zin.

Een vergelijking op basis van geaggregeerde cijfers van een aantal jaren geeft meer betrouwbare informatie bij minder inspanning.

Uit de vergelijking van de meldingscijfers van Utrecht en Eindhoven blijkt dat slechts een deel van de verschillen kan worden verklaard door de geringe demografische verschillen. Het andere deel kan worden verklaard doordat in Eindhoven een belangrijk huisartsenlaboratorium niet meedoet aan de vooraanmelding, waardoor er een grotere onderrapportage optreedt voor bepaalde infectieziekten, zoals kinkhoest en hepatitis A. De vergelijking blijkt dus een redelijk gevoelige methode te zijn voor detectie van verschillen in het meldingsgedrag van artsen en laboratoria. De beste indicatoren zijn infectieziekten die op basis van demografische factoren evenveel zouden moeten vóórkomen in beide steden, zoals bijvoorbeeld kinkhoest in deze vergelijking.

Contactpersonen:

K. Haks, epidemioloog GG&GD Utrecht,
e-mail: k.haks@utrecht.nl

H.P.J. Daemen, arts-infectieziekten GGD Eindhoven,
e-mail: r.daemen@eindhoven.nl

R.P.M. van Kessel, arts-infectieziekten GG&GD Utrecht,
e-mail: r.van.kessel@utrecht.nl

het vóórkomen van malaria hangt samen met het reisgedrag van de bevolking

Literatuur

1. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Smetteloze kwaliteit. Den Haag, april 1999.
2. Gorkom J van, Leentvaar-kuijpers A, Kool JL, Coutinho RA. Jaarlijkse epidemie van hepatitis A in verband gebracht met reisgedrag van kinderen van immigranten in de vier grote steden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1998;142(34):1919-23.
3. Haks K, Bosman A, Laar MJW van de. Aangifte van hepatitis B in 2001. *Infectieziekten Bulletin*;13(8):296-9.
4. Greeff SC de, Melker HE de, Schellekens JFP, Conyn MAE. Pertussis; description and evaluation based on surveillance data of 1999 and 2000. RIVM-rapport 128507009. Bilthoven 2001.
5. Nederlands Referentielaboratorium voor bacteriële meningitis (AMC/RIVM).



Rotterdams Onderzoekscentrum Infectieziekten en Public Health



In haar nieuwjaarstoespraak kondigde de directeur van de Rotterdamse GGD, Marianne Donker, de start aan van een Onderzoekscentrum Infectieziekten en Public Health. Het gaat om een samenwerking tussen de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) van het Erasmus MC en de GGD Rotterdam e.o. De partners willen met dit nieuwe centrum onderzoek op het gebied van infectieziekten versterken en hieraan actief een bijdrage leveren. 'Kwalitatief goed wetenschappelijk onderzoek is een voorwaarde voor de bestrijding van infectieziekten in Nederland, maar even belangrijk is de bijdrage aan de verdere verbetering van de praktijk' aldus mevrouw Donker.

Bij GGD'en staat de telefoon niet stil als er een uitbraak of een bijzondere infectieziekte in de lokale media wordt vermeld. Er worden landelijke vaccinatiecampagnes ingevoerd, zoals de meningokokkencampagne, en gratis hepatitis-B-vaccinatie voor risicogroepen aangeboden. Bovendien wordt via het project 'Versterking infrastructuur infectieziektebestrijding' (VISI) geïnvesteerd in de lokale en landelijke praktijk. Het ministerie van VWS bereidt een strategienota voor met betrekking tot infectieziekten, en over de toekomst van onderzoek wordt verder nagedacht in verschillende fora. Kortom, infectieziekten zijn de laatste jaren niet meer weg te denken uit de publieke en politieke belangstelling

Het nieuwe Onderzoekscentrum Infectieziekten en Public Health in Rotterdam, streeft ernaar om deze ontwikkeling te versterken door de samenwerking binnen het Erasmus MC met andere vakgroepen uit te breiden. Gesprekken zijn gaande met de afdelingen Virologie, Medische Microbiologie, Kindergeneeskunde, Dermatologie/Venereologie, Maag-, Lever-, en Darmziekten en Interne geneeskunde (Infectieziekten). Bij genoemde groepen bestaat belangstelling voor verdere samenwerking. Ook binnen de GGD zal worden gewerkt aan verbreding, zowel met andere sectoren (Jeugd en Gezondheidsbevordering) als met ver-

schillende professionals. Onderzoek is niet alleen een taak van onderzoekers en artsen-infectieziektebestrijding. Een belangrijk deel van de infectieziektebestrijding wordt uitgevoerd door sociaal-verpleegkundigen en preventiemedewerkers. Met name op het terrein van sociaal-verpleegkundigen is nog weinig specifiek verpleegkundig onderzoek gedaan. Hopelijk kan het onderzoekscentrum daaraan een bijdrage leveren.

De voorlopige doelstellingen van het onderzoekscentrum zijn als volgt geformuleerd:

- het ontwikkelen en uitvoeren van onderzoek op het terrein van infectieziekten en public health;
- het vormen van een brug tussen onderzoek en de praktijk van de bestrijding van infectieziekten;
- het bieden van een forum voor onderlinge kennisuitwisseling en ondersteuning voor onderzoekers binnen de universiteit en de GGD'en;
- het verzorgen van onderwijs aan relevante beroepsgroepen.

De ideeën voor het onderzoekscentrum worden in de komende tijd verder uitgewerkt, in samenwerking met andere lokale en landelijke instellingen.

Huidig onderzoek bij GGD en MGZ

Het RIVM en de GG&GD Amsterdam (in samenwerking met het AMC) hebben de afgelopen decennia een indrukwekkende traditie opgebouwd op het terrein van onderzoek naar infectieziekten in Nederland. In Rotterdam daarentegen, is na het vertrek van prof. J. Huisman als hoofd (1988), enige jaren nauwelijks meer aandacht geweest voor onderzoek. Maar vanuit het besef dat het voor effectieve infectieziektebestrijding cruciaal is dat er een goede samenwerking is tussen onderzoek, beleid en preventie, heeft de GGD Rotterdam e.o. sinds 1999 geïnvesteerd in onderzoek. Daarbij is gekozen voor een aantal speerpunten: virale hepatitisen, importziekten, tuberculose, soa en HIV, met name in relatie tot de effectiviteit van preventie en migranten, en infectieziekten. Deze keuze sluit aan bij de thema's die aangevoerd zijn in de nota 'Gezondheid in kaart' van de GGD Rotterdam e.o. als mogelijkheden waar, ook door lokale activiteiten, gezondheidswinst valt te behalen.

Het initiatief om in 1999 de draad van onderzoek op het terrein van infectieziekten en public health weer op te pakken, is ontstaan in samenwerking met de afdeling MGZ van het Erasmus MC. De afdeling MGZ heeft uitgebreide ervaring met het ontwikkelen en toepassen van simulatiemodellen om de transmissie en verspreiding van infectieziekten te beschrijven en de effecten van bestrijdingsmaatregelen op de volksgezondheid te berekenen. Oorspronkelijk betrof dit onderzoek tropische infectieziekten zoals schistosomiasis, onchocerciasis, lymfatische filariasis en lepra. In de afgelopen jaren heeft de aandacht zich tevens gericht op de invloed van mobiliteit en gedrag van mobiliteitsgroepen (waaronder migranten, vluchtelingen en asielzoekers), en op de verspreiding van infectieziekten binnen de eigen groep en in de populatie van hun



Marianne Donker, directeur GGD Rotterdam e.o.

Foto: Ron Berkhout

steeds vaker wordt gevraagd naar de effectiviteit van huidige preventie-activiteiten

gastomgeving. Virale hepatitis, HIV/aids en andere soa, malaria en tuberculose zijn hierbij onderwerp van onderzoek. In het kader hiervan is de samenwerking met de GGD Rotterdam tot stand gekomen.

Onderzoeksprojecten

De samenwerking heeft geleid tot een aantal onderzoeksprojecten. Daarnaast heeft de GGD Rotterdam e.o. een aantal projecten die zelfstandig of in samenwerking met andere partners worden uitgevoerd. Meldingen van hepatitis B maken een belangrijk deel uit van het totaal aan nieuwe meldingen van infectieziekten bij de GGD. Er wordt veel tijd geïnvesteerd in de begeleiding van de cliënten door de sociaal-verpleegkundigen. De afgelopen 2 jaar is in samenwerking met de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het Erasmus MC, onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit

van het verwijfsbeleid van mensen met een chronische hepatitis-B-infectie. De GGD ziet jaarlijks ruim 200 patiënten van deze groep en verwijst hen, via de huisarts, door naar de specialist.¹ Na een retrospectieve analyse van het effect van de bestaande richtlijn tot verwijzing, zijn verbeteringen in het beleid doorgevoerd. Het resultaat van de aangescherpte richtlijn wordt dit jaar gepubliceerd.

Een tweede voorbeeld van huidige onderzoeksprojecten, is het onderzoek naar de toepassing van genotypering van hepatitis B als instrument in de surveillance in de Rotterdamse bevolking. Preventie van soa en HIV zijn eveneens belangrijke taken voor een GGD. Steeds vaker wordt gevraagd naar de effectiviteit van huidige preventie-activiteiten, gelet op de stijging van het aantal soa-gevallen in Nederland. Via een aantal projecten probeert de GGD nieuwe interventies te ontwikkelen en hun effectiviteit te onderzoeken. Het project 'Amor i salú', (Liefde en Gezondheid) richtte zich op de verbetering van de seksuele gezondheid van Antillianen en Arubanen en heeft bouwstenen aangeleverd voor de verbetering van community interventions. Een ander voorbeeld is de samenwerking met de Schorerstichting en de Universiteit Maastricht in het onderzoek naar de mogelijkheid van interventies bij homomannen die seksuele contacten leggen via internet. Tevens is onlangs een project van start gegaan waarbij de effectiviteit wordt onderzocht van op maat gesneden voorlichting over HIV aan homo- en biseksuele mannen die zich bij de GGD melden voor vaccinatie tegen hepatitis B.

Rotterdam is een multiculturele stad. Tegenwoordig is bijna 32% van de bevolking allochtoon en de verwachting

is dat in 2010 dit aantal gestegen zal zijn tot bijna 50%. Het is duidelijk dat sommige infectieziekten, zoals hepatitis B, bij migrantengroepen veel vaker voorkomen dan bij de autochtone bevolking. Het intensieve verkeer met het land van herkomst brengt het risico op import van infectieziekten met zich mee. Opmerkelijk is echter dat er relatief weinig bekend is over infectieziekten en hun determinanten, bij migranten. Binnenkort start de GGD Rotterdam daarom met een haalbaarheidsstudie naar het opzetten van een 'wijkcohort' rondom infectieziekten in een wijk waar veel migranten wonen. Een dergelijk cohort-onderzoek kan hopelijk bijdragen aan een beter inzicht in het voorkomen van infectieziekten, determinanten van verspreiding en mogelijkheden voor preventie door middel van op doelgroepen afgestemde interventies. Het onderzoeksterrein 'migranten en infectieziekten' is daarom het belangrijkste speerpunt voor onderzoek in de komende jaren.

Samenwerking met derden

Op het moment wordt er in Nederland actief nagedacht over de toekomst van onderzoek op het terrein van infectieziekten. Zo bereidt de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een advies voor, houdt de regio Oost zich binnen het project VISI bezig met academisering en ten slotte is er het 'Toekomstgericht OnderzoeksPlatform

InfectieZiekten' (TOPIZ) dat door ZONMW werd geïnitieerd. De verwachting is dat in de komende jaren hard gewerkt moet worden aan de versterking van onderzoek op het terrein van infectieziekten.

Met het Onderzoekscentrum Infectieziekten en Public Health in Rotterdam anticiperen de partners op deze ontwikkelingen en willen daar een actieve bijdrage aan leveren. Ze beschouwen het ook als een voorbeeld van hoe academisering van GGD'en gestalte kan krijgen. Niet vanuit een hoge witte toren in Rotterdam, maar in dialoog en samen met andere GGD'en, universiteiten en landelijke instellingen. Naast het wetenschappelijk-inhoudelijk verder uitbouwen van het centrum zal in de komende maanden met allerlei betrokkenen gesproken worden om de ideeën nader vorm te geven. Ieders deskundigheid is daarbij welkom: lezers worden uitgenodigd om met suggesties contact met op te nemen.

Contactpersonen:

O. de Zwart, hoofd afdeling Algemene Infectieziekten, GGD Rotterdam e.o., e-mail: dezwarto@ggd.rotterdam.nl
J. H. Richardus, arts maatschappij en gezondheid-epidemioloog, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC en GGD Rotterdam e.o., e-mail: j.richardus@erasmusmc.nl

Literatuur

1. Mostert MC, Richardus JH, de Man RA. Evaluatie van de Rotterdamse richtlijn voor verwijzing bij chronische hepatitis B: verbetering mogelijk door een kortere verwijzketen en betere informatieverstrekking. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147:159-163



De influenzavaccinatiegraad in de huisartspraktijk

linh
Ihv nhg nivel wok

De risicopopulatie die in aanmerking komt voor influenzavaccinatie bestaat voornamelijk uit mensen van 65 jaar en ouder, patiënten met diabetes mellitus en patiënten met een cardiovasculaire of longaandoening. Uit het rapport 'Evaluatie Griepvaccinatiecampagne 2001' van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), komt naar voren dat na jaren van groei de omvang van de risicopopulatie lijkt te zijn gestabiliseerd. Van de risicopopulatie wordt 75% ook daadwerkelijk gevaccineerd, dit bedraagt 17,0% van de totale bevolking. De vaccinatiegraad is hoger naarmate mensen meer indicaties hebben (comorbiditeit).

Influenza vormt ook in Nederland nog steeds een groot volksgezondheidsprobleem. Complicaties doen zich vooral voor bij patiënten met risicoaandoeningen.¹ De influenza-

vaccinatie verlaagt zowel de morbiditeit als de mortaliteit ten gevolge van (complicaties van) influenza.² Binnen het project Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

(LINH), een netwerk van circa 100 geautomatiseerde huisartsenpraktijken, is vanaf 1996 de monitoring van deze campagne uitgevoerd in het verlengde van het project 'Preventie: maatwerk'.³ Uit de monitoring komen voor Nederland representatieve gegevens beschikbaar over de vaccinatiegraad in de huisartsenpraktijk met betrekking tot influenza. De bij de LINH-praktijken ingeschreven populatie is representatief voor de Nederlandse bevolking qua leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Het monitoringprogramma maakt gebruik van zogenaamde extractie-software waarmee per praktijk door de huisarts de grieprelevante patiëntgegevens op een diskette kunnen worden weggeschreven uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Het gaat om gegevens waarmee de diverse indicaties van de risicopopulatie kunnen worden herleid. Maar ook gegevens over het al dan niet gevaccineerd zijn en over leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de hoogrisicopatiënten worden gebruikt. Met behulp van een korte vragenlijst wordt de organisatie van de griepvaccinatie in de huisartsenpraktijk in kaart gebracht.^{4,5}

Omvang van de totale risicopopulatie

In de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap 'Influenza en influenzavaccinatie'² worden de volgende mensen aangemerkt als risicopopulatie voor een influenzavaccinatie: alle mensen van 65 jaar en ouder, patiënten met diabetes mellitus, een cardiovasculaire dan wel een longaandoening, chronische nierinsufficiëntie of een recidiverende stafylokokkeninfectie. Daarnaast wordt vaccinatie aanbevolen voor mensen die in een tehuis wonen of een verminderde immuniteit hebben. Een meerderheid van de patiënten wordt risicopatiënt vanwege meerdere indicaties, bijvoorbeeld leeftijd én comorbiditeit. Uiteindelijk bepaalt de huisarts of iemand tot de risicopopulatie behoort. In 2001 kwam 22,6% van de

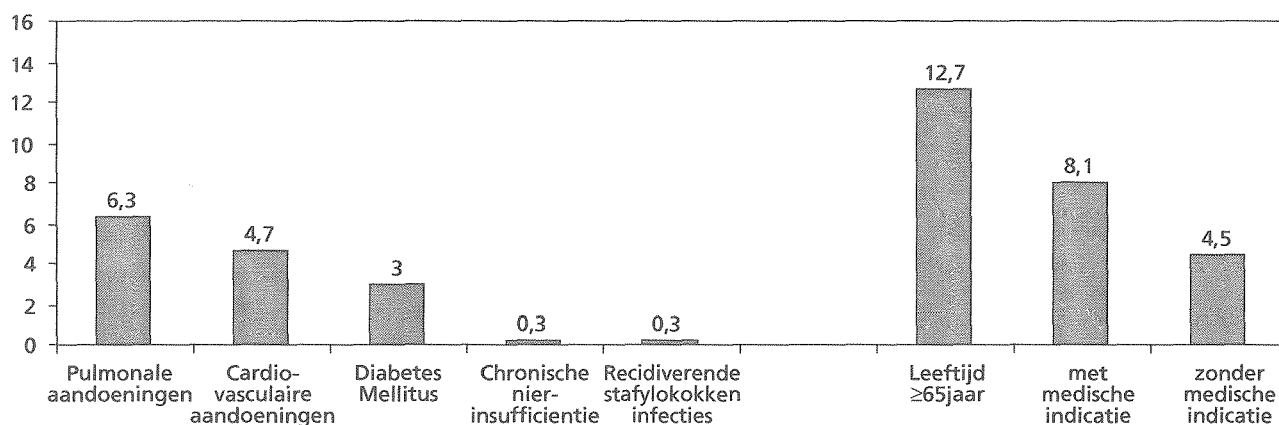
bevolking in aanmerking voor een influenzavaccinatie. In een huisartsennormpraktijk met 2350 patiënten werden in 2001 gemiddeld 531 mensen geselecteerd voor deze vaccinatie. Landelijk gezien betreft het ruim 3,6 miljoen mensen.

Omvang van de verschillende hoogrisicogroepen

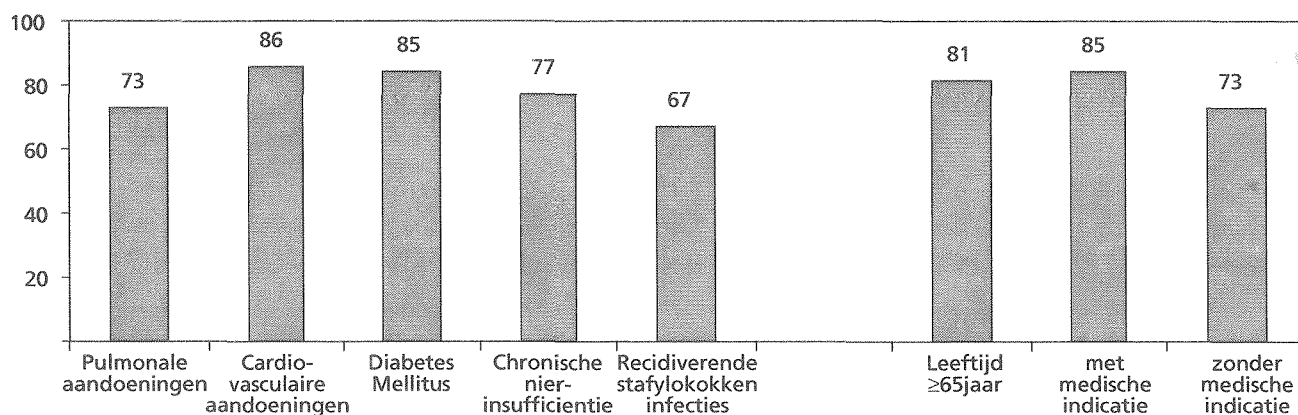
In 2001 werd 12,7 % van de praktijkpopulatie door de huisartsen geselecteerd voor een influenzavaccinatie op basis van een leeftijdsindicatie. Het merendeel van deze patiënten heeft naast een leeftijdsindicatie ook een andere (medische) indicatie voor de influenzavaccinatie. De door de huisartsen geselecteerde longpatiënten omvatten 6,3% van de totale praktijkpopulatie. Van de praktijkpopulatie werd 4,7% geselecteerd op basis van een cardiovasculaire aandoening en 3% op basis van diabetes mellitus (zie *figuur 1*).

De vaccinatiegraad

De vaccinatiegraad onder de risicopopulatie is de laatste jaren vrijwel stabiel⁴ en lag in 2001 op 75%. Naarmate mensen meer indicaties hebben, is de vaccinatiegraad hoger. Van de mensen met alléén een leeftijdsindicatie werd 72,6% gevaccineerd, maar bij mensen met daarnaast nog één of meer andere indicaties was de vaccinatiegraad bijna 13% hoger (85,3%). De vaccinatiegraad verschilt per risicogroep (zie *figuur 2*). De vaccinatiegraad van de risicogroepen cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus is hoog ten opzichte van de andere risicogroepen. Van de risicogroep recidiverende stafylokokkeninfecties is de vaccinatiegraad het laagst.



Figuur 1. Omvang en samenstelling van de risicopopulatie voor een influenzavaccinatie in verhouding tot de totale praktijkpopulatie in 2001 (%).



Figuur 2. vaccinatiegraad van de risicopopulatie (%).

Organisatie van de campagne

De meerderheid van de praktijken (73,8%) gebruikten in 2001 foldermateriaal om patiënten over de campagne te informeren. Bijna alle praktijken (92,5%) organiseerden in 2001 één of meerdere spreekuren speciaal voor de influenzavaccinatie en 56,3% van de praktijken heeft hun patiënten aan de vaccinatiecampagne herinnerd. Er werd geen significant verschil gevonden in de vaccinatiegraad van praktijken die folders gebruikten in vergelijking met praktijken die geen folders gebruikten (zie figuur 3). De vaccinatiegraad verschilt niet met de praktijken

die geen vaccinatiepreekuren organiseren. In praktijken die herinnerden was de vaccinatiegraad wel duidelijk hoger ($p < 0,001$) dan wanneer niet herinnerd werd (respectievelijk 78,4% en 71,9%).

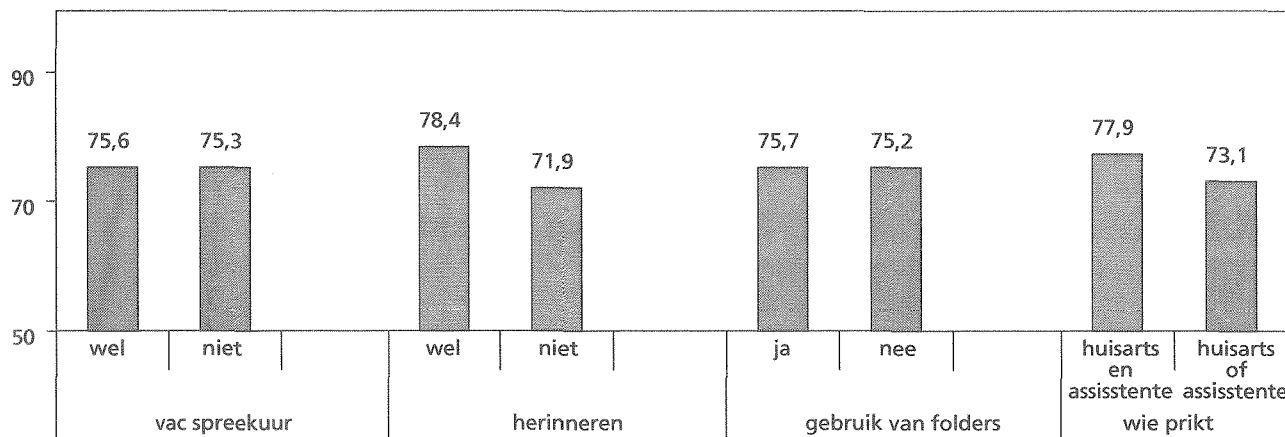
In ruim de helft van de praktijken (51,3%) werd het vaccineren door zowel huisarts als assistente gedaan. In 6,3% van de praktijken prikte alleen de huisarts, in 42,5% van de praktijken alleen de assistente. Er werd een aanmerkelijk verschil ($p < 0,001$) in vaccinatiegraad aangetroffen tussen

deze 3 manieren van uitvoering. Wanneer zowel huisarts als assistente de vaccinaties uitdelen, is de vaccinatiegraad significant hoger dan wanneer huisarts óf assistente vaccineren (respectievelijk 77,9 versus 73,1%) (zie ook figuur 3).

Conclusie

De vaccinatiegraad in Nederland is al jaren hoog; in 2001 werd 75% van de risicopopulatie gevaccineerd. Met name de vaccinatiegraad van de risicogroepen met cardiovasculaire aandoeningen of diabetes mellitus is hoog ten opzichte van de andere risicogroepen. Dit geldt eveneens voor de vaccinatiegraad van ouderen die naast een leeftijdsindicatie nog een andere (medische) indicatie hebben om tegen influenza gevaccineerd te worden. De vaccinatiegraad lijkt zich nu te stabiliseren. Het is belangrijk om de influenzavaccinatiecampagne de komende jaren 'op de agenda' te houden zodat de vaccinatiegraad hoog blijft. Door monitoring kunnen we het verloop van de vaccinatiegraad van de risicogroepen de komende jaren blijven volgen.

praktijken die herinnerden hadden een hogere vaccinatiegraad



Figuur 3. Invloed van organisatie van de campagne op de vaccinatiegraad (%).

Contactpersonen:

M.A.J.B. Tacken, gezondheidswetenschapper, onderzoeker, Centre for Quality of Care Research (WOK) Universitair Medisch Centrum - St Radboud; Nijmegen, e-mail: M.Tacken@wok.umcn.nl

J.C.C. Braspenning, psycholoog, senior onderzoeker, Centre for Quality of Care Research (WOK) Universitair Medisch Centrum - St Radboud; Nijmegen, e-mail: J.Braspenning@wok.umcn.nl

D.H. de Bakker sociaal geograaf, senior onderzoeker, Nederlands Instituut voor gezondheidszorg onderzoek (NIVEL), Utrecht e-mail: D.deBakker@nivel.nl

Dit is een bewerking van de LINH-rapportage Evaluatie Griepvaccinatiecampagne 2001 (september 2002, ISBN 90-690-573-2) door M. Tacken, D. de Bakker, R. Verheij, J. Mulder, H. van den Hoogen en J. Braspenning. LINH is een project van NIVEL, LHV, NHG en Centre for Quality of Care Research, voorheen Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK). Voor meer informatie over LINH en over de hier beschreven gegevens kunt u terecht op de website (www.linh.nl). Reacties kunnen gestuurd worden naar info@linh.nl.

Literatuur

1. Essen van GA, Sorgdrager YCG, Salemink GW, Govaert ThME, Hoogen van den JPH, Laar van der JR. NHG-standaard influenza en influenzavaccinatie. In: NHG-Standaarden voor de huisarts II. Redactie: Thomas S, Geijer RMM, Laan van der JR, Wiersma Tj. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996: 179-187.
2. Meynaar IA, Wout van 't JW, Vandenbroucke JP, Furth van R. Vaccinatie tegen influenza; aanmoedigen of aanzien? Ned Tijdschr Geneeskd 1992; 136 (4): 168-172.
3. LHV/NHG-preventieteam. "Preventie: maatwerk" 1995-1996; Rapportage 1995-1996 van het LHV/NHG-project. Implementatie van programmatische preventie in de huisartspraktijk, te beginnen met influenzavaccinatie en cervixscreening. Utrecht, juni 1997.
4. Tacken M, Braspenning J, Paassen J van, Hoogen H van den, Bakker D de & Grol R. Negen jaar influenzavaccinatie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2000; 43(13) 566-567
5. Tacken M, Braspenning J, Spreeuwenberg P, et al. Patient Characteristics Determine Differences in the Influenza Vaccination Rate More so than Practice Features: Preventive Medicine 2002; 35, pag. 401-40

VAN DE LCI



Protocollen Infectieziekten 2003 herzien

Eind januari 2003 is de tweede druk van het boekje "LCI-protocollen infectieziekten" verschenen. De editie 2003 bevat een aantal aanvullingen op de eerste editie en een aantal wijzigingen. De belangrijkste wijzigingen zijn de aanpassingen in protocollen 'Anthrax', 'Calicivirusinfectie' en 'Hepatitis B'. Daarnaast zijn de protocollen 'Babesiosis', 'Gonorrhoe' en 'Tularemie' voor het eerst toegevoegd. Verder is nieuw opgenomen de bijlage 'Reiniging, desinfectie en sterilisatie in de openbare gezondheidszorg – standaardmethoden'. Ook wordt bij veel protocollen de noodzaak vermeld van het melden in het kader van artikel 7 van de Infectieziektenwet. Tevens zijn kopteksten toege-

voegd waardoor opzoeken gemakkelijker gaat en er is een uitgebreidere inhoudsopgave opgesteld.

Wilt u het boekje bestellen, dan kan dit door per exemplaar € 25,- over te maken op banknummer 46.33.03.660 van St. Instituut GGD Nederland, onder vermelding van LCI-protocollen infectieziekten, editie 2003. Na ontvangst van de betaling wordt het boekje toegezonden. Vermeld op de overschrijving duidelijk naar welke adres het boekje opgestuurd moet worden.

UIT HET VELD

NLV-uitbraak op een chirurgische verpleegafdeling



VU medisch centrum

Op een chirurgische verpleegafdeling van het VU medisch centrum werd een toename van het aantal patiënten met gastro-intestinale klachten gezien. De ziekte begon acuut en had een kort beloop. Geen ongewoon beeld op deze afdeling waar patiënten soortgelijke klachten hebben die passen bij hun onderliggende ziekten. De extreme stijging viel daarom pas op toen ook medewerkers dezelfde symptomen bleken te hebben. Een opnamestop, barrièremaatregelen en verscherpte hygiëne leidden uiteindelijk tot het indammen van de infectie.

De symptomen waren met name misselijkheid/braken, buikkrampen, diarree en in enkele gevallen koorts. Maar vooral het feit dat personeelsleden ook klachten kregen, bracht de verdenking op een explosie van Norwalk-like virus (NLV, tegenwoordig norovirus) naar voren. Er werd overlegd tussen de infectiepreventie-adviseurs en de betrokkenen op de afdeling. Retrospectief bleek dat 5 dagen eerder de eerste patiënt ziek was geworden, 1 dag daarna de eerste verpleegkundige. Tijdens het overleg ging het om 6 patiënten en 6 verpleegkundigen. Later werd duidelijk dat veel meer personeelsleden op dat moment al klachten hadden (gehad). Er was gezien het beloop en de beperking tot 1 afdeling, geen aanwijzing voor een gemeenschappelijke voedselbron als mogelijke oorzaak van besmetting.

Direct werden barrièremaatregelen genomen en werd het in acht nemen van de handhygiëne benadrukt. Ook de schoonmaak van de omgeving werd geïntensiveerd, onder andere door te desinfecteren met chloor 250 ppm. De

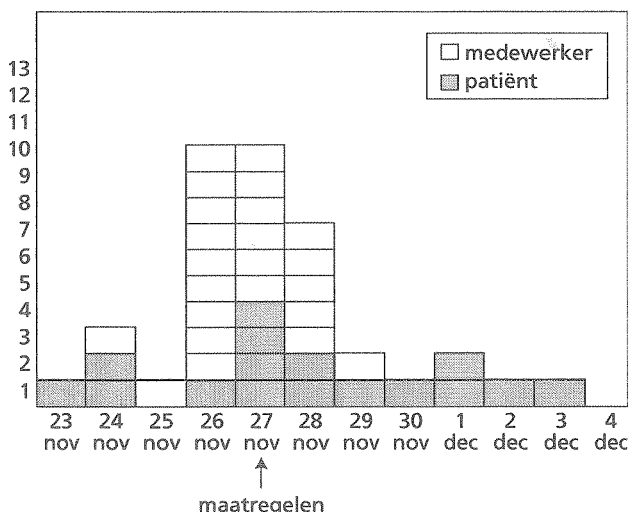
patiënten lagen verspreid over de afdeling, waardoor cohortverpleging niet mogelijk was. Aan de zieke medewerkers werd geadviseerd om naar huis te gaan maar dit laatste was niet goed realiseerbaar vanwege de minimaal noodzakelijke personele bezetting van de afdeling. Omdat er dezelfde en volgende dag veel nieuwe gevallen bijkwamen - zowel medewerkers als patiënten - werd op dag 7 een opnamestop afgesproken. Op dag 11 (dag 6 na interventie) was het laatste nieuwe ziektegeval. Op dag 12 werd de afdeling weer vrijgegeven.

cohortverpleging was niet mogelijk

Brononderzoek

Bij elke (onverwachte) toename van mogelijke ziekenhuisinfecties gaan de infectiepreventie-adviseurs naar de betreffende verpleegafdeling. Er wordt dan gezocht naar een mogelijke oorzaak/bron, uitleg gegeven en maatregelen afgesproken. Dagelijks bezoek en monitoring volgt tot het probleem duidelijk en beheersbaar is. Omdat de symptomen bij deze patiënten niet ongebruikelijk waren, heeft de afdeling pas alarm geslagen toen dezelfde klachten zich ook bij de medewerkers openbaarden. De uitbraak is gemeld bij de GGD en het RIVM. Het fecesonderzoek was negatief voor *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Clostridium*, *E.coli* O157, rotavirus en adenovirus. Van de 5 fecesmonsters die naar het RIVM waren gestuurd, bleken er 4 positief te zijn voor NLV.

De piek voor de zieke medewerkers lag op dag 4, 5 en 6. Voor 20 van de uiteindelijk 23 zieke medewerkers waren de symptomen op een van die dagen begonnen. Bij de patiënten liep de besmetting geleidelijker met maximaal 4 nieuwe ziektegevallen op dag 5, de dag waarop de extra maatregelen zijn genomen (zie figuur). Uiteindelijk hebben 16 patiënten vergelijkbare symptomen gehad. Bijna 50% van het totaal aantal blootgestelden (39 van de 88) en 60%



Aantal nieuwe patiënten/medewerkers met NLV-klachten.

(16/27) van de patiënten heeft symptomen gehad. Dit past bij de efficiënte wijze van overdracht van NLV. Een dag na het effectueren van de maatregelen, lag het totaal aantal zieke personen op 32. Daarna zijn er verspreid over de dagen nog 7 bijgekomen, wat impliceert dat de maatregelen bijgedragen hebben aan het couperen van de verspreiding.

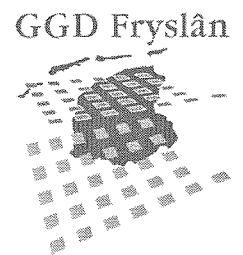
Contactpersonen:

E.R. van der Vorm, arts-microbioloog, afdeling Medische Microbiologie en Infectiepreventie, e-mail: e.vandervorm@vumc.nl;
H.H.M. Meester, infectiepreventie-adviseur;
A.M. Kaiser, coördinator onderzoek;
VU medisch centrum, Amsterdam



Prikaccidenten met de diabetesprikpen op school

Prikaccidenten op school, waarbij een diabetesprikpen is betrokken, komen voor. Onlangs berichtte Helma Ruijs hierover in dit tijdschrift.¹ Ook in Friesland werd de GGD tweemaal geconfronteerd met deze problematiek. Dit benadrukt nog eens het belang van heldere voorlichting en eenduidige instructies aan kinderen met diabetes en hun ouders.



Casus 1

In november 2001 houdt een leerling van groep 8 een spreekbeurt met als onderwerp het feit dat hij sinds kort diabetes heeft. Na afloop geeft hij een demonstratie met zijn lancetprikpen. Alle leerlingen vinden dat reuze interessant en proberen de pen even...zonder dat het lancet verwisseld wordt. De onderwijzer heeft dit niet in de gaten omdat de kinderen in groepsvorm om de tafel staan waar het gebeuren zich afspeelt. Twee weken later meldt een plaatselijke huisarts dat één van de ouders heeft nagevraagd of het kwaad kon dat een aantal kinderen zich geprikt hebben aan dezelfde diabetesprikpen. Zo komt de zaak aan het rollen. In overleg met het Laboratorium voor de Volksgezondheid in Friesland, een viroloog van het AMC en de LCI wordt besloten dat het nu te laat is om nog immunoglobulines toe te dienen. De kinderen die zich geprikt hebben worden onderzocht op HBV om te zien of zich onder hen een drager bevindt (1 kind uit de groep komt uit China). Onderzoek op HIV en HCV is niet aan de orde. Zonodig kan bij een HBV-positieve 'vangst' de hele groep nog preventief actief gevaccineerd worden. Gelukkig blijkt niemand HBV-positief, zodat vaccineren achterwege kan blijven. Verder gaat er een brief uit naar alle betrokkenen met een beschrijving van het incident en de consequenties van het gevoerde beleid. Tevens wordt er een voorlichting gegeven op school en neemt de sociaal-verpleegkundige contact op met de lokale diabetesverpleegkundige. Deze zal het voorval ook provinciaal aankaarten.

binnen 48 uur moet alles afgehandeld zijn

Casus 2

Eenzelfde voorval doet zich voor in september 2002. De directeur van een basisschool belt de GGD Fryslân met het verhaal dat de dag ervoor een groot aantal kinderen en de leerkracht van groep 4, zich tijdens een spreekbeurt van een leerling met diabetes, hebben geprikt aan een diabetesprikpen. Ook hier werd het lancetje tussendoor niet verwisseld. Moeder was meegenomen om te demonstreren hoe zij bloedsuiker prikt bij haar dochter, maar de rest van de groep wilde ook wel eens weten hoe dat voelt! In de klas zitten alleen kinderen van Nederlandse origine. De volgorde van prikken is niet meer te achterhalen. Na overleg met de LCI en het Laboratorium voor de Volksgezondheid in Friesland (LVF) wordt besloten om HBV te bepalen bij de leerlingen die zich geprikt hebben. Als één van hen HBV-positief is kan zo nodig immunoglobuline gegeven worden. Er is haast geboden omdat binnen 48 uur alles afgehandeld dient te zijn. Aan de ouders van de leerlingen wordt een brief gestuurd waarin de situatie wordt uitgelegd en toestemming gevraagd wordt om de leerlingen te laten testen op HBV. Dit zal diezelfde middag nog moeten gebeuren. Tevens wordt gevraagd of de ouders de volgende middag (woensdag) met de kinderen op school kunnen komen voor de uitslag en eventueel immunoglobuline. De volgende ochtend gaan de 13 leerlingen en de leerkracht, begeleid door de ouders en de sociaal-verpleegkundige van de GGD Fryslân, naar het priklab om bloed te laten afnemen. Ook het betreffende meisje laat zich testen. Ondertussen heeft de sociaal-verpleegkundige een gesprek met de diabetesverpleegkun-

dige van het meisje, die toevallig in het ziekenhuis aanwezig is. Er wordt afgesproken om deze situatie (nogmaals) onder de aandacht te brengen van de provinciale en landelijke koepel. Als alle kinderen en de leerkracht klaar zijn brengt de sociaal-verpleegkundige persoonlijk het bloed naar het LVF.

De uitslag is om 15.00 uur bekend: alle kinderen zijn negatief. De sociaal-verpleegkundige en de arts gaan naar de school om de uitslag mee te delen en eventuele vragen te beantwoorden. De opluchting is groot zowel bij de ouders, de school als de kinderen. Achteraf wordt duidelijk dat de leerkracht dacht dat het apparaat uit zichzelf steeds voor een nieuw lancetje zorgde. De moeder had het prikrisico, in haar toewijding om het allemaal zo goed mogelijk uit te leggen, vergeten, en dacht het wel mocht omdat de leerkracht er niets van zei.

Overwegingen

Een docent kan in de klas niet alert genoeg zijn als er scherpe voorwerpen op tafel komen. Toekijken of aannemen dat iets wel goed zal gaan is niet voldoende: actief betrokken zijn en zeker weten wat zich afspeelt, blijkt

noodzakelijk. Het blijft anno 2002 nauwelijks te verklaren hoe het mogelijk is dat ondanks alle voorlichting aan publiek en scholen over bloed-bloed contacten dit soort grootschalige prikaccidenten toch nog kunnen gebeuren. Vanuit de GGD Fryslân is er inmiddels een brief uitgegaan naar de provinciale en de landelijke vereniging van diabetesverpleegkundigen, met de vraag extra aandacht te schenken aan het voorlichten en instrueren van kinderen met diabetes en hun ouders, en na te denken over aanvullende mogelijkheden om dit soort incidenten te voorkomen. Ook is onze afdeling JGZ voornemens om in de nieuwsbrief aan de scholen nog eens de "gevaren" van spreekbeurten en voorlichtingen over diabetes in de klas te belichten.

Met dank aan het AMC, LVF en de LCI.

Contactpersonen:

M. Hottinga,; sociaal-verpleegkundige infectieziekten;
I. Drijfhout, P. Tan, P. van der Tas: artsen- infectieziekten;
GGD Fryslân Leeuwarden, e-mail: ggd@ggdfryslan.nl

Literatuur

1. Ruijs H. Een les gezondheidskunde. Prikaccident op school. IB 2002;13(9):358

ARTIKEL EN

Tuberculose bij asielzoekers

Screening bij binnenkomst, een belangrijke bijdrage aan de bestrijding

M.A. Brouwer ^{a*}, S.T. Keizer ^b

a*) arts-tuberculosebestrijding
GGD Hart voor Brabant, e-mail:
m.brouwer@ggdhvb.nl
b) arts-tuberculosebestrijding
GG&GD Amsterdam

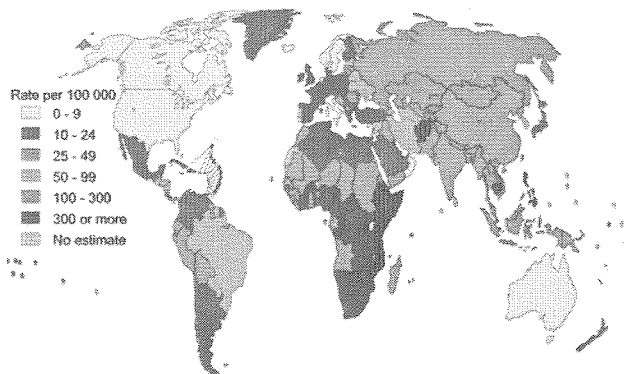
Sinds 1992 worden asielzoekers vlak na binnenkomst gescreend op tuberculose met een Mobiele Röntgen Unit (MRU). Dit artikel beschrijft de historische achtergrond, de werkwijze en de resultaten van de screening. Sinds 1994 zijn over deze screening landelijke gegevens bekend. In de jaren 1994 – 2001 kwamen er 255.300 asielzoekers Nederland binnen, waarvan iets meer dan 95% een eerste screening onderging. Daarbij werden 721 gevallen van tuberculose gediagnosticeerd, hetgeen een prevalentie geeft van 283/100.000. De laatste jaren is een afname van de instroom van asielzoekers geconstateerd maar een stijgende prevalentie van tuberculose. De stijging wordt toegeschreven aan een toegenomen instroom uit landen met hoge tuberculoseprevalentie. **IB 2003; 14(2):46-50**

Inleiding en historie

Screening op actieve tuberculose onder risicogroepen heeft in Nederland hoge prioriteit.¹ We spreken in Nederland van een risicogroep wanneer de tuberculose-incidentie in een deelpopulatie hoger is dan 50 per 100.000, dat is ongeveer 10 keer de incidentie onder de autochtone bevolking. Veel immigranten en asielzoekers voldoen aan dit criterium: afhankelijk van de tuberculoseprevalentie in het land van herkomst, is de kans dat deze personen een latente infectie hebben of aan actieve tuberculose lijden, meer of minder verhoogd (zie figuur 1).² De regelgeving voor screening van immigranten stamt uit de jaren zestig van de vorige eeuw toen gastarbeiders uit Zuid Europa, later ook Turkije en Marokko, voor het verkrijgen van een werk- en/of verblijfsvergunning werden onderzocht op tuberculose door middel van een thoraxfoto. Tuberculose was destijds overigens geen reden voor afwijzing of terugzending. Sinds 1993 is screening op tuberculose verplicht voor buitenlanders die langer dan 3 maanden in Nederland willen verblijven en niet afkomstig zijn uit landen van de Europese Gemeenschap, Australië, Canada, Israël, Japan, Monaco, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Suriname, de Verenigde Staten van Amerika, IJsland en Zwitserland.³

Werkwijze screening

De consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding hadden het bevolkingsonderzoek op tuberculose onder de Nederlandse bevolking gestaakt en kregen met de screening van immigranten een nieuwe taak. In de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding, waarin ook de Geneeskundige Inspectie is vertegenwoordigd, werd besloten immigranten na de eerste verplichte screening, opnieuw op te roepen voor periodieke, halfjaarlijkse screening. Aanvankelijk gebeurde dit gedurende 5 jaar na binnenkomst, later



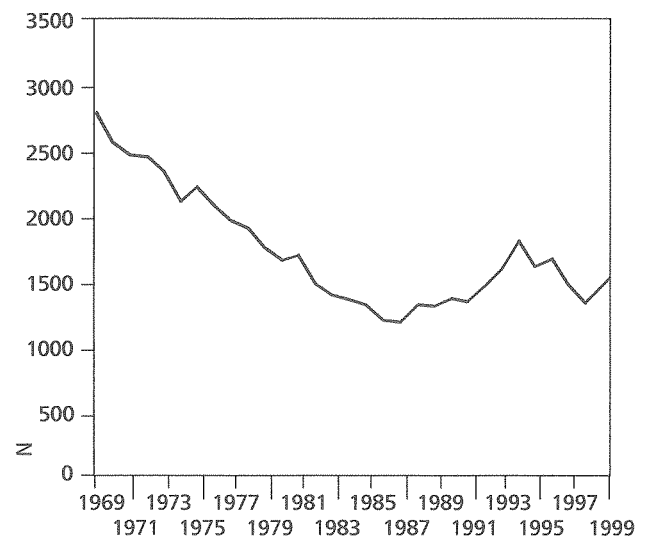
Figuur 1. Geschatte tuberculose-incidentie wereldwijd, 2000.²

na verloop van tijd werden ook gezinsleden gescreend

werd dit 1 tot 2 jaar, afhankelijk van het consultatiebureau. Deze periodieke screening is in het verleden slechts éénmaal lokaal geëvalueerd; het bleek weinig zinvol buitenlandse werknemers langer dan een jaar na binnenkomst te screenen, onder meer omdat zij zich over het algemeen niet later dan Nederlanders met hun klachten bij de huisarts meldden.⁴ Screening werd na verloop van tijd ook van toepassing op gezinsleden van de gastarbeiders die zich wilden herenigen. Daarmee werd de groep van jonge mannen geruisloos uitgebreid met vrouwen, kinderen en ouderen. Destijds vroeg men zich niet af of de tuberculoseprevalentie van de vrijwel steeds met BCG gevaccineerde kinderen dit röntgenonderzoek bij hen rechtvaardigde.

Vietnamese bootvluchtelingen, Tamils en Iraniërs waren de eerste groepen vluchtelingen die begin jaren tachtig van de vorige eeuw na uitnodiging centraal

opgevangen werden. Vanaf de tweede helft van de jaren tachtig volgden grotere aantallen niet genodigde vluchtelingen, de asielzoekers, waarvoor Nederland vanaf eind 1987 opvangcentra inrichtte. Hoewel de regelgeving daar nog niet op was toegeschreven, werd van meet af aan het screeningsbeleid toegepast dat voor immigranten gebruikelijk was. In de eerste jaren werden de asielzoekers nog per (bus-) taxi naar de plaatselijke GGD'en vervoerd en was de dekingsgraad van de screening op tuberculose tenminste 95%. De komst van asielzoekers leidde in Nederland tot toename in het aantal geregistreerde tuberculosegevallen: in 1987 werden 1192 gevallen aangegeven en in 1994 was dit gestegen tot 1811 gevallen (grafiek 1).⁵ Deze nieuwe epidemiologische feiten drongen ook in de Tweede Kamer door, zodat voor de aanschaf van Mobiele



Grafiek 1. Aantallen aangegeven tuberculosegevallen in Nederland, 1969 – 1999.⁵

Röntgen Units (MRU's) gemakkelijk een politiek draagvlak werd gevonden. Twee centrum-GGD'en, namelijk GGD Flevoland voor de noordelijke en GGD Hart voor Brabant (destijds Midden-Brabant) voor de zuidelijke helft van Nederland, ontfermden zich over de exploitatie en sloten een uitvoeringscontract met het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers. De uitvoering van eerste screening op tuberculose bij asielzoekers was daarmee gecentraliseerd, de bestrijding bleef als voorheen de taak van het bestaande netwerk van GGD'en. Sinds de MRU's in 2001 zijn voorzien van digitale röntgenapparatuur wordt tussen alle betrokkenen gezocht naar wegen ten behoeve van efficiënt databeheer en -communicatie voor de bestrijding van tuberculose bij asielzoekers.

De MRU's bezoeken wekelijks de opvangcentra om de screeningsfoto's te maken. Een vreemdeling wordt in een opvangcentrum geplaatst nadat hij via het aanmeldcentrum is toegelaten tot de asielprocedure. Tevens wordt bij kinderen gecontroleerd of zij een BCG-vaccinatie hebben gehad. Als dat niet het geval is, dan krijgen deze kinderen die later alsnog. Aan het eind van de dag of de volgende dag worden de foto's ingelezen in het centrale archief. De eerste werkdag nadat de foto's gemaakt zijn, worden deze beoordeeld door de arts-tuberculosebestrijding van de centrum-GGD. Wanneer deze arts een sterk vermoeden heeft van besmettelijke tuberculose, wordt de lokale GGD daarvan op de hoogte gesteld. Die kan de asielzoeker op een zo kort mogelijke termijn nader onderzoeken en zo nodig isoleren. Alle foto's worden op CD naar de lokale GGD verzonden en daar voor een tweede keer gelezen door de arts-tuberculosebestrijding. Naar aanleiding van het resultaat van beide lezingen kunnen asielzoekers worden geïsoleerd en opgeroepen worden voor aanvullende diagnostiek, waaronder anamnese

en lichamelijk onderzoek, aanvullende röntgenopnamen, sputum- en bloedonderzoek, en soms HIV counseling. Als de diagnose tuberculose wordt gesteld, zal de arts van de lokale GGD behandeling instellen. De asielzoeker wordt daarbij begeleid door de sociaal-verpleegkundige.

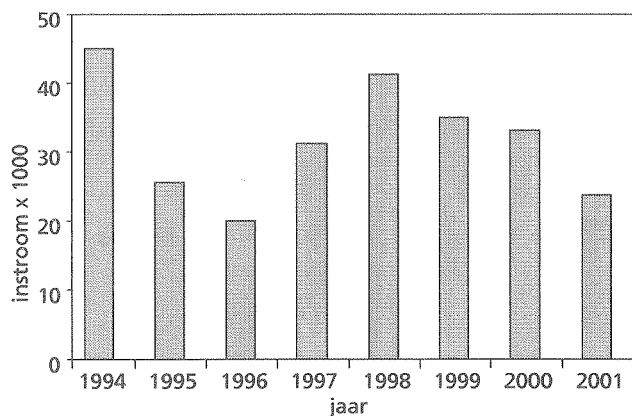
Resultaten van de screening

Het project screening van asielzoekers met behulp van de MRU is 1 juli 1992 gestart en vanaf 1994 zijn er landelijke gegevens bekend. De instroom van asielzoekers in de periode 1994 - 2001 bedraagt 255.300 mensen. Van deze ingestroomde asielzoekers zijn 243.200 eerste screeningsfoto's gemaakt. De opkomst is daarmee 95.3% en dat beantwoordt aan het doel minimaal 95% na binnenkomst te screenen. Van de foto's is 92% gemaakt met de MRU's van de GGD'en Flevoland, Groningen, Hart voor Brabant

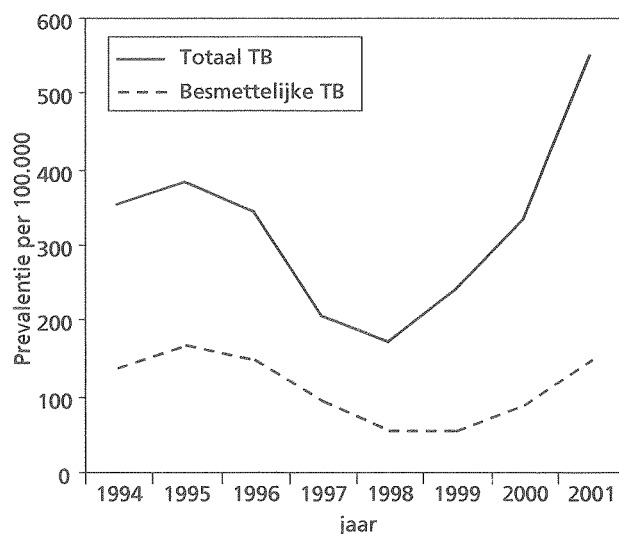
en Zeeland, de overige 8% door de afdeling tuberculosebestrijding van de lokale GGD. Sinds 1994 werden er 721 tuberculosegevallen gediagnosticeerd,

het zijn meestal de mannelijke asielzoekers die tuberculose hebben

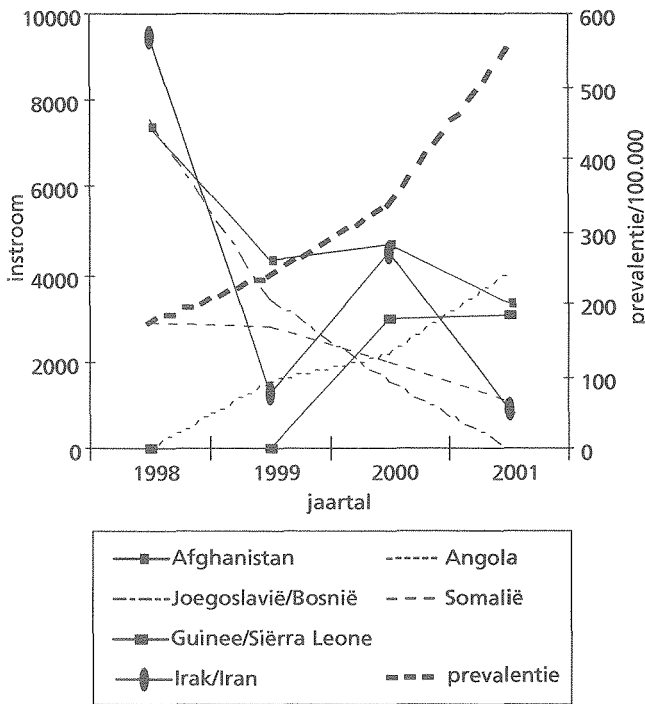
waarvan 252 (35%) gevallen van ZN (Ziehl Neelsen)-positieve longtuberculose. In de periode 1994 - 2001 bedraagt de prevalentie van tuberculose onder recent binnengekomen asielzoekers 283/100.000. Hiervan zijn het meestal mannen die tuberculose hebben: in 2001 79%. De leeftijdsgroep met de meeste tuberculosegevallen is 15 - 24 jaar. Ook mondiaal komt tuberculose meer bij mannen voor dan bij vrouwen en vaker in de groep 15 -24 jarigen.



Grafiek 2. Aantallen ingestroomde asielzoekers in Nederland, 1994 - 2001.



Grafiek 3. Prevalentie van tuberculose, zowel van alle gevallen als van de besmettelijke gevallen, in de jaren 1994 -2001 onder recent ingestroomde asielzoekers.



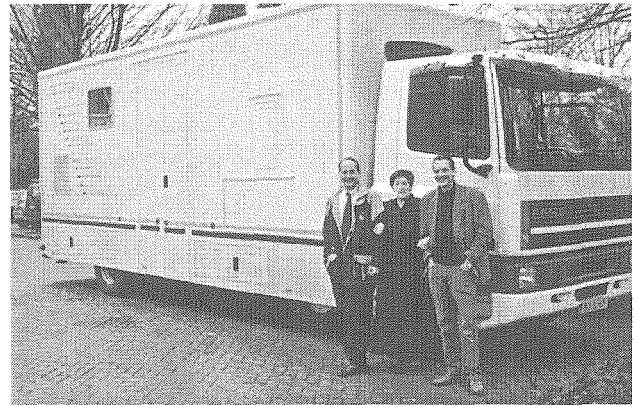
Grafiek 4. Instroom van asielzoekers uit een selectie van landen en prevalentie van alle gevallen van tuberculose in de periode 1998-2001. Voor de overzichtelijkheid zijn enkele landen samengevoegd.

Stijging van tuberculose onder asielzoekers

De instroom van asielzoekers neemt sinds 1998 af (grafiek 2), echter de prevalentie van tuberculose onder asielzoekers neemt toe (grafiek 3).⁶ De reden is dat er een verandering is in de landen van herkomst. Grafiek 4 laat zien dat de instroom uit Afghanistan, Bosnië, Irak, Iran, en Joegoslavië afneemt, landen met een geschatte tuberculose-incidentie lager dan 100/100.000 (figuur 1). Ook zijn er minder asielzoekers afkomstig uit Somalië, een land met hoge tuberculose-incidentie. Anderzijds is er een toename van asielzoekers uit Angola, Guinee en Siërra Leone, waar de tuberculose-incidentie boven de 100/100.000 geschat wordt. In zowel 2000 als in 2001 kwam 43% van de asielzoekers met tuberculose uit Angola, Guinee en Siërra Leone, terwijl de instroom uit deze landen in 2000 15% van het totaal bedroeg en in 2001 30%.

Discussie

De eerste screening op tuberculose onder asielzoekers vlak na aankomst in Nederland, resulteert in een prevalentie van 283/100.000 in de periode 1994-2001 en voldoet aan het criterium voor screening. Het is echter noodzakelijk kritisch te blijven ten aanzien van de gehanteerde methode. Het rapport van de Gezondheidsraad ten behoeve van vergunningverlening in het kader van de Wet Bevolkings-



Figuur 2. Een MRU met enkele medewerkers van de GGD Hart voor Brabant.

onderzoek, dwingt ons daar ook toe.⁷ Er zijn aanwijzingen dat screening door middel van een röntgenfoto van kinderen onder de 12 jaar, niet veel gevallen van tuberculose oplevert.⁸ Het zal onderzocht moeten worden of het huidige beleid op dit punt herzien dient te worden. Daarnaast blijkt het dubbellezen van de screeningsfoto's weinig extra gevallen van tuberculose aan het licht te brengen.⁹ Bij de keuze voor dubbellezen is uitgegaan van de ervaringen opgedaan bij massaal bevolkingsonderzoek in het verleden, dat plaats vond onder omstandigheden die nu niet meer gelden. Op dit moment wordt in het veld van de tuberculoseartsen gediscussieerd over de vraag of dubbele lezing heden ten dage nog zinvol is. Ten slotte is het de vraag of herhaalde screening gedurende de eerste jaren na binnenkomst wel effectief is. Momenteel wordt ook dit onderzocht. De eerste resultaten van een studie onder immigranten wijzen erop dat deze zeer arbeidsintensieve inspanning weinig nieuwe gevallen oplevert.¹⁰

Conclusie

Gezien de hoge prevalentie van tuberculose onder asielzoekers die net in Nederland zijn, is screening van deze groep zinvol. Door vroege opsporing van met name de ZN-positieve longtuberculose, die veel besmettelijker is dan ZN-negatieve longtuberculose of de verschillende vormen van extrapulmonale tuberculose, kan transmissie zoveel mogelijk worden voorkomen. Vroege opsporing van ZN-negatieve longtuberculose voorkomt mogelijk dat deze wel ZN-positief wordt. De stijging in prevalentie van de laatste jaren wordt vooral toegeschreven aan het land van herkomst. Er is een toename van instroom uit landen als Angola en Siërra Leone, waar een hoge infectieprevalentie en een instabiele samenleving bijdragen aan gevallen van actieve tuberculose.

Samenvattend kunnen we concluderen dat actieve screening op tuberculose bij asielzoekers vlak na aankomst in

Nederland, een belangrijke bijdrage levert aan de tuberculosebestrijding. Door periodieke evaluatie en zo nodig bijstelling van het screeningsbeleid, kan wellicht een nog

hogere opbrengst uit deze actieve opsporing worden gehaald. Dit geldt des te meer nu de instroom van asielzoekers fors terugloopt.

Literatuur

1. CPT/KNCV 1995. Beleid ten aanzien van risicogroepen voor tuberculose in Nederland.
2. WHO report 2002. Global Tuberculosis control, Surveillance, planning, financing. WHO/CDS/TB/2002.295.
3. Vreemdelingencirculaire, Ministerie van Justitie 1993.
4. Van Geuns. Syllabus Boerhaave cursus november 1981 en maart 1992.
5. Index tuberculosis 1999. KNCV.
6. GGD Hart voor Brabant/GGD Flevoland. Jaarverslag tuberculose screening asielzoekers in opvangcentra 2001.
7. Wet bevolkingsonderzoek: tuberculose. Gezondheidsraad: Commissie WBO. 1999/01 WBO.
8. Sytze Keizer: Routine-röntgenscreening bij kinderen: een nuttig project? CPT-discussie stuk 24-01-1997.
9. M. Beerens. Evaluatie screening op tuberculose van asielzoekers. Scriptie in kader opleiding tot sociaal geneeskundige tuberculosebestrijding 1999.
10. Suzanne Verver, Joke ACM Année-van Bavel, Paul JHJ van Gerven, Sytze T Keizer, Martien W. Borgdorff: Coverage and Yield of Bi-annual screening of immigrants for tuberculosis. Poster gepresenteerd tijdens de 33ste IUATLD-world conference on lung health, Montreal, 2002.



Illegalen en tuberculosebehandeling

Ervaringen uit de praktijk

Marcel Berkel

a*) arts-tuberculosebestrijding,
GGD Hart voor Brabant, e-mail:
m.berkel@ggdhvb.nl

Ondanks wettelijke mogelijkheden die de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 1997 (RVA-regeling) biedt voor behandeling van illegale tuberculosepatiënten in Nederland, laat de praktijk rond behandeling van deze patiënten nogal te wensen over. Dit artikel beschrijft 2 praktijkgevallen en licht de bestaande regelgeving kort toe. Vervolgens worden een aantal knelpunten uit de praktijk besproken. **IB 2003; 14(2):50-53**

Inleiding

Uitzetting uit Nederland van een illegaal verblijvende tijdens behandeling van tuberculose, houdt een verhoogd risico in op een onderbroken of zelfs afgebroken behandeling. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt niet geneest van zijn ziekte en mogelijk (weer) besmettelijk wordt of resistentie ontwikkelt. Bovendien is het waarschijnlijk dat de uitgewezen patiënt mogelijkheden zal zoeken om opnieuw een westers land binnen te komen en daar illegaal te verblijven; medische controle zal dan des te moeilijker zijn. Nieuwe besmettingen liggen op de loer. De Nederlandse wetgeving biedt mogelijkheden om behandeling van tuberculose bij illegalen te voltooien alvorens zij naar land van herkomst worden teruggestuurd. Maar gebrek aan kennis van de regelgeving in combinatie met een algemene tendens om complexe soci-

ale problematiek op een krachtdadige maar ongenueanceerde wijze te benaderen, leidt in de praktijk tot ernstige en onnodige problemen.

Een afgewezen asielzoeker die niet terug wil

Een 27-jarige man afkomstig uit Albanië verblijft na een afgewezen asielaanvraag illegaal in Nederland. Hij wordt door de politie aangehouden in Apeldoorn en overgeplaatst naar de Penitentiare Inrichting (PI) in Tilburg. Na reguliere screening in de PI en daaropvolgend onderzoek, wordt bij hem de diagnose open longtuberculose gesteld. De behandeling wordt gestart en hij wordt voor isolatie overgeplaatst naar het Penitentiair Ziekenhuis (PEN) te Scheveningen. De sociaal-verpleegkundige start in samenwerking met haar collega in Den Haag de RVA-procedure (Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere catego-

riën vreemdelingen 1997) voor deze patiënt, en vraagt daartoe de benodigde formulieren aan bij de lokale IND (Immigratie en Naturalisatie Dienst). De ervaring van de sociaal-verpleegkundige is dat - als niet op tijd de RVA-regeling is gestart - een patiënt na opheffing van de isolatie in PEN vervolgens ook direct uit detentie kan worden ontslagen; maar dan wel met het verzoek het land binnen 24 uur te verlaten. De betrokken ambtenaar bij de lokale IND blijkt niet op de hoogte van de RVA-regeling en kent ook niet de formulieren die daarop betrekking hebben. Hij wijst verdere verzoeken als niet ter zake doend van de hand. Na telefonisch beraad met het regionale IND-kantoor wordt het codenummer van de bedoelde formulieren doorgegeven aan deze ambtenaar met het dringende verzoek deze formulieren alsnog aan te leveren.

Als alle formulieren, inclusief een medische verklaring, zijn opgemaakt, worden deze verstuurd conform de procedure naar het hoofd van de Vreemdelingenpolitie. Bij telefonische controle op de juiste aankomst van de stukken geeft het hoofd Vreemdelingendienst aan dat van een RVA in dit geval geen sprake kan zijn want: 'er is reeds anders besloten' en 'meneer is hier illegaal en dan geldt de regeling niet'. Na ampel beraad met de advocaat van patiënt, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de KNCV en niet in de laatste plaats de Medische Dienst van de PI Tilburg wordt bewerkstelligd dat de juridische zaak van de patiënt heropend wordt, en dat de advocaat alsnog een verweerschrift kan indienen. Hierna volgt een periode van onduidelijkheid omtrent de voortgang van de juridische procedure, tot op zekere dag een telefoontje van de parketpolitie te Apeldoorn komt met de mededeling 'dat patiënt zich vanuit de PI Tilburg daar moest melden'. Wat men moet aanvangen met deze meneer? Er blijkt een vergunning tot tijdelijk verblijf te zijn afgegeven. Directe telefonische communicatie met onze collega's van GGD Stedendriehoek zorgt voor een adequate opvang en plaatsing in een instelling van het Centraal Orgaan voor Asielzoekers (COA).

Op weg naar Engeland

Een illegaal in Nederland verblijvende Georgiër wordt in Vlaardingen aangehouden, terwijl hij op zoek is naar mogelijkheden om de oversteek naar Groot-Brittannië te maken. Hij wordt in verzekerde bewaring gesteld en overgebracht naar PI te Tilburg. Bij de reguliere screening van gedetineerden wordt een afwijking op de longfoto gezien. Direct sputumpreparaat is driemaal negatief, maar de kweek blijkt positief voor *Mycobacterium Complex*. Behandeling wordt gestart, er blijkt sprake te zijn van een normaal gevoelige bacterie. De patiënt is zeer gemotiveerd

voor behandeling en stemt in met een verzoek tot tijdelijk verblijf gedurende de behandeling, volgens de RVA-regeling. De gebruikelijke aanvraagformulieren en andere stukken worden persoonlijk overhandigd door de sociaal-verpleegkundige aan een ambtenaar van de lokale IND, met kopieverlening aan de advocaat van de patiënt. De medische dienst van de PI te Tilburg wordt gevraagd om toe te zien dat patiënt niet uit detentie wordt ontslagen alvorens een beslissing door de IND over het verzoek is genomen.

Na ongeveer 10 dagen meldt de patiënt zich spontaan op ons bureau, nadat hij de avond tevoren direct aansluitend op de rechterlijke uitspraak uit detentie is ontslagen. De medische dienst was toen al naar huis. Hij vertelt dat hij geen medicatie vanuit de PI heeft meegekregen, een aantal persoonlijke spullen mist, waaronder een mobieltje, en niet weet wat te doen. Navraag bij IND leert dat de dienst niet op de hoogte is van een verzoek tot tijdelijk verblijf volgens RVA, en dat zo'n verzoek dus ook niet door de rechter bij de beslissing kan

daarna is hij aangewezen 'op de straat'

zijn overwogen. De vraag waar het dossier met deze aanvraag is gebleven blijft onbeantwoord; de IND verwijst naar diverse afdelingen van zowel eigen organisatie als die van Vreemdelingendiensten: de bekende rondgang van het kastje naar de muur en terug. Ondertussen vindt de patiënt tijdelijk onderdak elders in het land bij een mede-asielzoeker die zich zijn lot aantrekt, maar dat duurt slechts kort. Daarna is hij aangewezen 'op de straat'. We houden contact met hem via een collega van de GGD ter plaatse. Met medewerking van het bureau Medische Advies van de IND te Den Haag wordt een langdurige maar vruchtbare poging ondernomen om alsnog een positieve beslissing van de IND gedaan te krijgen om een plaatsing in een COA-instelling mogelijk te maken. Na 2 weken van zwerven en talloze telefoontjes kan hij uiteindelijk in een AZC worden ondergebracht.

De RVA-regeling

Vreemdelingen aan wie op grond van art. 64 van de Vreemdelingenwet uitstel van vertrek wordt verleend met het oog op hun gezondheidstoestand en die niet over voldoende middelen van bestaan beschikken, kunnen een beroep doen op de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 1997 (RVA1997). Hierdoor kunnen ze in aanmerking komen voor een financiële toelage en dekking van de medische verstrekkingen overeenkomstig de door het COA getroffen ziektekostenregeling. Dit betekent dat zij ook aanspraak kunnen maken op opvang en onderdak in een opvangcentrum. Het recht op deze voorzieningen ontstaat pas op

het moment dat door de IND in het individuele geval daartoe is beslist.¹

Om in aanmerking te komen voor de RVA-regeling moet de betrokken vreemdeling een aanvraag indienen bij de Vreemdelingendienst. Daarvoor bestaan formulieren (bij ons bekend onder code TBV2001/31-5) die door de Vreemdelingendienst worden aangeleverd. De sociaal-verpleegkundige van de GGD is veelal de aangewezen om de RVA-procedure te initiëren en hierbij te bemiddelen. De ingevulde formulieren worden, vergezeld van een medische verklaring door de GGD-arts, gefaxt en per post verzonden naar het hoofd van de lokale Vreemdelingendienst of naar de lokale IND.

Indien één van deze instanties positief beslist over de aanvraag, wordt het paspoort of het verblijfsdocument van de aanvrager voorzien van de aantekening "Verbod op uitzetting tot (*datum*)" en wordt het RVA-formulier door de IND verder ingevuld en met de beschikking teruggefaxt naar de GGD. Vervolgens wordt dit formulier samen met de medische verklaring door de GGD doorgezonden naar het Centraal Bureau van het COA te Rijswijk, afdeling Spreiding en Plaatsing/Instroom. Het COA verzorgt dan de administratieve inschrijving van de aanvrager in een AZC, alsmede de inschrijving in de WA-verzekering en ziektekostenregeling.

Knelpunten in de praktijk

Niet alle betrokkenen blijken goed op de hoogte te zijn van de RVA-regeling en de mogelijkheden die de wet biedt voor illegalen bij wie medische behandeling is aangewezen. Daarbij kan het verschil maken of een illegaal verblijvende via het behandelend circuit wordt aangemeld bij de IND, of dat zo iemand reeds bij IND bekend is en via screening wordt gediagnosticeerd. In het laatste geval kan een reeds eerder door IND genomen beslissing voorliggen, op grond waarvan gezegd wordt dat een RVA-regeling niet (meer) van toepassing kan zijn. De wet maakt echter geen onderscheid tussen vreemdelingen die reeds een procedure hebben doorlopen (en zijn afgewezen) en hen die nog in procedure zijn.

In de beschreven casussen is er contact geweest met de advocaten van de patiënten; dit vanwege het feit dat beide patiënten in detentie waren. De rol van advocaten spitst zich toe op de rechtszaak waarin een uitspraak wordt gedaan over de rechtmatigheid van de detentie. De beslissing of iemand een verbod op uitzetting kan worden toegekend berust bij de Vreemdelingendienst of IND en staat in principe los van de rechtszaak. De advocaat kan wel vra-

gen om geïnformeerd te worden over de afgegeven verklaringen en/of aanvragen.

De posities van IND en Vreemdelingendienst ten opzichte van elkaar zijn niet geheel duidelijk. Beide zijn bevoegd te beslissen over de aanvraag tot tijdelijk verblijf. Kort samengevat is de Vreemdelingendienst de eerst aangewezen instantie als er sprake is van een aanhouding door de politie, en kan de IND de rol van Vreemdelingendienst overnemen indien de betrokkene bij de IND bekend is in verband met een (afgewezen) asielaanvraag. Van de kant van de IND wordt soms beweerd dat goede opvang en behandeling van patiënten in landen van herkomst mogelijk is en er geen reden is voor uitstel van vertrek. Tot op heden is echter door IND niet gespecificeerd

welke criteria zij hanteert voor een goede opvang en behandeling, noch heeft zij zwart op wit aangegeven welke landen die adequate zorg kunnen bieden. Een dergelijke bewering blijft dus vaag en kan daarom bij de beslissing in individuele gevallen mijns inziens niet in overweging genomen worden.

Het zou niet de eerste keer zijn dat aan de behandelaar wordt medegedeeld dat patiënt reeds via schiphol is geregistreerd. Het is daarom noodzakelijk om tijdig de RVA-procedure te starten, omdat een eventuele opvang in een COA-instelling direct in moet kunnen gaan zodra dat aan de orde is. Dit is vooral van belang in het geval de patiënt gedetineerd is; hoe eerder een verbod op uitzetting is toegekend, hoe beter. Hierbij is ook van groot belang dat in de medische verklaring de periode van besmettelijkheid, van eventuele ziekenhuisopname en van behandeling, duidelijk staan omschreven. Dit in verband met enerzijds het feit dat de aanvrager zich niet in persoon kan melden bij de Vreemdelingenpolitie, anderzijds om de Vreemdelingendienst of de IND in staat te stellen om een termijn te bepalen voor het verbod op uitzetting.

Conclusie

Zowel bij medisch personeel als bij de advocatuur als bij de ambtenaren van IND en Vreemdelingendienst, is er sprake van beperkte of fragmentarische kennis van juridische procedures in uitzonderingsgevallen zoals de RVA-regeling. Dit kan aanleiding geven tot misverstanden en enig wantrouwen jegens elkaar, zeker als er tegelijkertijd op politiek niveau een ongenueanceerde aanpak wordt gepropageerd.

Wat van belang is, is dat de individuele patiënt een adequate behandeling krijgt, zoals geïllustreerd in de tweede casus. En voorts dat, in geval van tuberculose, die adequate

het is noodzakelijk om tijdig de RVA-procedure te starten

behandeling uit oogpunt van volksgezondheid wordt zeker gesteld, zoals de eerste casus laat zien. Veelal is daartoe een volledige behandeling onder controle van de GGD de beste keus. Want ook al zou de behandeling in het land van herkomst adequaat zijn, het is aannemelijk dat de betrokken patiënt na uitzetting toch weer zal proberen Nederland of een ander Europees land binnen te komen, en opnieuw verdwijnt in de illegaliteit met een onvoltooide behandeling, met alle gevolgen van dien.

In de beschreven casussen is gebleken dat met enig geduld bij alle betrokkenen wel begrip ontstaat over het belang van de zaak en dat een genuanceerde benadering van de 'zieke illegaal' wel degelijk mogelijk is. Kennis en expertise

wordt op landelijk niveau gebundeld door de Zorgmanager Asielzoekers van de KNCV. Daarnaast heeft de GGD Hart voor Brabant het initiatief genomen om op lokaal niveau een klein netwerk van betrokken instanties in het leven te roepen, met als doel om argumenten en beleids-overwegingen met elkaar uit te wisselen en te komen tot een aantal werkafspraken. De onderlinge communicatie en de afhandeling van een individueel geval zullen daardoor makkelijker en sneller verlopen.

Dankbetuiging:

B. Verhaegen en M. Brouwer voor kritisch commentaar

Literatuur

1. Kramer-Hoekstra S. Presentatie: nieuwe richtlijnen voor illegale TBC patiënten. De RVA procedure concept 3. Den Haag: KNCV, 2000



Reactie Inspectie voor de Gezondheidszorg:

Behandeling van illegale tuberculosepatiënten



Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is ingewikkeld, dat voor illegalen nog ingewikkelder: de vreemdelingen-wetgeving is een oerwoud van uitvoeringsregelingen, circulaire en andere geschriften.

Waar gezondheidszorg en vreemdelingen elkaar ontmoeten ontstaan dan ook situaties die om grote doortastendheid vragen. In de door de heer Berkel beschreven casussen is, dankzij zo'n grote doortastendheid, een oplossing voor de patiënten gevonden. In hoeveel gevallen het hoofd in de schoot wordt gelegd, nadat talrijke kastjes en muren zijn bezocht, is mij niet bekend. Ik ben evenwel bang dat dit er meer zijn dan uit volksgezondheidsoogpunt wenselijk is.

Het Brabantse initiatief om een klein netwerk in het leven te roepen waarin de verbrokkeld aanwezige expertise samengebracht wordt, vind ik een prima zaak. Meer GGD'en zouden dit initiatief moeten volgen. Daarbij kan ook gebruik gemaakt worden van de regionale platforms die rond het Koppelingsfonds zijn ontstaan. In de adviezen die midden jaren negentig over de gezondheidszorg en de Koppelingswet zijn uitgebracht is al gewezen op het nut van het instellen van een landelijke helpdesk.

Veel hulpverleners steken nu veel tijd in het zoeken van een oplossing voor die ene patiënt.

Een advies van zo'n helpdesk kan dan letterlijk goud waard zijn, en kan in elk geval veel frustratie voorkomen.

ABSTRACT



Tuberculosis screening of asylum seekers at entrance: an important contribution to TB control.

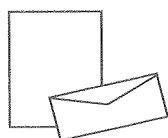
Since 1992 there is a screening program for tuberculosis in people applying for asylum in the Netherlands. This

screening is performed with mobile X-ray units soon after arrival. In this article we describe history, methods and results of this tuberculosis screening. Countrywide results of the first screening after entrance are known since 1994. In the years 1994 – 2001 253.300 people applied for asylum in the Netherlands and more than 95% of those were

screened for tuberculosis. 721 tuberculosis cases were diagnosed from which we calculated a prevalence of 283/100.000. In recent years a decrease in the number of asylum seekers was observed, however there is an increase of tuberculosis cases, probably resulting from a shift in countries of origin from medium prevalence to high prevalence countries. **IB 2003; 14(2):46-50**

Treatment of illegal residents with tuberculosis Experiences in the field

The dutch so called RVA-procedure provides a legal frame for treatment of patients with tuberculosis who reside illegally in The Netherlands. The application of this procedure however shows severe shortcomings. A description of two cases of illegal TB-patients is followed by a brief explanation of the existing legal regulation and a listing of some difficulties with its application. **IB 2003; 14(2):50-53**



INGEZONDEN BRIEF

Malariameldingen in het Infectieziekten Bulletin

Sinds de wijziging van de Infectieziektenwet worden malaria-infecties vermeld onder groep C. Met die wijziging wordt het aantal geïmporteerde en geregistreerde gevallen niet langer naar soort gespecificeerd i.e. *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*/*P. vale* en *P. malariae*, maar slechts onder het hoofd: malaria. Bovendien wordt ook het land waar de infectie (mogelijk) werd verkregen niet meer vermeld.

Het gaat met de malariabestrijding in veel landen in de (sub)tropen - op een enkele uitzondering na - niet goed. We zien dan ook een toename van het aantal importmalariameldingen. Dit kan natuurlijk het gevolg zijn van een onvoldoende/niet opvolgen van een chemoprophylaxe-advies. Van meer belang is echter dat wereldwijd de resistentie vooral van de gevreesde malaria tropica veroorzaakt door *Plasmodium falciparum* tegen één of meer antimariamiddelen nog steeds toeneemt. Daarnaast begint ook resistentie van *P. vivax* te verspreiden. Een goed voorbeeld is Indonesië, een land dat veel toeristen uit Nederland trekt. Betrouwbare gegevens en/of publicaties gebaseerd op recente data uit die landen zijn schaars. Het zijn juist die gegevens, die nodig zijn voor een goede basis waarop de landelijke adviezen voor chemoprophylaxe regelmatig moeten worden bijgesteld. Het uitgewerkte overzicht van de meldingen over de periode 1994-2001, zoals die in het voorlaatste nummer van uw Bulletin op pagina 398-405 in een artikel zijn verwerkt door Van der Eerde, Bosman en Visser, vormt een goede basis voor een advies.

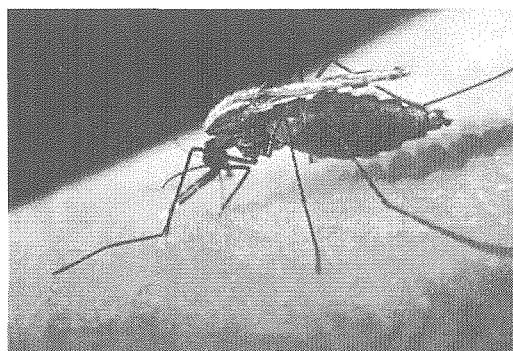
Om 'tijdig' een advies bij te sturen moet een arts of beter de landelijke adviesgroep eerder kunnen reageren op de

rapportage van importmalaria. Daar lokale/landelijke betrouwbare gegevens veelal ontbreken, zijn wij in Nederland vooral aangewezen op onze eigen ervaring met infecties die reizigers, immigranten of vluchtelingen in ons land importeren. Hiervoor zijn de volgende gegevens van belang:

- niet alleen het aantal malaria-infecties, maar vooral de toename van import *P.falciparum* gevallen en
- uit welk gebied/land komen die *P.falciparum*-infecties
- hoe reageren malaria-infecties op therapie?

De gegevens voor a en b worden in Nederland verzorgd via uw Bulletin. Zo richtte het voornoemde artikel onze aandacht op West Afrika. Deze gegevens kunnen tot gevolg hebben dat:

- een profylaxe-advies dient te worden aangepast en de reiziger van die ontwikkeling op de hoogte wordt gebracht
- de behandeling van *P.falciparum* kan worden aangepast



Malariamug

Om tijdig de adviezen voor chemoprofylaxi voor en therapie van deze potentiële dodelijke *Pfalciparum*-infecties bij te stellen, is het voor onze collega's nodig - zoals overigens ook in het verleden werd vermeld - om wekelijks de soorten te vermelden. De opgave van 'malaria' meldingen is onvoldoende en levert geen bruikbaar gegeven voor de praktijk. De wekelijkse rapportage dient daarom te worden uitgebreid met

- a. opsplitsen van de gevallen in de vier bekende soorten, met een toegevoegde kolom voor menginfecties (zelden onder toeristen) en een kolom onbekend. Met de recente vorderingen van de diagnostische technieken zal deze laatste groep wel zeer klein worden, mogelijk zelfs de 0 benaderen. De betrokken arts/hoofd van een laboratorium dient van deze noodzaak op de hoogte te worden gesteld en hun medewerking verzocht. N.B. Zo'n opsplitsing wordt ook gepresenteerd voor bijvoorbeeld *Salmonella*, *Shigella*. Hiervoor zijn mogelijk wel anderen redenen aan te voeren.

- b. De opgave van het 'land' waar de reiziger/vluchteling de infectie (mogelijk) heeft opgelopen.

Aan het einde van een kalenderjaar kan een jaaroverzicht worden samengesteld, zoals overigens ook in het verleden nodig was om de Wereld Gezondheids Organisatie op de hoogte te houden. Verder valt te overwegen om bijvoorbeeld eens per jaar vanuit de voornaamste centra voor de behandeling van malaria-infecties in Nederland: Amsterdam (AMC), Leiden (LUMC), Rotterdam (Havenziekenhuis) en ? een gezamenlijk overzicht te geven van de respons op therapie van *Pfalciparum*-infecties, indien dat nodig is.

H.J. van der Kaay

Em. Hoogleraar Wereldgezondheidszorg/LUMC



Reactie op ingezonden brief:

Malaria uit West Afrika neemt toe – basis voor advies

Als C-ziekte wordt malaria sinds de nieuwe Infectieziektenwet bij de aangifte aan de IGZ niet naar soort gespecificeerd. Zowel deze specificatie als het land van besmetting, worden op vrijwillige basis aan het RIVM gemeld. Er zijn dus gelukkig wel meer gegevens.

Alhoewel de informatie in het artikel¹ de basis vormt voor advisering, wijst Van der Kaay er in zijn ingezonden brief op dat er behoefte is aan meer frequente detailinformatie. Dit betreft gegevens over toe- of afname van de verschillende malariasoorten (met name *P. falciparum*) in relatie tot welke landen/gebieden van oorsprong. Bovendien wijst Van der Kaay op de behoefte aan een snellere signalering van ontoereikende profylaxe, mede uit oogpunt van resistentie. Op grond van al deze gegevens kan het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) landelijke adviezen aan reizigers voor profylaxe regelmatig bijsturen.

In december 2002 zijn de standaard-GGD-rapportages op de internetsite van RIVM-ISIS, die de laatste informatie geven over aantallen infectieziekten, uitgebreid met nieuwe standaardrapportages (o.a. incidentie). In de nabije toekomst zullen deze standaardrapportages verder worden uitgebreid met specifieke rapportages per ziekte. De

inhoud van de brief vormt een uitdaging om de rapportage over malaria in bovengenoemde zin uit te breiden. Wij zouden dit graag in nauw overleg met de werkgroep LCR willen uitwerken.

Informatie over hoe malaria op therapie reageert kan alleen worden verkregen door middel van de aangiftcijfers bij patiënten waarbij de therapie mis ging. Dit is de reden waarom Van der Kaay het belang aangeeft om een gezamenlijk jaaroverzicht samen te stellen van de respons op therapie, in relatie tot wel/geen/onvoldoende profylaxe vanuit voornaamste centra zoals Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen en Leiden. Dit is naar onze mening een relevante uitbreiding van de malariasurveillance en verdient nadere uitwerking.

De meldingen van malaria (naar datum diagnose) van 1994 tot en met 2001 laten een wisselend beeld zien in de aantallen (gecorrigeerd voor onderrapportage) en in de incidentieschatting per malariasoort (tabel 1). Vast staat dat we helaas moeten constateren dat sinds 1 april 1999 het aantal malaria-aangiften - ondanks de verminderde onderrapportage - met onbekende species schrikbarend is toegenomen. Dit komt de surveillance van malaria beslist niet ten goede.

Tabel 1: Aantallen malariapatiënten naar malariasoort 1994 - 2001

Plasmodium	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Tot. %	Totaal
P. falciparum	155 (422) 2,75	175 (476) 3,09	172 (468) 3,02	142 (386) 2,48	158 (430) 2,75	214 (390) 2,47	295 (449) 2,83	307 (467) 2,92	56,9%	1618 (3488) 2,79
P. Malariae	4 (11) 0,07	8 (22) 0,14	4 (11) 0,07	4 (11) 0,07	5 (14) 0,09	6 (11) 0,07	7 (11) 0,07	14 (21) 0,13	1,8%	52 (111) 0,09
P. Ovale	15 (41) 0,27	35 (95) 0,62	27 (73) 0,47	18 (49) 0,31	29 (79) 0,50	17 (31) 0,20	29 (44) 0,28	31 (47) 0,30	7,1%	201 (460) 0,37
P. Vivax	47 (128) 0,83	76 (207) 1,34	83 (226) 1,46	51 (139) 0,89	67 (182) 1,16	48 (87) 0,55	52 (79) 0,50	76 (116) 0,72	17,6%	500 (1164) 0,93
Menginfectie (totaal)	1 (3) 0,02	4 (11) 0,07	3 (8) 0,05	1 (3) 0,02	1 (3) 0,02	4 (7) 0,05	2 (3) 0,02	1 (2) 0,01	0,6%	17 (39) 0,03
Onbekend	6 (16) 0,11	14 (38) 0,25	4 (11) 0,07	4 (11) 0,07	4 (11) 0,07	163 (297) 1,88	157 (239) 1,51	106 (161) 1,01	16,1%	458 (784) 0,62
Totaal	228 (620)	312 (849)	293 (797)	220 (599)	264 (718)	452 (823)	542 (825)	535 (814)	100,0%	2846 (6045)
Incidentie	4,04	5,50	5,15	3,85	4,59	5,22	5,20	5,09		4,83

() = Gecorrigeerd voor onderrapportage

Cursief = Incidentie per 100.000 inwoners in Nederland, gecorrigeerd voor onderrapportage

Contactpersonen:

L.J.M. van der Eerden, onderzoeker, Centrum voor

infectieziekten Epidemiologie (CIE), Bilthoven,

e-mail: l.van.der.eerden@rivm.nl

A. Bosman, projectleider ISIS, Centrum voor Infectie-

ziekten Epidemiologie (CIE), Bilthoven,

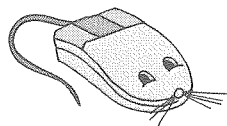
e-mail: arnold.bosman@rivm.nl

L.G. Visser, internist Leids Universitair Medisch Centrum,

Leiden, e-mail : l.g.visser@lumc.nl

Literatuur

1. Eerden LJM van der, Bosman A, Visser LG. Malaria uit West Afrika neemt toe – Overzicht meldingen 1994 – 2001. Infectieziekten Bulletin 2002; 13: 398-405.



KLIKSPAAN

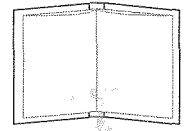
<http://www.ggd.rotterdam.nl>

Op de site van de GGD Rotterdam kunnen bezoekers doorklikken naar ‘Gezondheid in kaart’. Deze dienst heeft als doel de belangrijkste problemen op het gebied van de openbare gezondheidszorg te signaleren. Maar signaleren is niet het enige. ‘Gezondheid in kaart’ is de basis voor een lokaal gezondheidsbeleidsplan dat in samenspraak met bestuurders en beleidsmakers de komende maanden wordt gemaakt. ‘Gezondheid in kaart’ bestaat uit een gedrukte samenvatting met 8 basisverslagen over onderwerpen als ‘infectieziekten’, ‘allochtonen’ en ‘verslaving’.

De samenvatting kunt u bestellen via de knop reactie of bel 010 – 4339781.

De 8 basisverslagen zijn van de site te downloaden in PDF-formaat.





LEZENSWAARDIG

Recent verschenen artikelen die voor de praktijk van de infectieziektebestrijding relevant of interessant zijn. De selectie is afkomstig uit medische wetenschappelijke tijdschriften.

Aguilera JF, Perrocheau A, Meffre C, Hahne S. Outbreak of serogroup w135 meningococcal disease after the hajj pilgrimage, Europe, 2000. Emerg Infect Dis 2002; 8(8):761-7.

In dit artikel wordt de outbreak van W135 beschreven bij pelgrims na de hajj in 2000. Eerst werden de pelgrims ziek, daarna werd W135 gezien bij huisgenoten en weer later bij meer indirectere contacten. In Frankrijk is veel ruimer rifampicine als profylaxe gegeven dan in de het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Toch wordt er geen verschil gezien in verspreiding. Op zich is het een geruststellende gedachte dat een ruimer chemoprofylaxebeleid geen verspreiding had kunnen voorkomen, maar de studie rammelt nogal in methodologisch opzicht. Zo is bijvoorbeeld het Franse beleid laat ingevoerd en is van de uitvoering in de praktijk weinig terechtgekomen. Dit onderzoek en enkele andere onderzoeken geven geen aanleiding om het Nederlandse beleid te herzien.

Long SM, Adak GK, O'Brien SJ, Gillespie IA. General outbreaks of infectious intestinal disease linked with salad vegetables and fruit, England and Wales, 1992-2000. Commun Dis Public Health 2002; 5(2):101-5.

Van alle explosies van gastro-enteritis wordt 6 % veroorzaakt door fruit en rauwe groente. De belangrijkste verwekkers zijn NLV (norovirussen) en *Salmonellae*. Aan fruit of rauwe

groente als oorzaak van gastro-enteritis wordt vaak niet gedacht. Besmetting van het fruit vindt plaats door kruisbesmetting of via besmette voedselbereiders.

Katz DJ, Cruz MA, Trepka MJ, Suarez JA, Fiorella PD, Hammond RM. An outbreak of typhoid Fever in Florida associated with an imported frozen fruit. J Infect Dis 2002; 186(2):234-9.

Dit is een voorbeeld van een outbreak door besmet geïmporteerd fruit (16 gevallen van tyfus door besmette Mammy-fruit). Door globalisering van de voedselproductie komt dit steeds vaker voor: *Cycluspora* door besmette frambozen en cholera door besmette cocosnoten, zijn bekende voorbeelden. Het testen van de producten is (nog) niet mogelijk. De enige manier om dit te voorkomen is door eisen te stellen aan de voedselproductie: HACCP, doorstralen of zoiets simpels als de aanleg van riolering ter plaatse. Voor het delicate terrein van de handelsbelangen is de EU een generale regeling aan het voorbereiden over hoe je met informatie over besmet geïmporteerd voedsel moet omgaan. Conclusie: om explosies op het spoor te komen zoals in dit artikel beschreven, is het van belang dat bij alle tyfusgevallen zonder buitenland-anamnese, de oorzaak wordt gezocht.

Werber D, Fruth A, Liesegang A et al. A multistate outbreak of Shiga toxin-producing Escherichia coli O26:H11 infections in Germany, detected by molecular subtyping surveillance. J Infect Dis 2002; 186(3):419-22.

Van de HUS-gevallen in Duitsland is 40% veroorzaakt door STEC anders

dan O157. Hetzelfde is het geval in Italië en Denemarken, het is dus geen toevalligheid. In Nederland worden in doorsnee laboratoria alleen sorbitol-negatieve infecties met O157 gevonden: er is dus veel onderdiagnostiek. Het meest ideaal zou O-type onafhankelijke diagnostiek zijn, bijvoorbeeld op shiga-toxine, maar deze worden weinig toegepast. Over het voorkomen van niet-O157 STEC in Nederland is weinig bekend. HUS-surveillance en primaire diagnostiek van STEC kan verbeterd worden in Nederland.

Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. Int J STD AIDS 2002; 13(7):486-94.

In 4 landen is gekeken naar prevalentie van syfilis aan het begin en het einde van de zwangerschap. De conclusie van de auteurs is dat je zelfs bij een lage prevalentie 2 keer in de zwangerschap zou moeten testen. De kosteneffectiviteit is niet berekend. In Nederland ligt de prevalentie lager dan in de genoemde landen. Dit jaar zijn er in Nederland 3 gevallen van congenitale syfilis vastgesteld, waarvan maar 1 geval na screening (in de andere 2 gevallen was er helemaal niet gescreend). Er zijn geen aanwijzingen voor een toename van het zeer lage aantal gevallen van congenitale syfilis in Nederland. Conclusie: dit artikel geeft geen reden om de in Nederland gangbare zwangerschapsscreening te herzien.

HV



' BOOSTER '

Soa-bestrijding in de beste van alle werelden

'Dat is een vreemde stamboom!' riep Candide, nadat zijn vroegere huisleraar, de filosoof en universele geleerde, Pangloss had verteld via welke contacten hij syfilis had opgelopen. Deed men in de achttiende eeuw dan al aan bron- en contactopsporing? Als we Voltaire's roman 'Candide ou l'optimisme' (1759) mogen geloven, gebeurde dat inderdaad en grondig ook, getuige de volgende dialoog uit het vierde hoofdstuk, in de vertaling van Hans van Pinxteren:

'Hoe heeft zo'n mooie oorzaak nu zo'n ellendig gevolg voor u kunnen hebben?' 'Ach, beste Candide,' antwoordde Pangloss, 'Je hebt Madeliefje toch wel gekend, dat leuke dienstmeisje van onze edele barones? In haar armen heb ik de paradijselijke genietingen gekend die de helse kwellingen hebben veroorzaakt waardoor ik nu word verteerd. Madeliefje was ermee besmet; zij is er misschien wel aan gestorven. Zij had dit cadeau gekregen van een zeer geleerde franciscaan, die was teruggegaan tot de oorsprong van het kwaad, want hij had het van een oude gravin, die het van een kapitein van de cavalerie had, die het te danken had aan een markiezin, die het van haar page had, die het van een jezuiet had, die het tijdens zijn noviciaat rechtstreeks had gekregen van een van Columbus' metgezellen. En ik zal het aan niemand geven, want ik ga dood.'

Maar zó snel gaat dat niet. Overlijden van Pangloss al in het vierde hoofdstuk zou voor het verhaal bovendien desastreus zijn, eerst moeten onze 2 helden nog meer ellende doorstaan. En al die rampen, waarvan deze avonturenroman zowat uit zijn voegen barst, dienen slechts één doel: het beproeven van de stelling van Pangloss, tevens zijn lijfspreuk, dat deze wereld de beste is van alle denkbare werelden: 'tout est au mieux dans le meilleur des mondes possibles'. Was het Pangloss ter ore gekomen dat men zich in Nederland voor syfilis en andere geslachtsziekten anoniem en kosteloos kan laten behandelen, het zou hem zeer hebben verheugd. Hij zou er het zoveelste bewijs in hebben gezien van de juistheid van zijn stelling. Des te treuriger dat de beide regelingen die deze voorziening mogelijk maken intussen in hun voegen kraken. De VoMil-regeling uit 1976 is niet meer bij de tijd en behoeft nodig revisie. Daarnaast zijn er 6, speciaal aangewezen, drempelvrije poliklinieken die uit een apart budget worden gefinancierd. Ook zij komen steeds meer in de problemen nu het aantal geslachtsziekten sterk is gestegen, terwijl het budget, gebaseerd op een in 1994 vastgesteld bedrag, hetzelfde is gebleven. Eind september 2002 heeft

het College voor zorgverzekeringen een rapport naar de minister van VWS gestuurd met voorstellen om beide regelingen aan te passen. Het is te hopen dat een beslissing niet lang op zich laat wachten. Uit het land klinken al geluiden om met de gratis voorzieningen maar te stoppen (Berichten Binnenland. NTVG 2002;146:2507). Dat is

niet onbegrijpelijk, geen enkele instelling kan zich immers veroorloven langere tijd als sponsor voor de openbare gezond-

intussen kraken de beide regelingen in hun voegen

heidszorg op te treden. Afschaffing zou echter een groot verlies betekenen want laagdrempelige voorzieningen bevorderen vroeger behandeling wat op haar beurt winst oplevert, zowel uit het oogpunt van de gezondheidszorg als financieel.

Voltaire wist maar al te goed dat bestrijding van geslachtsziekten geld kost en dat je de doelgroep, waar Pangloss moeiteloos model voor staat, in sommige gevallen de - uiteraard drempelvrije - spreekkamer zo ongeveer in moet duwen. Na een exposé van Pangloss over syfilis in het algemeen en syfilis in huurlingenlegers in het bijzonder, gaat de dialoog zo verder:

'Dat is ongelofelijk,' zei Candide, 'maar u moet naar een dokter.' 'Waarvan dan wel?' vroeg Pangloss. 'Ik heb geen cent, beste jongen. En in de hele wereld is er geen dokter die je aderlaat of een lavement toedient, als je daar niet voor betaalt of iemand hebt die voor jou betaalt.'

Deze laatste woorden brachten Candide tot daden. Hij ging naar Jacques toe, wierp zich voor de goede anabaptist op de grond en gaf zo'n aangrijpend beeld van de toestand waarin zijn vriend zich bevond dat de brave man zonder een moment te aarzelen meester Pangloss bij hem in huis opnam en op zijn kosten liet behandelen. Pangloss verloor bij de kuur maar één oog en één oor. Hij had een mooi handschrift en kon uitstekend rekenen. Jacques de anabaptist nam hem in dienst als boekhouder. Na twee maanden moest hij voor zaken naar Lissabon en nam zijn beide wijsgeren mee op zijn schip. Pangloss legde hem uit dat het in de wereld allemaal gewoon niet beter kan. Jacques was het daar niet mee eens.

En wie is dat eigenlijk wel? Toch zeker niet de minister van VWS?

A.S. Lampe

Arts-microbioloog in ziekenhuis Leyenburg te Den Haag,
e-mail: a.lampe@leyenburg-ziekenhuis.nl.

AANKONDIGINGEN / MEDEDELINGEN

Ziekte van Lyme in Nederland

Symposium over omvang, volksgezondheidsbelang, overdracht en ecologie



Sinds de ontdekking in 1980 is de ziekte van Lyme snel de meest belangrijke vectorziekte van gematigde klimaatgebieden op het Noordelijk halfrond geworden. De ziekte wordt veroorzaakt door een nauw verwante groep bacteriën, *Borrelia burgdorferi* sensu lato, en overgebracht door teken van de familie Ixodidae. In West Europa is *Ixodes ricinus* vrijwel de enige tot nu toe bekende vector. Uit een inventarisatie onder alle Nederlandse huisartsen bleek dat de ziekte van Lyme in Nederland in 1994 bij 6.500 patiënten werd geconstateerd, met een aantal duidelijke concentratiegebieden. Bij herhaling in 2001 bleek het aantal gevallen sterk te zijn toegenomen. Ook recente rapporten van gezondheidscentra geven aan dat de ziekte in Nederland zeer prevalent is, maar exacte gegevens over incidentie en besmettingspercentages van het dierlijke reservoir ontbreken. Het symposium brengt wetenschappers en gezondheidswerkers bij elkaar om de kennis over het vóórkomen van Lyme in Nederland te presenteren en om lijnen voor toekomstig onderzoek uit te zetten, met als einddoel de etiologie van de ziekte van Lyme en mogelijkheden voor bestrijding te onderzoeken.

Programma

Voorzitter: W. Takken, Wageningen Universiteit en Research Centrum

13.00-13.30 Ontvangst Koffie / thee

13.30-14.00 De etiologie van tekenziekten in Europa. L. Schouls, RIVM, Bilthoven.

14.00-14.30 Effecten van habitat structuur en geografische lokatie op de populatiedynamiek van de teek *Ixodes ricinus*.

R. Smit, Wageningen Universiteit en Research Centrum

14.30-15.00 Effecten van habitat structuur en geografische locatie op muizenpopulaties.

F. Dijk, Wageningen Universiteit en Research Centrum

15.00 - 15.30 Koffie / thee

15.30 - 16.00 Ruimtelijke en temporele variatie in teken populaties in relatie tot het risico voor de ziekte van Lyme.

G. Jagers op Akkerhuis, Alterra en Instituut voor Dieronderzoek, Lelystad, Wageningen Universiteit en Research Centrum

16.00 - 16.30 Verdubbeling van het aantal gevallen van de ziekte van Lyme tussen 1994 en 2001- resultaten van een onderzoek onder alle Nederlandse huisartsen.

S. den Boon en W. van Pelt, RIVM

16.30 - 17.00 Betekenis voor de Volksgezondheid van de ziekte van Lyme.

J. Schellekens, RIVM

17.00 - 17.30 Discussie

17.30 Borrel

Naast 50 genodigden is er plaats voor 85 extra belangstellenden. Zowel genodigden als belangstellenden dienen zich zo spoedig mogelijk aan te melden bij het Secretariaat van het Laboratorium Toetsing Rijksvaccinatieprogramma (LTR):

mw. C. Rutters Tel: 030-2742391, Fax: 030-2744449, e-mail: Nelly.Rutters@rivm.nl of

mw. C.E. Wouters-van Tellinggen Tel: 030-2742916, e-mail Carola.Wouters@rivm.nl

Datum: 13 maart 2003, 13:30 - 17:30 uur

Plaats: RIVM, Bilthoven, zaal T007,

Kosten: Geen

Informatie: W. van Pelt, RIVM, telefoon: 030 - 2743560/3505, e-mail: W.van.Pelt@rivm.nl



Training fellowships for intervention epidemiology in europe

The European Programme for Intervention Epidemiology Training started in 1995. The programme is funded by the European Commission and by various EU member states as well as WHO and Norway. Subject to agreement for another round of funding, the ninth cohort of fellows is planned, starting in September 2003. The programme invites applications for eight fellowships for this 24-month training programme in communicable disease field epidemiology.

Fellowships

Applicants for the 2003 cohort must be nationals of an EU member country or Norway and should have experience in public health, a keen interest in fieldwork and be pursuing a career involving public health infectious disease epidemiology. They should have a good knowledge of English and of at least one other EU language, and be prepared to live abroad for a period of 24 months. The appropriately experienced professional is likely to be below 40 years of age.

Aim of the training

The aim of the training is to enable the fellow to assume service responsibilities in communicable disease epidemiology. The in-service training will focus on outbreak investigations, disease surveillance, applied research, and communications with decision makers, the media, the public and the scientific community. Fellows will attend a three-week intensive introductory course and then be located in a host institute in one of the 15 participating European countries and Norway. Further training modules are organised during the two-year programme, normally in one of the participating national institutes with responsibility for communicable disease surveillance.

Detailed information can be obtained from the EPIET programme office at the address below. Letters of application accompanied by curriculum vitae should be submitted by 28 February 2003 to:

The Swedish Institute for Infectious Disease Control
EPIET Programme Office
SE-171 82 Solna
Fax: 00 46 8 30 06 26
Email: carole.desmoulins@smi.ki.se



Congres Digitaal Gezond 2003

Dit congres brengt de bezoekers in één dag volledig op de hoogte van de ontwikkelingen, trends en initiatieven in nieuwe media voor zorg en welzijn. Daarnaast wil het vooral zicht bieden op het verhaal achter de website. Thema's zijn onder andere certificering, effectiviteit, inspelen op doelgroepen, betalen voor informatie en e-learning. De sprekers maken u deelgenoot van hun keuzen, vertellen over successen maar gaan daarbij de minder geslaagde pogingen niet uit de weg. Het congres is bedoeld voor iedereen die in zijn werk in zorg of welzijn te maken heeft met voorlichting en informatieverstrekking via internet. Enkele onderwerpen uit het programma: kwaliteit van gezondheidsinformatie, advies-op-maat- en zelfhulpsystemen, e-learning, betalen voor informatie, communicatie met de doelgroepen. Tevens is er een informatiemarkt waar plaats is voor instellingen die partners zoeken om samen iets moois te ontwikkelen voor het net.

Datum: 22 mei 2003
Locatie: World Trade Center Rotterdam
Kosten: € 295.
Informatie: Cursus- en Congresbureau NIGZ, tel: 0348- 437626 /0348-439860,
e-mail: ccb@nigz.nl.

Infectious diseases in children: are they different from adults



Dit keer wordt de wetenschappelijke voorjaarsvergadering van de VIZ georganiseerd door de sectie pediatrie infectieziekten.

Programma:

Voorzitter: Prof. Dr. R. de Groot, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam

08.30-09.25 Inschrijving, ontvangst en koffie

09.25-09.30 Opening door de voorzitter

09.30-10.00 Pediatric HIV-infections.

Dr. A.C.M. van Rossum, pediatrician

Erasmus MC-Sophia, Rotterdam

10.00-10.30 Viral infections in infants and adults: are they different?

Prof. Dr. A.D.M.E. Osterhaus, virologist

Erasmus MC, Rotterdam

10.30-11.15 Infection in childhood BMT patients.

Dr. A.J. Cant, Newcastle General Hospital

Newcastle upon Tyne, UK

11.15-11.35 Koffiepauze

11.35-12.15 Lezing door de winnaar van het MSD Reisstipendium: Dr. J.H. van Zeijl. Hij is op bezoek geweest bij Annika Linde in Stockholm (Karolinska Instituut), waar hij ervaring heeft opgedaan met HHV-6 serologie en PCR.

12.15-13.00 Huishoudelijke vergadering van VIZ

13.00-14.00 Lunchpauze

's Middags worden vrije voordrachten gehouden onder voorzitterschap van Dr. T. Wolffs, UMC-WKZ Utrecht, voorzitter van de sectie pediatrie infectieziekten.

Er wordt een keuze gemaakt uit de ingezonden abstracts. De mogelijkheid bestaat voor eventueel 2 parallele sessies. U wordt vriendelijk verzocht uw bijdrage voor 15 februari 2003 in te leveren op diskette en in tweevoud uitgeprint of per e-mail te versturen naar: hartwig@alkg.azr.nl of per post:

Sectie Pediatrie Infectieziekten

Dr. N.G. Hartwig

AZR/Sophia Kinderziekenhuis

Dr. Molewaterplein 40

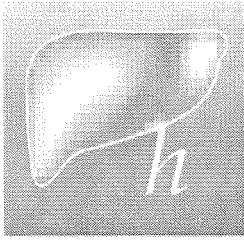
3015 GJ Rotterdam

Datum: 14 maart 2003

Locatie: Zalen Engels, Stationsplein 45, Rotterdam

Kosten: € 30

Informatie: Secretariaat VIZ t.a.v Mw. M. Janssen, e-mail: secretariaat@infectieziekten.org



Nederlandse
Vereniging
voor Hepatologie

Dutch Symposium on Chronic Hepatitis B and C: Virology and Therapeutic Options

Jointly organized by the Dutch Association for Hepatology (NVH) and the Dutch Working Group on Clinical Virology (NWKV) of the Dutch Association for Medical Microbiology (NVMM).

Provisional program

Chronic Hepatitis B

Chairmen: A.C.M. Kroes and H.L.A. Janssen

- 09.30-09.40 Introduction:
Some issues related to the virology of hepatitis B
A.C.M. Kroes, Leiden
- 09.40-10.10 Virology of Hepatitis B virus, diagnosis, viral variants, pathogenesis and epidemiology
W. Jilg, Regensburg
- 10.10-10.15 Discussion
- 10.15-10.45 Consensus treatment of chronic hepatitis B infection
R.A. de Man, Rotterdam
- 10.45-10.50 Discussion
- 10.50-11.10 Break
- 11.10-11.20 Introduction:
Some clinical issues related to the treatment of Chronic Hepatitis B
B. van Hoek, Leiden
- 11.20-11.50 Management of chronic hepatitis B in modern clinical practice speaker to be announced
- 11.50-11.55 Discussion
- 11.55-12.25 Contribution of molecular virology to the management of hepatitis B virus infections.
H.G.M. Niesters, Rotterdam
- 12.25-12.30 Discussion
- 12.30-13.30 Lunch

Chronic Hepatitis C

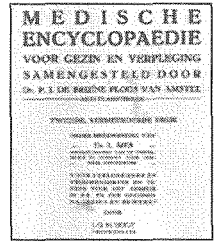
Chairman: B. van Hoek and G. Boland

- 13.30-13.50 Consensus treatment of chronic hepatitis C
J.T. Brouwer, Delft
- 13.50-14.20 Hepatitis C virus: prospects for a vaccine and new approaches to treatment
W.J.M. Spaan, Leiden
- 14.20-14.25 Discussion
- 14.25-14.55 Progress in the clinical management of hepatitis C
S. Zeuzem, Homburg/Saar
- 14.55-15.00 Discussion
Close

- Datum: 21 maart 2003
- Locatie: Congrescentrum Koningshof te Veldhoven.
- Kosten: Leden van de Nederlandse Werkgroep Klinische Virologie € 30, andere belangstellenden € 50
- Informatie: secretariaat Nederlandse Vereniging voor Hepatologie, telefoon 023 - 5513016.

HISTORISCH

Geslachtsziekten



Ulcus molle (weeke sjanker)

De onschuldigste der geslachtsziekten is de weeke sjanker, [ulcus molle]. De weeke sjanker wordt veroorzaakt door een bacil, die door een of ander klein wondje weet binnen te dringen. Het gevolg is dan een ontsteking, die begint als een rood plekje, maar zeer spoedig een open zweer wordt. Waar het een geslachtsziekte is, ligt het voor de hand dat die aandoening ook voorkomt aan de geslachtsdeelen. Bij den man vertoont die zweer zich op de huid van de geslachtsdeelen of naaste omgeving of op den eikel. De door deze infectie ontstane zweer gaat gepaard met weefselverlies, weefsel wordt vernietigd onder groote etterafscheiding. Die etter is niet alleen infectieus, besmettelijk voor anderen, maar ook voor den

patient zelf. Dientengevolge ontstaan door contact met die etter meerdere dergelijke zweren. Een der meest voorkomende complicaties van den zachte sjanker is de bekende bubo. Onder bubo verstaat men een ontstekingsachtige zwelling van de lymphklieren in de lies. Die zwelling is niet alleen rood, maar ook zeer pijnlijk. Waar deze ontsteking gepaard gaat met groote ettervorming is het te begrijpen, dat ook het gevaar dreigt, dat de ontstoken lymphklier in verettering overgaat. Dan heeft men dus weer een nieuwe bron voor verdere infectie. Zulk een lymphklierabsces breekt meestal wel vanzelf door, doch herhaaldelijk is ook noodig, dat chirurgisch ingegrepen en het absces geopend wordt.

Syphilis (harde sjanker)

De naam zachte sjanker, waar het woord 'zachte' de hoofdrol speelt, is aan dit ontstekingsproces gegeven in tegenstelling met de harde sjanker, die veroorzaakt wordt door syphilis. De plaats van infectie bij syphilis vertoont na afloop van het incubatietijdperk een hard, zeer hard knobbelkje, dat zich vergrootende, verandert in een zweer met zeer harden ondergrond en randen. Het is dus zeer gemakkelijk juist

patiënten voelen zich ziek, veel zieker dan ooit
tevorens

en zacht uit te maken, of men met syphilis of slechts met een zachte sjanker te doen heeft. Het woord 'slechts' zou doen denken, dat de zachte sjanker niet veel beteekent, doch dit is niet zoo. Het is een zeer onaangename, gevaarlijke aandoening, niet alleen wegens het gevaar van infectie voor zichzelf en voor anderen, maar ook wegens het gevaar van groot weefselverlies bij niet goede behandeling. Men behoeft bij het maken der diagnose zich niet te beperken tot de vraag, hard of zacht alleen, want sinds men de verwekker der syphilis kent, de spirochaeta pallida, die in 1906 door Schaudinn ontdekt werd, is het mogelijk in die syphilitische zweer, die harde sjanker, de spirochaeta pallida te vinden en onmiddellijk de goede antisiphilitische behandeling te beginnen. Blijken die niet aanwezig te zijn zoodat wij inderdaad met een zachte sjanker te doen hebben, dan is er geen beter middel dan lysine in verdunningen van 5 tot 10 procent. Het incubatietijdperk van de weeke sjanker is

kort, enkele dagen, terwijl die van de syphilitische infectie vier tot zes weken is. Bij de syphilitische zweer hebben wij dus met een plaatselijk proces te doen, waarvan echter steeds een algemeene infectie het gevolg is. Dat dit inderdaad het geval is bemerkt men aan de zwelling der lymphklieren, aanvankelijk slechts in één lies, daarna aan beide kanten, en ten slotte vindt men gezollen lymphklieren overal waar lymphklieren zijn. Dan is het zoogenaamde tweede stadium

der syphilis aangebroken, en in dit tweede stadium gevoelen de patienten zich ziek, veel zieker dan te voren, hetgeen te begrijpen is, daar wij nu met een algemeene infectie te doen hebben. Behalve hoofdpijnen bemerkt de patient nu ook over het geheele lichaam een huiduitslag, kleine roodbruine vlekken, die niet jeuken. Maar daarbij blijft het niet, ook de slijmvliezen worden ziek en ziet men daar zweren ontstaan, vooral ook in den mond, op de tong en in het strottenhoofd. Is dit laatste het geval, dan hooren wij dat aan de heesche spraak der patienten. En steeds gaat de ziekte verder en krijgt de patient nu last van condylomen, dit zijn wondplekken, die buitengewoon besmettelijk zijn, door de afscheiding, waarmede ze steeds gepaard gaan.

Daar geen enkele plek van het lichaam gevrijwaard is tegen syphilis, ziet men meerdere verschijnselen, zooals haaruit-

val en puisten langs de haargrens, maar daarbij kunnen de meest verschillende inwendige organen ook ziek worden. In het derde stadium wordt dit alles nog erger, dan treden gummata op, dat zijn harde knobbels, die ook in het beenweefsel en in den lever te vinden zijn. Vernietiging van het been van de neus door dergelijke gummata kan aanleiding geven tot het ontstaan van de zoo misvormende zadelneus, ook het verhemelte kan op die wijze verwoest worden, kortom geen enkel orgaan behoeft vrij te blijven. Tot de slagaderen kunnen worden aangetast, vooral de aorta, de groote slagader, die door syphilis zoo ziek kan worden, dat het ontstaan van een aneurysma, een verwijding dier aorta daarvan het gevolg kan zijn.

Wij hebben ten opzichte van deze vreeselijke ziekte veel te danken aan Schaudinn, maar haast evenveel aan Wassermann, die ons in staat stelde door zijn wijze van onderzoek van bloed- of ruggemergsvocht, de reactie van Wassermann, vast te stellen, of iemand lijdende is aan syphilis, ook al vertoont hij daarvan geen enkel verschijnsel. Bij volkomen genezen syphilis is de reactie van Wassermann blijvend negatief.

Vroeger, toen men uitsluitend de kwikbehandeling kende, wist men nooit met zekerheid te zeggen of iemand al of niet hersteld was. Nu door die reactie kan men op deze vraag positief ja of neen zeggen. Maar de kwikbehandeling hebben wij niet meer nodig door de schitterende ontdekking van Ehrlich; het salvarsan. Door die nieuwe behandeling verminderde het aantal gevallen van syphilis bijzonder sterk, zoo zelfs dat een boek verschenen is over syphilis, getiteld: Eine sterbende Krankheit. De ziekte sterft af en niet meer de patient. Natuurlijk heeft de Wereldoorlog ook in dit opzicht veel bedorven, van overheidsweg werd de syphilis niet meer bestreden, maar als het ware ondersteund, door de Staatsmassaprostitutie, maar die tijden zijn gelukkig weer voorbij, zoodat opnieuw een krachtige bestrijding overal plaats vindt. Wagner von Jauregg vond, zooals gezegd, de methode om lijders aan dementia paralytica (hersenverveeking), dit

vreeselijke gevolg van syphilis-infectie, te genezen door inent-malaria. Het zal hopenlijk niet lang meer duren, dat die geneesmethode niet meer noodig is, als patienten met dementia paralytica, nooit meer voorkomen. De syphilis zelf zal hoe langer hoe meer slechts sporadisch voorkomen en de gevallen worden nu wel zoo goed behandeld, dat dementia, evengoed als het andere vreeselijke gevolg van syphilis, de tabes dorsalis (ruggemergstering), wel niet meer zullen voorkomen. En daarmede verdwijnt ook de zoo lastige syphilophobie, de vrees syphilis te hebben of te krijgen, zooals nu bij niemand meer de angst voor pest bestaat. Wel duurt ondanks de zooveel betere behandeling, deze toch zeer lang, maar men weet nu ten minste, dat men bijna met zekerheid den patient kan wijzen op het eind goed, al goed. Behalve met salvarsan, het beroemde Ehrlich-Hata 606, welk nummer zeggen wil, dat men reeds 605 arsenicumverbindingen had samengesteld, die niet aan het doel bleken te beantwoorden, gebruikt men tegenwoordig voor de behandeling van syphilis bismuthverbindingen, bismogenol. De specialist, die deze ziekte behandelen moet, zal in elk geval weten wat en hoe het beste is.

Onverschillig welk orgaan aangedaan is, hersenen, ruggemerg, aorta, lever of wat ook, genezing is mogelijk en zelfs te verwachten. Zoo vlug mogelijk zich laten behandelen door een specialist is een eerste vereischte.

Overgenomen uit:

Medische Encyclopaedie voor gezin en verpleging.
Tweede, vermeerderde druk.

Onder medewerking van Dr. L. Mes, privaats- docent aan de Universiteit te Utrecht, voor Oor-, Neus-, Keelziekten. Voor Verloskunde en Vrouwenziekten en tevens voor het gebruik in R.K. en Chr. Gezinnen nagezien en bewerkt door J.G.H. Holt, vrouwenarts.

Samengesteld door Dr. P.J. de Bruine Ploos van Amstel, arts te Amsterdam.

N.V. Uitgeverij 'De Torentrans', Zeist, 1934



Volume 8, nr. 2 februari 2003

- Explosive increase of Salmonella Java in poultry in the Netherlands: Consequences for public health
- Investigation of human infections with Salmonella enterica serovar Java in Scotland and possible association with imported poultry
- Antimicrobial drug resistance in isolates of Salmonella enterica from cases of salmonellosis in humans in Europe in 2000: results of international multi-centre surveillance
- The Salm-gene project – a European collaboration for DNA fingerprinting for food-related salmonellosis
- Salmonella enteric infections in Gipuzkoa, Spain, 1983-2000

REGISTRATIE INFECTIEZIEKTEN

Meldingen Infectieziektenwet

	Week 45 - 48 totaal	Week 49 - 52 totaal	Week 01 - 04 totaal	Totaal t/m week 04 2003	Totaal t/m week 04 2002
Groep A					
Kinderverlamming (poliomyelitis)	-	-	-	-	-
Groep B					
Bacillaire dysenterie (dysenteria bacillaris)	32	14	19	19	23
Botulisme	-	-	-	-	-
Buiktyfus (febris typhoidea)	4	2	5	5	3
Cholera	-	-	-	-	-
Difterie (diphtheria)	-	-	-	-	-
Febris recurrens	-	-	-	-	-
Hepatitis A	61	21	34	34	63
Hepatitis B	214	127	151	151	130
Hepatitis C	56	38	38	38	37
Hondsdolheid (rabies)	-	-	-	-	-
Kinkhoest (pertussis)	402	258	314	314	1006
Legionellose (legionella pneumonie)	30	13	22	22	19
Mazelen (morbilli)	-	-	-	-	-
Meningokokkose (meningococcosis)	29	23	40	40	80
Paratyfus A	-	3	1	1	-
Paratyfus B	1	-	-	-	1
Paratyfus C	-	-	1	1	-
Pest	-	-	-	-	-
Tuberculose (tuberculosis) *	-	-	-	-	-
Virale hemorrhagische koorts	-	-	-	-	-
Vlektyfus (typhus exanthematicus)	-	-	-	-	-
Voedselvergiftiging/-infectie*	-	-	-	-	-
Groep C					
Brucellose (brucellosis)	1	-	2	2	1
Gele koorts	-	-	-	-	-
Leptospirose (leptospirosis)	7	4	5	5	6
Malaria	45	42	51	51	31
Miltvuur (anthrax)	-	-	-	-	-
Ornithose/Psittacose (ornithosis/psittacosis)	2	-	3	3	3
Q-koorts	-	1	3	3	1
Rode hond (rubella)	-	1	1	1	-
Trichinose (trichinosis)	-	-	1	1	-
Verocytotoxine producerende E. coli	4	1	6	6	3

* zie periodiek overzicht. Contactpersoon: A. Warris-Versteegen, IGZ 070 - 3405972

Jaartabel bacteriële ziekteverwekkers

In deze editie van het Infectieziekten Bulletin staan op pagina 66 de cumulatieve jaargegevens van de bacteriële ziekteverwekkers voor 2002 en 2001 weergegeven. Omdat in het afgelopen jaar ten gevolge van een grote automatiseringsoperatie, achterstand was ontstaan in de verwerking van de gegevens van 1 deelnemend laboratorium, waren tot voor kort de cumulatieve gegevens ongeschikt voor vergelijking met voorgaande jaren. Inmiddels is de registratie voor 2002 weer volledig aangevuld, zodat de afrondende tabel hier kan worden weergegeven. Voor de lezers die regelmatig gebruik maken van deze gegevens is het van

belang om te weten dat alle eerder gepubliceerde 4-weken overzichten ook met terugwerkende kracht zijn aangepast. Deze gecorrigeerde tabellen van geheel 2002 zijn toegankelijk via de website van het Infectieziekten Bulletin (<http://www.rivm.nl/infectieziektenbulletin/rubrick/lsi.html>). Vanaf dit moment plaatst het Infectieziekten Bulletin de tabel met de bacteriële ziekteverwekkers slechts 4 keer per jaar. Op de website worden de overzichten nog wel regelmatig bijgewerkt.

Arnold Bosman

Meldingen bacteriële ziekteverwekkers

	Week 41 - 44 totaal	Week 45 - 48 totaal	Week 49 - 52 totaal	Totaal t/m week 52 2002	Totaal t/m week 52 2001
Salmonella	139	98	74	1473	2086
S. Bovismorbificans	3	1	1	13	28
S. Brandenburg	-	3	4	28	28
S. Enteritidis totaal	66	39	21	638	894
S. Enteritidis : pt 4	33	17	11	335	444
S. Enteritidis : pt 6	3	1	-	43	91
S. Enteritidis : pt 21	12	10	3	109	80
S. Enteritidis : Overig	18	11	7	161	279
S. Goldcoast	1	2	-	11	7
S. Hadar	1	-	2	18	19
S. Infantis	-	1	5	29	28
S. Livingstone	-	-	-	-	14
S. Panama	-	-	-	4	37
S. Paratyphi B	-	-	-	2	13
S. Typhi	2	-	2	6	10
S. Typhimurium totaal	48	26	30	498	714
S. Typhimurium : 60	-	-	-	-	-
S. Typhimurium : 401	-	-	-	10	4
S. Typhimurium : 506	17	3	9	153	302
S. Typhimurium : 510	1	-	1	36	16
S. Typhimurium : Overig	30	23	20	299	392
S. Virchow	3	-	1	24	30
Overige Salmonella	15	25	8	202	264
Shigella	17	13	3	131	240
Shigella boydii	1	-	-	10	9
Shigella dysenteriae	-	1	-	5	6
Shigella flexneri	2	6	2	42	62
Shigella sonnei	14	4	1	66	147
Shigella spp2	-	2	-	8	16
Campylobacter	287	240	195	3419	3682
Listeria	2	2	2	18	17
Listeria monocytogenes	-	-	1	13	16
Listeria spp2	2	2	1	5	1
Legionella	5	6	-	26	17
Legionella pneumophila	4	6	-	25	17
Legionella spp2	1	-	-	1	-
Bordetella	14	11	15	279	460
Bordetella pertussis	14	10	15	270	452
Bordetella parapertussis	-	-	-	6	8
Bordetella spp2	-	1	-	3	-
Haemophilus influenzae	1	4	9	43	32
type b	-	1	-	7	4
Streptococcus pyogenes	12	8	9	180	188
E. coli 0157	***	***	***	***	
Aantal faecesmonsters	6639	6920	6399	89396	92533

Contactpersoon: A. Bosman, RIVM 030 - 2743132.

Meldingen virologische ziekteverwekkers

	Week 45 - 48 totaal	Week 49 - 52 totaal	Week 01 - 04 totaal	Totaal t/m week 04 2003	Totaal t/m week 04 2002
Adenovirus	52	54	58	58	66
Bofvirus	-	-	1	1	1
Chlamydia psittaci	3	2	2	2	3
Chlam. trach.	393	414	437	437	404
Coxiella burnetti	2	1	1	1	-
Enterovirus	55	36	23	23	35
Hepatitis A virus	8	13	11	11	15
Hepatitis B virus	59	62	59	59	81
Hepatitis C virus	47	47	31	31	32
Influenza A virus	6	3	9	9	22
Influenza B virus	3	-	6	6	4
Influenza C virus	-	-	-	-	2
Mazelenvirus	-	-	-	-	-
Mycopl.pneumoniae	57	53	40	40	84
Parainfluenza	28	33	20	20	37
Parvovirus	10	8	9	9	8
Rhinovirus	8	15	15	15	10
RS-virus	482	688	298	298	427
Rotavirus	12	21	67	67	33
Ricket conorii	1	-	-	-	-
Rubellavirus	-	-	1	1	3

De weergegeven getallen zijn gebaseerd op de aantallen positieve resultaten zoals gemeld door de leden van de werkgroep Klinische Virologie. Zonder toestemming van de werkgroep mogen deze gegevens niet voor andere doeleinden gebruikt worden.
 Contactpersoon: H. v.d. Avoort, RIVM 030 - 2742059

MRSA-overzicht december 2002

Maandoverzicht van MRSA-isolaten (nationale surveillance RIVM) die zijn aangetroffen in meerdere ziekenhuizen, of anderszins bijzondere stammen.

W.J.B. Wannet, Microbioloog RIVM
 Tel.: 030-2742105, wim.wannet@rivm.nl

Totaal aantal ingezonden isolaten december: 71

PFGE-cluster	Totaal	Aantal ziekenhuizen	Bijzonderheden
16	8	2 (in 2 steden)	Lage MIC (<= 32 mg/L) voor oxacilline. Komt overeen met de epidemische faagtypen Z-252, Z-182, XI-9 en XI-24.
3	5	1	Identiek aan epidemisch faagtype EMRSA-3.
15	1	1	Identiek aan epidemisch faagtype Z-151.
18	4	2	Identiek aan epidemisch faagtype Z-115.
20	2	2	Identiek aan epidemisch faagtype XVI-3.
22	1	1	Identiek aan epidemisch faagtype III-323.
23	1	1	Identiek aan epidemisch faagtype Z-231.
24	1	1	Identiek aan epidemisch faagtype Atyp.-22.
27	1	1	Identiek aan epidemisch faagtype I-2.
28	5	5	Identiek aan epidemisch faagtype Z-147.

Noot voor inzenders: indien het PFGE-type van een ingezonden MRSA-stam overeenkomt met het PFGE-type van een bekend epidemisch faagtype, dan wordt dit expliciet vermeld bij de uitslag.