



**rivm**

## Melden van infectieziekten conform de Wet publieke gezondheid (2008)



# Melden van infectieziekten

conform de Wet publieke gezondheid (2008)

Editie 2008

ISBN: 978 90 6960 206 6

Rapportnummer: 215072001

Melden van infectieziekten conform de Wet publieke gezondheid (2008) is een uitgave van het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

#### RIVM

Centrum Infectieziektebestrijding

Postbus 1

3720 BA Bilthoven

[www.rivm.nl/infectieziekten](http://www.rivm.nl/infectieziekten)

#### Redactie

**P. Bijkerk**, RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding

**G.B. Haringhuizen**, RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding

**S.M. van der Plas**, RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding

**M.F. Siebbeles**, GGD Amsterdam en RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding

**A. Timen**, RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding

**A. van 't Veen**, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie

**J.A. van Vliet**, RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding

**G.R. Westerhof**, Inspectie voor de Gezondheidszorg

#### Ontwerp

**M. Mathu**, RIVM Uitgeverij

#### Druk

**Wilco B.V.**, Amersfoort

#### Fotografie

ANP Photo (Olaf Kraak, omslag en Jan Luursema, pagina 10)

Frank van Dam (pagina 6)

iStockphoto (pagina 20 en 60)

Ernest Rozendal, RIVM Uitgeverij (pagina 34)

Fotoverantwoording omslag: Zevenbergen, augustus 2001. GGD-medewerkers zijn bezig met een inentingsactie tegen de meningokokbacterie. Zij moeten ruim 4500 kinderen inenten. De vaccinatiecampagne werd gehouden na een toename van meldingen van meningokokkenziekte in deze plaats. (ANP Photo/Olaf Kraak)

De redactie heeft haar uiterste zorg besteed aan deze uitgave. Desondanks kunnen drukfouten voorkomen. De redactie verneemt graag uw aanmerkingen op dit boekje ter verbetering van een volgende editie. U kunt uw reactie sturen naar [cib@rivm.nl](mailto:cib@rivm.nl).

Melden van infectieziekten - conform de Wet publieke gezondheid (2008) mag worden vermenigvuldigd mits dit gepaard gaat met bronvermelding: Melden van infectieziekten conform de Wet publieke gezondheid. Bilthoven: RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding, 2008, ISBN 978 90 6960 206 6.

De meeste informatie in dit boekje is meerdere jaren bruikbaar. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil echter kunnen inspelen op actuele ontwikkelingen en kan per direct nieuwe ziekten toevoegen aan de lijst van meldingsplichtige ziekten. De volledige wettekst van de Wet publieke gezondheid, het besluit en de ministeriële regeling publieke gezondheid zijn na publicatie in het Staatsblad, respectievelijk de Staatcourant geldend. Het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu zal betrokken behandelaren informeren over belangrijke wijzigingen in de wet.

# Inhoud

## Voorwoord 5

## Wet publieke gezondheid in het kort 9

Bestuurlijke verantwoordelijkheid en uitvoering van de bestrijding 13

Belangrijkste wijzigingen voor de behandelaar, het laboratorium en de instelling 14

Overzicht van de herziene indeling van meldingsplichtige infectieziekten 16

## De meldings- en informatieplicht 19

Vuistregels voor de praktijk 21

De meldings- en informatieplicht voor artsen 22

De meldings- en informatieplicht voor hoofden van laboratoria 27

Samenloop van melding door de arts en door het laboratorium 29

De meldings- en informatieplicht voor hoofden van instellingen 30

Wat doet de GGD met meldingen van arts, laboratorium of instelling? 30

## De ziekten op een rij 33

Antrax (miltvuur) 36

Humane infectie met aviaire influenzavirus 36

Bof 37

Botulisme 37

Brucellose 38

Buiktyfus (typhoid fever) 38

Cholera 39

Ziekte van Creutzfeldt-Jakob (klassieke en variantvorm) 40

Difterie 41

Gele koorts 41

Invasieve *Haemophilus influenzae* type b-infectie 42

Hantavirusinfectie 42

Hepatitis A 43

Hepatitis B 43

Hepatitis C (recent opgelopen) 44

Kinkhoest 44

Legionellose 45

Leptospirose 45

Listeriose 46

Malaria 46

Mazelen	47
Meningokokkenziekte	47
MRSA-infectie (clusters buiten het ziekenhuis)	48
Paratyfus	48
Pest	49
Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen t/m 5 jaar)	49
Pokken	50
Polio	50
Psittacose	51
Q-koorts	51
Rabiës	52
Rubella	52
Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)	53
Shigellose	53
STEC/enterohemorragische <i>E. coli</i> -infectie	54
Invasieve groep A-streptokokkeninfectie	54
Tetanus	55
Trichinose	55
Tuberculose	56
Virale hemorragische koorts	56
Voedselinfectie	57
West-Nilevirusinfectie	57

## Overzichten 59

Historisch overzicht van meldingen van infectieziekten in Nederland van 2001-2007	62
Leeswijzer bij relevante wetteksten	64
Overzichtskaart GGD regio's	68
Adressen van GGD'en	70
Synoniemen van ziekten	72

# Voorwoord

# Voorwoord





Het is mij een genoegen om u de praktische handleiding 'Melden van infectieziekten conform de Wet publieke gezondheid (2008)' aan te bieden. De Wet publieke gezondheid vervangt de Infectieziektenwet uit 1998 en brengt een aantal belangrijke wijzigingen met zich mee. Zo is het aantal meldingsplichtige ziekten van 36 naar 42 gebracht en moeten alle ziekten voortaan door zowel de behandelend arts als door het laboratorium bij de GGD gemeld worden. Daarnaast dient u 'een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak en waarbij een gegronde vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid' te melden. Voor details zie de uitklapkaart achterin dit boekje.

Dit boekje is bedoeld voor alle praktiserende artsen en hoofden van laboratoria en heeft als doel u te helpen bij het toepassen van de vernieuwde meldingsplicht in uw praktijk. U bent een van de belangrijkste schakels in de keten van de infectieziektebestrijding.

Het melden van infectieziekten is verplicht sinds 1865. Recente epidemieën illustreren het belang van de meldingsplicht. Dankzij een melding kan verdere verspreiding van infectieziekten worden voorkomen. De recente epidemieën laten ons ook zien dat het nodig is om snel te kunnen inspelen op nieuwe ontwikkelingen.

Mocht u vragen hebben over de meldingsplicht neemt u dan contact op met de afdeling infectieziekten van de GGD in uw regio.

Bilthoven, 8 oktober 2008



---

Prof.dr. R.A. Coutinho  
Directeur Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM

# Wet publieke gezondheid in het kort

# Wet publieke gezondheid in het kort

Wat zijn de belangrijkste wijzigingen voor de  
behandelaar en het laboratorium?

In 2005 is de nieuwe Internationale Gezondheidsregeling (officiële benaming: 'International Health Regulations', hierna in de tekst IGR genoemd) door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vastgesteld. Medio 2008 moet de IGR in Nederlandse wetgeving geïmplementeerd zijn.

De IGR heeft als doelstelling het voorkomen van, beschermen tegen en beheersen van internationale verspreiding van ziekten, zonder het handels- en personenverkeer te belemmeren. De reden voor een nieuwe IGR was de noodzaak om wereldwijde dreigingen van infectieziektecrises het hoofd te kunnen bieden. Na de SARS-epidemie in 2003 bleek dat de oude regeling, die zich richtte op gele koorts, pest en cholera niet gebruikt kon worden voor het treffen van maatregelen tegen de verspreiding van nieuwe ziekten. Daarom besloot de plenaire vergadering van de WHO de internationale meldingsplicht te herzien, en het mandaat van de WHO om bij (dreigende) crises te coördineren en aan lidstaten aanbevelingen te doen, substantieel uit te breiden.

De invoering van de nieuwe IGR heeft geleid tot een grondige herziening van de Nederlandse infectieziektewetgeving. Voorheen was die regelgeving verspreid over 3 wetten: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet. De bestaande en nieuwe of aangepaste regels zijn nu ondergebracht in één nieuwe wet: de Wet publieke gezondheid.

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de dagelijkse infectieziektebestrijding in de bevolking blijft onaangetast. Echter, bij epidemieën van (inter)nationale betekenis is centrale aansturing nodig. De IGR gaat er van uit dat als de WHO aan de nationale autoriteit aanbevelingen doet, deze ook de bevoegdheid heeft om de aanbevelingen te implementeren. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) aangewezen als nationaal coördinatiepunt ('Focal Point') voor de communicatie met de WHO. Daarnaast vereist de nieuwe IGR een herziening van de lijst van meldingsplichtige ziekten.

De IGR vormde de belangrijkste impuls voor de nieuwe Wet publieke gezondheid. Maar de gelegenheid is tevens te baat genomen om een aantal in het veld levende wensen door te voeren, die voortkomen uit voortschrijdend wetenschappelijk inzicht, nieuwe methoden voor diagnostiek en de wens de meldingssystematiek te verbeteren en een efficiëntere logistiek voor de infectieziektebestrijding tot stand te brengen.

De infectieziektebestrijding is slechts één van de onderwerpen van de publieke gezondheidszorg. De overige onderwerpen, zoals die waren opgenomen in de Wet collectieve preventie volksgezondheid, zijn - op een enkel element na - inhoudelijk ongewijzigd overgenomen in de Wet publieke gezondheid. Daarnaast worden in vergelijking met de oude Quarantainewet andere eisen gesteld aan gezagvoerders van vliegtuigen en schepen, aan de exploitanten van luchthavens en havens en aan gezondheidscertificaten die de gezagvoerders moeten kunnen overleggen. Deze elementen blijven in dit boekje buiten beschouwing omdat ze niet van toepassing zijn op de meldingsplicht van artsen, hoofden van laboratoria en hoofden van instellingen waar kwetsbare groepen verblijven.

Tegelijk met de inwerkingtreding van de Wet publieke gezondheid worden een algemene maatregel van bestuur (het Besluit publieke gezondheid) en een ministeriële regeling bij de wet van kracht, waarin enkele artikelen op een lager niveau van wetgeving zijn uitgewerkt. Deze gaan ondermeer over de aanwijzing van de groep C-ziekten en de meldingstermijn voor laboratoria.

De tekst Wet publieke gezondheid, het besluit en de regeling zijn te raadplegen via [www.rivm.nl/wetpg](http://www.rivm.nl/wetpg). De condities waaronder gemeld moet worden zijn te vinden in de LCI-richtlijnen. De LCI-richtlijnen kunt u vinden op de website [www.rivm.nl/infectieziekten](http://www.rivm.nl/infectieziekten).

## Bestuurlijke verantwoordelijkheid en uitvoering van de bestrijding

De verantwoordelijkheid voor bestrijdingsmaatregelen in de bevolking ligt als vanouds bij de burgemeester. De gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) is daarbij de adviserende en uitvoerende dienst, waarmee de behandelaar in de praktijk te maken heeft.

Nieuw in de Wet publieke gezondheid is echter, dat in geval van uitbraken of epidemieën met potentieel nationale of internationale implicaties, de regie van de bestrijding in handen komt van de minister van VWS. De adviserende en uitvoerende dienst op landelijk niveau is het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. De competentieafbakening tussen de minister en de burgemeester is scherp gedefinieerd. In geval van een uitbraak van een ziekte uit de A-groep (polio, pokken of SARS) en in geval van aanbevelingen aan Nederland door de WHO, valt de regie van de bestrijding automatisch toe aan de minister. In alle overige gevallen (B1/2- en C-ziekten) bepaalt de burgemeester het beleid. Wel kan elke burgemeester bij een zich uitbreidend probleem aan de minister verzoeken de regie over de bestrijding over te nemen. De behandelend arts en het laboratorium merken in de praktijk weinig van deze sporadisch voorkomende verlegging van de bestuurlijke verantwoordelijkheid. De uitvoering van centrale aanwijzingen blijft in alle gevallen een gemeentelijke aangelegenheid. Voor de behandelaars is in alle gevallen de arts infectieziektebestrijding van de GGD het aanspreekpunt.

## Belangrijkste wijzigingen voor de behandelaar, het laboratorium en de instelling

Behandelend artsen, laboratoriumhoofden en hoofden van instellingen zijn door de wet aangewezen als primair meldingsplichtigen. Deze meldingsplicht verschilt voor deze beroepsgroepen. Voordat per beroepsgroep ingegaan wordt op de vraag welke ziekten op welke wijze bij de GGD gemeld moeten worden, wordt eerst een overzicht gegeven van de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de oude Infectieziektenwet.

### Het aantal meldingsplichtige ziekten is uitgebreid van 36 naar 42

Humane infectie met aviaire influenzavirus, bof, hantavirusinfectie, invasieve groep A-streptokokkeninfectie, invasieve *Haemophilus influenzae* type b-infectie, invasieve pneumokokkenziekte, listeriose, MRSA-infectie, tetanus en West-Nilevirusinfectie zijn toegevoegd (zie tabel 1). Ziektegevallen van febris recurrens, vlektyfus en solitaire gevallen van voedselinfectie specifiek bij verzorgers/voedselbereiders zijn uit de wet geschrapt. De wet staat toe via aanwijzingen in de ministeriële regeling voor bepaalde ziekten de meldingsplicht te nuanceren, zodanig dat de meldingsplicht minder belastend is. Dit geldt bijvoorbeeld voor pneumokokkenziekte (alleen melden bij kinderen tot en met 5 jaar) en MRSA-infecties (alleen melden van clusters die buiten het ziekenhuis zijn ontstaan).

### Alle ziekten worden voortaan door zowel de behandelend arts als door het laboratorium bij de GGD gemeld

De vrijwillige voormelding door het laboratorium die in veel regio's door middel van convenanten werd afgesproken, komt door de wetswijziging te vervallen. Een indeling in de groepen A, B en C blijft gehandhaafd, maar de indeling is gewijzigd en heeft als grondslag de maatregelen die door de burgmeester en de GGD opgelegd kunnen worden. Voor de melding heeft de indeling alleen nog betekenis waar het de meldingstermijn betreft (bij vermoeden of vaststelling van de ziekte). De meldingsplicht van arts en laboratorium staan naast elkaar. Sommige ziekten kunnen in de praktijk alleen door de behandelend arts gemeld worden. Dit geldt vooral voor de ziekten die al bij vermoeden gemeld moeten worden (SARS, pokken, polio, humane infectie met aviaire influenzavirus, rabiës, difterie en virale hemorrhagische koorts) en voor ziekten waar de klinische verschijnselen doorslaggevend zijn in de diagnose.



### **Alle ziekten worden door zowel de behandelend arts als door het laboratorium bij de GGD op naam van de patiënt gemeld**

De anonieme aangifte voor C-ziekten door laboratoria vervalt, de melding is nominatief gemaakt. De persoonsgegevens gaan niet verder dan de GGD.

### **Een arts dient een van mens-op-mensoverdraagbare infectieziekte, waarvan de oorzaak niet vastgesteld kan worden, zonder uitstel te melden bij de GGD**

Dit is een nieuw meldingscriterium dat op grond van de vereisten van de IGR is toegevoegd.

### **Een in een praktijk ongewone verheffing van een niet-meldingsplichtige infectieziekte, die gevaar op kan leveren voor de volksgezondheid, moet gemeld worden aan de GGD**

Met deze verplichting – voortkomend uit de IGR – worden exotische infectieziekten onder de meldingsplicht geplaatst die, gezien de uiterst geringe kans op voorkomen in Nederland, niet in de groepen A tot en met C werden opgenomen. Maar ook een ongewone verheffing van een endemische infectieziekte die niet op de lijst voorkomt valt onder deze meldingsplicht. In eerste instantie dient de verheffing als zodanig gemeld te worden aan de GGD en niet de individuele patiëntgegevens.

### **De GGD kan na melding opdracht geven aan het laboratorium tot nader onderzoek van de betreffende ziekteverwekker**

Het gaat hier om typeringen of resistentiebepalingen die voor het bestrijdingsbeleid, en dus voor de bescherming van de volksgezondheid, van belang zijn.

## Overzicht van de herziene indeling van meldingsplichtige infectieziekten

De criteria die leiden tot opname in de lijst van meldingsplichtige ziekten zijn de volgende:

- Er is een open bron waartegen de omgeving zich niet of moeilijk kan beschermen. Gezien de aard en besmettelijkheid van de ziekte moeten, al dan niet dwingend opgelegde, maatregelen getroffen worden om verspreiding van de ziekte te voorkomen;
- De infectieziekte heeft mogelijk internationale consequenties en moet worden gemeld aan de WHO volgens de IGR;
- De melding is onmisbaar voor preventie en bestrijding en kan niet op andere wijze verkregen worden;
- Gegevens zijn van belang om afgeleide risico's voor de bredere populatie tijdig te signaleren, zoals vaccinfalen in het Rijksvaccinatieprogramma.

Het systeem van indeling in groepen A, B en C blijft gehandhaafd. De grondslag voor de indeling is echter gewijzigd en wordt nu primair gevonden in de mate waarin dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden (zie tabel 1). De groep B-ziekten wordt onderscheiden in B1 en B2. Dit is slechts een redactionele wijziging, aangezien in de oude Infectieziektenwet eenzelfde inhoudelijk onderscheid werd gemaakt.

De groepen A, B1 en B2 zijn opgenomen in de Wet publieke gezondheid. Groep C wordt vastgesteld bij Algemene Maatregel van Bestuur (opgenomen in het Besluit publieke gezondheid), om deze lijst bij nieuw wetenschappelijk inzicht gemakkelijker te kunnen wijzigen.

Tabel 1. Indeling infectieziekten in groepen A, B1, B2 en C en mogelijke wettelijke maatregelen die opgelegd kunnen worden.

Groep	Infectieziekten	Mogelijke wettelijke maatregelen
A	Pokken Polio Severe acute respiratory syndrome (SARS)	Gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, gedwongen quarantaine (inclusief medisch toezicht), verbod van beroepsuitoefening.
B1	Humane infectie met aviair influenzavirus Difterie Pest Rabiës Tuberculose Virale hemorrhagische koorts	Gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, verbod van beroepsuitoefening.
B2	Buiktyfus (typhoid fever) Cholera Hepatitis A, B en C (recent opgelopen) Kinkhoest Mazelen Paratyfus Rubella Shigatoxineproducerende <i>Escherichia coli</i> enterohemorragische <i>Escherichia coli</i> -infectie Shigellose Invasieve groep A-streptokokkeninfectie Voedselinfectie voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron	Verbod van beroepsuitoefening
C	Antrax (miltvuur) Bof Botulisme Brucellose Ziekte van Creutzfeldt-Jakob (klassieke en variantvorm) Gele koorts Invasieve <i>Haemophilus influenzae</i> type b-infectie Hantavirusinfectie Legionellose Leptospirose Listeriose Malaria Meningokokkenziekte MRSA-infectie (clusters buiten het ziekenhuis) Invasieve pneumokokkenziekte bij kinderen t/m 5 jaar Psittacose Q-koorts Tetanus Trichinose West-Nilevirusinfectie	Dwingende maatregelen kunnen <b>niet</b> opgelegd worden. Maar melding en persoonsgegevens zijn nodig om de inzet van vrijwillige/te adviseren maatregelen rondom de patiënt of anderen in de gemeenschap mogelijk te maken.



# De meldings- en informatieplicht

# De meldings- en informatieplicht

Welke infectieziekten moeten worden gemeld en binnen welke termijn?

### Vuistregels voor de praktijk

**Wie moet melden?** Artsen, hoofden van laboratoria en hoofden van instellingen.

**Welke ziekten moeten gemeld worden?** Alle infectieziekten waarbij bestrijdingsmaatregelen noodzakelijk zijn. Voor details zie de uitklapkaart achterin dit boekje.

**Bij wie moet gemeld worden?** Bij de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied.

**Hoe moet gemeld worden?** Een vermoeden op pokken, polio of SARS dient u onverwijld per telefoon te melden aan de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied. Humane infecties met aviaire influenzavirus, difterie, rabiës en virale hemorrhagische koorts dient u binnen 24 uur per telefoon te melden, dus ook in het weekend of op nationale feestdagen. Overleg over de wijze waarop u de overige meldingen doet met de GGD in uw werkgebied. Verzekeer u ervan dat de melding daadwerkelijk is aangekomen bij de GGD.

**Hoe snel moet gemeld worden?** Zo snel mogelijk, zodat tijdig maatregelen getroffen kunnen worden. Voor details zie de uitklapkaart achterin dit boekje.

**Is het verplicht om te melden?** Ja, als u niet meldt bent u strafbaar. Het medisch beroepsgeheim geldt niet voor de meldingsplicht aan de GGD.

Lees ook de uitgebreide toelichting op de volgende bladzijden.

## De meldings- en informatieplicht voor artsen

### Melden bij vermoeden

Als u bij een patiënt pokken, polio of SARS vermoedt (of vaststelt) dient u dit direct te melden aan de GGD in uw werkgebied (voor telefoonnummers zie bladzijde 70-71) (zie kader Polio-epidemie in 1992).

Bij twijfel kunt u altijd contact opnemen met de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied om te overleggen over uw patiënt.

### Polio-epidemie in 1992

Op donderdag 17 september 1992 werd bij een 14-jarige jongen uit de Alblasserwaard de klinische diagnose 'polio' gesteld. Nadat hij enkele dagen koorts en hoofdpijn had gehad, ontwikkelde zich het typische beeld voor poliomyelitis. De diagnose werd op zondag 20 september serologisch bevestigd. Een dag later kon virus gekweekt worden uit de feces van de patiënt. Het ging om een infectie met het wilde poliovirustype 3. De patiënt heeft niet deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma. De jongen was afkomstig uit een groot gezin waar de gangbare vaccinaties om godsdienstige redenen worden afgewezen. De polio-epidemie in 1992 illustreert dat een onverwijld melding van een (verdacht) geval van groot belang is voor het treffen van adequate bestrijdingsmaatregelen, zoals hygiënemaatregelen, isolatie en het aanbieden van vaccinatie tegen polio voor vatbare groepen.



Als u bij een patiënt een infectie door het aviair influenzavirus, difterie, rabiës of virale hemorrhagische koorts vermoedt (of vaststelt) dient u dit binnen 24 uur te melden aan de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied, dus zo nodig ook in het weekeinde of op nationale feestdagen (voor telefoonnummers zie bladzijde 70-71). Snelle inzet van profylactische behandeling in de omgeving van de patiënt kan immers aangewezen zijn.

Voor humane infectie met aviair influenzavirus geldt dat de situatie in de wereld onvoorspelbaar is. Hoewel de wet dit nog niet voorschrijft is binnen de beroepsgroep al afgesproken dat al bij een vermoeden deze ziekte gemeld moet worden. Bij de eerstvolgende wetwijziging zal dit inzicht als verplichting worden opgenomen.

Ook als u bij een persoon die u hebt onderzocht een ziektebeeld vaststelt met een 'volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak en waarbij een gegronnd vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid' dan dient u dat onverwijld te melden aan de arts infectieziektebestrijding van de GGD. Er bestaat geen vaste lijst met alarmsignalen en een melding is daarom gebaseerd op uw professionele oordeel en ervaring. Bij twijfel kunt u contact opnemen met de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied om te overleggen.

### **Melden na vaststellen**

Alle overige ziekten uit de wet (rest van groep B1, B2 en C) dient u na vaststelling binnen een werkdag te melden aan de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied. Bijzondere aandacht vragen clusters van MRSA-infecties en voedselinfecties. Clusters van MRSA-infecties zijn alleen meldingsplichtig wanneer de bron buiten het ziekenhuis of verpleeghuis ligt. Voedselinfecties zijn meldingsplichtig voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron.

### Melden van ongewone verheffingen in uw praktijk

Als u een voor uw praktijk ongewoon aantal gevallen vaststelt van een infectieziekte niet behorend tot groep A, B of C, maar die wel een gevaar kan vormen voor de volksgezondheid, dient u deze verheffing binnen een werkdag te melden aan de GGD in uw werkgebied (zie kader 'Opvallend veel patiënten met een atypische pneumonie').

#### Opvallend veel patiënten met een atypische pneumonie

Op vrijdag 25 mei 2007 deed een arts-microbioloog een melding bij de GGD dat er relatief vaak ernstige pneumonieën waren. De patiënten reageerden niet goed op de eerstekeusantibiotica. Nog geen 4 dagen later belde een huisarts uit een dorp in Noord-Brabant met de mededeling dat hij in zijn praktijk opvallend veel patiënten met een atypische pneumonie had gezien.

Twee weken later kreeg de GGD een vergelijkbare vraag van een andere huisarts uit een naburige gemeente. Omdat de uitslag van IgM tegen *Mycoplasma pneumoniae* bij 7 van de eerste 19 serummonsters positief was, werd als werkhypothese aanvankelijk gedacht aan een lokale epidemie van *M. pneumoniae*-pneumonie. Sera van 3 in het ziekenhuis opgenomen patiënten bleken positief voor antistoffen tegen *Coxiella burnetii*, de verwekker van Q-koorts. Uit meldingsgegevens van alle GGD'en, waarvan een centrale registratie wordt gevoerd door het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, was al gebleken dat in mei-juni 2007 het aantal gemelde gevallen van Q-koorts in zuidelijk Nederland hoger was dan gebruikelijk, namelijk 8 meldingen tegen normaliter jaarlijks 0 tot 5 meldingen uit die regio.

Gericht onderzoek op antistoffen tegen *C. burnetii*, leverde in de 48 sera 13 sera op met dergelijke antistoffen. Met deze bevinding werd de werkhypothese over de vermoedelijke verwekker veranderd van *Mycoplasma* naar *Coxiella*.

Door passieve melding en actieve opsporing werden in deze epidemie tussen 1 januari 2007 tot 17 augustus 2007 retrospectief 73 gevallen van Q-koorts vastgesteld.

Deze casus illustreert het belang van alertheid op en het melden van bijzondere clusters van een in eerste instantie onverklaarbare ziekte. Door het samenkomen van al deze informatie bij de GGD kon deze uitbraak worden herkend.

### Welke gegevens moeten gemeld worden?

De wetgever heeft limitatief vastgelegd dat u de volgende gegevens moet doorgeven aan de GGD bij een melding:

- De naam, het adres, het geslacht, de geboortedatum, het burgerservicenummer (indien bekend) en de verblijfplaats van de betrokken persoon.
- De infectieziekte dan wel een beschrijving van het ziektebeeld, de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprophylaxe, de vermoedelijke infectiebron, de datum van vermoeden of vaststelling van infectie, de wijze van vaststelling van die infectieziekte.
- Indien nodig, of de betrokken persoon dan wel een persoon in zijn directe omgeving beroeps- of bedrijfsmatig betrokken is bij de behandeling van eet- of drinkwaren of bij de behandeling, verpleging of verzorging van andere personen.

Limitatief betekent dat u als standaardprocedure niet meer dan de bovenstaande gegevens door mag geven. Deze gegevens worden door de GGD ontdaan van de persoonsgegevens van de betrokkene en doorgemeld aan het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM.

Deze regel verbiedt niet dat, in het belang van de patiënt of personen in zijn omgeving, tijdens het overleg tussen u en de arts infectieziektebestrijding meer gegevens uitgewisseld worden. Hier prevaleert goed hulpverlenerschap en u kunt de arts infectieziektebestrijding altijd als specialist of medebehandelaar consulteren.

### Er kunnen meer gegevens door de GGD opgevraagd worden

De gegevens zoals in het voorgaande opgesomd betreffen alle dagelijkse meldingen. Bij de meeste meldingen is voor u daarmee, voor wat betreft uw wettelijke verplichting, de zaak afgedaan.

Echter, in al die gevallen waar het een A- of B-ziekte betreft en de arts infectieziektebestrijding oordeelt dat er een nadere risico-inschatting nodig is, er brononderzoek nodig is, of dat er mogelijk een uitbraak is vastgesteld, kan de GGD op gezag van de burgemeester meer gegevens over uw patiënt opvragen. Dit kunnen medische gegevens zijn, maar ook gegevens betreffende de sociale context van de patiënt.

### **Wat te doen als de patiënt onderzoek weigert?**

Wanneer u gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte behorend tot groep A, B1 of B2 te vermoeden en die persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is om de ziekte vast te stellen, dan moet u binnen 24 uur contact opnemen met de GGD om dit te melden. De arts infectieziektebestrijding zal met u overleggen over het gevaar voor de omgeving en de sociale context van de patiënt. Indien nodig wordt er een arts infectieziektebestrijding of verpleegkundige van de GGD ingeschakeld, zeker wanneer de kans bestaat dat een besmettelijke patiënt niet-traceerbaar in de gemeenschap op zal gaan. De GGD neemt in die gevallen in overleg met u de patiënt van u over.

In geval van vermoeden van een A- of B1-ziekte kan de arts infectieziektebestrijding de burgemeester verzoeken direct een bevel af te geven tot opname ter isolatie en kan tevens verzoeken (na rechterlijke machtiging) een lichamelijk onderzoek te bevelen. De opname ter isolatie in een ziekenhuis wordt desnoods onder dwang en met hulp van de sterke arm uitgevoerd.

Leest u ook bladzijde 29. Hierin wordt de samenloop van de melding door de arts en het laboratorium besproken. Op bladzijde 30 wordt besproken wat de GGD met uw melding doet.

# De meldings- en informatieplicht voor hoofden van laboratoria

Vanaf de inwerkingtreding van de Wet publieke gezondheid dient u voor alle meldingsplichtige ziekten uit groep A, B1, B2 en C, de vaststelling van een ziekteverwekker te melden bij de GGD in het werkgebied waarin de aanvragende arts zijn praktijk heeft.

## Welke gegevens moeten gemeld worden?

De wetgever heeft limitatief vastgelegd welke gegevens u door moet geven aan de GGD bij een melding:

- De ziekteverwekker die is vastgesteld;
- De naam van de aanvragende arts;
- De naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer (indien bekend) van de betrokken persoon.

Bij de aanvraag van laboratoriumdiagnostiek dient de behandelend arts ook het burgerservicenummer (indien bekend) van de patiënt met de overige benodigde gegevens mee te sturen. Op deze wijze kunnen bij de GGD de meldingen vanuit het laboratorium en van de behandelend arts met de minste kans op fouten gekoppeld worden.

## Termijn waarbinnen gemeld moet worden

De termijn waarbinnen u de vaststelling van een ziekteverwekker door moet geven aan de GGD is geregeld in de ministeriële regeling bij de Wet publieke gezondheid.

- Een verwekker van een ziekte behorende tot groep A dient u direct te melden aan de GGD;
- Een verwekker van een ziekte behorende tot groep B1 dient u binnen 24 uur aan de GGD te melden, dus in voorkomende gevallen ook in het weekend of op nationale feestdagen;
- Een verwekker van een ziekte behorende tot de groepen B2 en C dient u binnen een werkdag aan de GGD te melden, dus dat hoeft niet in het weekend.

Houdt u er in geval van een melding in het weekend of op nationale feestdagen rekening mee dat u telefonisch moet melden bij de arts infectieziektebestrijding.

### Doorsturen materiaal

Het kan zijn dat u patiëntenmateriaal doorstuurt naar een ander laboratorium voor het uitvoeren van diagnostiek. De verantwoordelijkheid voor de melding aan de GGD wordt daarmee niet verlegd. Na ontvangst van de uitslag van uw collega dient u zelf de melding uit te voeren. Het is van belang dat de behandelend arts die diagnostiek heeft aangevraagd tegelijkertijd met de GGD wordt geïnformeerd.

Een arts infectieziektebestrijding neemt nooit contact op met een patiënt zonder voorafgaand overleg met de behandelend arts.

### Aanvullend onderzoek op verzoek van de GGD

De GGD kan uw laboratorium verzoeken om nader onderzoek te verrichten op het door de arts aangeleverde materiaal, c.q. de vastgestelde ziekteverwekker. Wat dit nader onderzoek inhoudt is in de wet opengelaten. Het zal in veel gevallen gaan om resistentiebepaling of nadere typering welke de arts niet aanvroeg, omdat deze wetenschap voor de behandeling van de patiënt niet nodig is maar voor het bestrijdingsbeleid wel van belang kan zijn. De kosten voor dit nader onderzoek komen voor rekening van de aanvragende GGD.

Leest u ook de toelichting op de volgende bladzijde. Hierin wordt de samenloop van de melding door de arts en het laboratorium besproken. Op bladzijde 30 wordt besproken wat de GGD met uw melding doet.

## Samenloop van melding door de arts en door het laboratorium

Anders dan voorheen is in de nieuwe wet ook het laboratorium dat diagnostiek verricht op het gebied van infectieziekten, als meldingsplichtig aangewezen voor alle ziekteverwekkers uit de A-, B- en C-groepen. Deze wetswijziging doet daarmee niets af aan de meldingsplicht van de arts omdat:

- Sommige ziekten al bij vermoeden gemeld moeten worden (SARS, polio, pokken, humane infectie met aviari influenza virus, difterie, virale hemorrhagische koorts en rabiës);
- Soms alleen op het klinische beeld tot een positieve diagnose moet worden besloten zoals bij MRSA-infectie, tetanus, acute hepatitis C, voedselinfectie, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, botulisme, mazelen, bof, rubella en hepatitis A bij contact;
- Foutnegatieve laboratoriumuitslagen niet tot een laboratoriummelding leiden en alleen door de behandelend arts kunnen worden opgemerkt;
- De behandelend arts als enige over alle relevante gegevens van de patiënt beschikt en de GGD nooit in contact zal treden met de patiënt zonder voorafgaand met de arts te overleggen.

Indien u vragen heeft over de waarde van een laboratoriumdiagnose kunt u in overleg met het laboratorium besluiten tot melding.

Er bestaat ook een meldingsplicht voor hoofden van instellingen (zie volgende bladzijde). In het algemeen zal een arts niet betrokken zijn bij de uitvoering van dit artikel, tenzij hij of zij als arts verbonden is aan een van de genoemde instellingen. Het kan echter voorkomen dat de GGD een huisarts benadert voor nadere informatie over ziekte bij kinderen, indien er problemen zijn op bijvoorbeeld een kinderdagverblijf of op een school. Ook kan de GGD de huisarts verzoeken om nadere diagnostiek te verrichten bij een cluster van ziektegevallen met onbekende verwekker.

## De meldings- en informatieplicht voor hoofden van instellingen

Het hoofd van een instelling waar voor infectieziekten kwetsbare populaties verblijven of samenkomen voor een of meer dagdelen per etmaal, stelt de GGD van de gemeente waarin de instelling gelegen is, op de hoogte van het optreden van een ongewoon aantal zieken met:

- Maag- en darmaandoeningen;
- Geelzucht;
- Huidaandoeningen;
- Of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard in de desbetreffende populatie of bij het begeleidend of verzorgend personeel.

Deze meldingsplicht voor hoofden van instellingen is inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van de Infectieziektenwet, de zogenoemde 'artikel 7-meldingen' (nu: artikel 26 van de Wet publieke gezondheid). Instellingen waarvoor dit wetsartikel geldt, zijn instellingen waar kinderen, zieken of ouderen verblijven, zoals verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, jeugdinstanties, kindercentra, scholen voor basisonderwijs, opvangcentra voor dak- en thuislozen en opvangcentra voor asielzoekers. Het hoofd van de instelling is meldingsplichtig. In het algemeen zal een behandelend arts niet betrokken zijn bij de uitvoering van dit artikel, tenzij hij of zij verbonden is aan een van de genoemde instellingen.

## Wat doet de GGD met meldingen van arts, laboratorium of instelling?

De arts infectieziektebestrijding van de GGD beoordeelt aan de hand van uw melding of er besmettingsgevaar dreigt en of er eventueel maatregelen genomen moeten worden om de volksgezondheid te beschermen. De GGD zal zonedig contact met u opnemen om nadere informatie te vragen en/of de te nemen maatregelen te bespreken, zoals bron- en contactopsporing, het geven van profylaxe aan contacten, het geven van hygiëne-adviezen of het verrichten van extra diagnostiek (zie tabel 2). De GGD stelt tevens het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM op de hoogte van de geanonimiseerde meldingsgegevens. Het Centrum Infectieziektebestrijding gebruikt deze informatie onder andere voor de beoordeling van vaccineffectiviteit en indien nodig voor landelijke bestrijdingsmaatregelen. Het Centrum Infectieziektebestrijding is als nationaal coördinatiepunt voor de IGR aangewezen en zal bij een internationale dreiging van een infectieziekte-uitbraak beoordelen of meldingen aan de WHO doorgegeven moeten worden.



Tabel 2. Mogelijke acties van de GGD bij gevallen van een bepaalde ziekte. Acties zijn afhankelijk van de specifieke situatie. Meer informatie kunt u vinden in de LCI-richtlijnen Infectieziektebestrijding, te vinden op [www.rivm.nl/infectieziekten](http://www.rivm.nl/infectieziekten).

	Bron- of contact-opsporing	Profylaxe of vaccinatie van contacten	Hygiëne-maatregelen rondom de patiënt
Antrax (miltvuur)	Ja	Ja	
Humane infectie met aviaire influenzavirus	Ja	Ja	Ja
Bof	Ja	Ja	
Botulisme	Ja		
Brucellose	Ja		
Buiktyfus (typhoid fever)	Ja		Ja
Cholera	Ja		Ja
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob (klassieke en variantvorm)	Ja		
Difterie	Ja	Ja	Ja
Gele koorts	Ja		
Invasieve <i>Haemophilus influenzae</i> type B-infectie		Ja	
Hantavirusinfectie	Ja		Ja
Hepatitis A	Ja	Ja	Ja
Hepatitis B	Ja	Ja	Ja
Hepatitis C (recent opgelopen)	Ja		Ja
Kinkhoest	Ja	Ja	
Legionellose	Ja		
Leptospirose	Ja		
Listeriose	Ja		
Malaria	Ja		
Mazelen	Ja	Ja	
Meningokokkenziekte	Ja	Ja	
MRSA-infectie (clusters buiten het ziekenhuis)	Ja		Ja
Paratyfus A, B en C	Ja		Ja
Pest	Ja	Ja	Ja
Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen t/m 5 jaar)			
Pokken	Ja	Ja	Ja
Polio	Ja	Ja	Ja
Psittacose	Ja		
Q-koorts	Ja		

	Bron- of contact-opsporing	Profylaxe of vaccinatie van contacten	Hygiëne-maatregelen rondom de patiënt
Rabiës	Ja	Ja	Ja
Rubella	Ja	Ja	
Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)	Ja		Ja
Shigellose	Ja		Ja
STEC/ enterohemorragische <i>E. coli</i> -infectie	Ja		Ja
Invasieve groep A-streptokokkeninfectie	Ja	Ja	
Tetanus	Ja		
Trichinose	Ja		
Tuberculose	Ja	Ja	Ja
Virale hemorrhagische koorts	Ja		Ja
Voedselinfectie	Ja		
West-Nilevirusinfectie	Ja		

De ziekten op een rij



# De ziekten op een rij

In dit hoofdstuk vindt u een overzicht van alle ziekten die vallen onder de meldingsplicht.

Op de komende bladzijden staat per ziekte genoemd:

- Naam van de ziekte;
- Omschrijving van de ziekte;
- Verwekker;
- Groep;
- Jaar van invoering meldingsplicht;
- Welke patiënt moet u melden.

## Antrax (miltvuur)

Antrax of miltvuur komt voor bij schapen, geiten, rundvee, paarden en varkens. In geïndustrialiseerde landen is het een beroepsziekte bij personen die betrokken zijn bij de verwerking van huiden, haar en beenderen. Deze producten worden ingevoerd uit landen waar antrax onder dieren endemisch voorkomt. Bij mensen is antrax een ernstige infectieziekte met verschillende vormen: cutane, respiratoire en gastro-intestinale antrax. In 2001 zijn in de Verenigde Staten antraxsporen verspreid via brieven. Bij een geval van antrax in ons land is bronopsporing van groot belang om een terroristische aanslag uit te sluiten.

**Verwekker** *Bacillus anthracis*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1975

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met antrax moet gemeld worden na bevestiging in het laboratorium.

## Humane infectie met aviair influenzavirus

Sommige aviaire influenzavirussen kunnen ernstige infecties veroorzaken, ook al zijn de virussen niet van mens op mens overdraagbaar. In 2003 vond in Nederland een grootschalige vogelgriep epidemie plaats onder pluimvee door aviair influenzavirus H7N7, waarbij ook 89 mensen besmet raakten. Wereldwijd komen infecties met het type H5N1 regelmatig voor. Op de patiënt terug te voeren gegevens zijn noodzakelijk in verband met bron- en contactonderzoek. In het geval dat aviaire influenza ernstige respiratoire klachten veroorzaakt, kan gedwongen isolatie in het ziekenhuis nodig zijn. Bij een pandemie door een ander - niet aviair - influenzavirus zal deze ook meldingsplichtig worden. Bij een beginnende pandemie zal de ziekte zo nodig verplaatst worden naar groep A.

**Verwekker** aviair influenzavirus

**Groep** B1

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een humane infectie met aviair influenzavirus dient binnen 24 uur gemeld te worden als bij een patiënt de diagnose in het laboratorium bevestigd wordt of er een sterk vermoeden van de diagnose is.

## Bof

Bof is een infectieziekte veroorzaakt door het bofvirus. Twee tot drie weken na besmetting ontstaat een parotitis. Kenmerkend zijn bolle wangen en naar buiten uitstaande oorlelletjes. Tegen bof wordt gevaccineerd via het Rijksvaccinatieprogramma. Toch komen af en toe uitbraken voor van bof. In 2008 was er een epidemie onder ongevaccineerden met veel onderlinge contacten. Af en toe worden zelfs bij volledig gevaccineerden bofinfecties gemeld. De meldingsplicht is van belang om een goed beeld van de werkzaamheid van het vaccin te verkrijgen.

**Verwekker** bofvirus

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met bof moet gemeld worden na laboratoriumbevestiging. Als er geen laboratoriumdiagnostiek gedaan wordt, dient u patiënten met klinische verschijnselen van bof, die contact hebben gehad met een bevestigde bofpatiënt in bijvoorbeeld klas of gezin, te melden.

## Botulisme

Botulisme is een ernstige, verlamrende ziekte die veroorzaakt wordt door het toxine van de bacterie *Clostridium botulinum*. Het toxine van de bacterie kan voorkomen in bijvoorbeeld zelfgemaakt voedsel. Het is van belang om verontreinigd voedsel op te sporen en te vernietigen. Hiermee worden nieuwe ziektegevallen voorkomen.

**Verwekker** *Clostridium botulinum*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1984

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met botulisme dient gemeld te worden na laboratoriumbevestiging of bij sterke klinische aanwijzingen voor de diagnose.

## Brucellose

Brucellose is een besmettelijke ziekte van mens en dier, veroorzaakt door bacteriën van het geslacht *Brucella*. Brucellose gaat gepaard met algemene ziekteverschijnselen zoals koorts. Dankzij intensieve bestrijdingsmaatregelen onder rundvee en pasteurisatie van melk is brucellose in ons land bij de mens zeldzaam. Brucellose komt frequenter voor in landen rond de Middellandse Zee en daarom moet men rekening houden met de aanwezigheid van de ziekte onder reizigers. Bronopsporing is nodig om uit te sluiten dat brucellose in Nederland is opgelopen.

**Verwekkers** *Brucella abortus*, *Brucella melitensis*, *Brucella suis*, *Brucella canis*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1928

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met brucellose dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium.

## Buiktyfus (typhoid fever)

Buiktyfus is een ernstige infectieziekte met kans op verspreiding van mens op mens. Een klein deel van de patiënten kan drager worden. Het belangrijkste ziekteverschijnsel bij buiktyfus is koorts. Buiktyfus is voornamelijk een importziekte. In bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld als een drager werkzaam is in de levensmiddelensector) kan een epidemie mogelijk zijn. Een (tijdelijk) verbod op de beroepsuitoefening kan nodig zijn als de patiënt werkzaam is in de voedselbereiding.

**Verwekker** *Salmonella*Typhi

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1872

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met buiktyfus moet gemeld worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.



## Cholera

Cholera is een acute, besmettelijke darmziekte, veroorzaakt door de *Vibrio cholerae*-bacteriën van het serotype O1 en O139. De voornaamste verschijnselen zijn hevige diarree en heftig braken. Cholera is een importziekte die afgelopen jaren slechts af en toe werd vastgesteld in ons land. Besmetting vindt meestal plaats door besmet water of voedsel. Bronopsporing en hygiëne maatregelen zijn van belang.

**Verwekkers** *Vibrio cholerae*-serotype O1 en O139

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1872

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met cholera dient te worden gemeld na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Ziekte van Creutzfeldt-Jakob

klassieke en variantvorm

Ziekte van Creutzfeldt-Jakob is een dodelijk verlopende prionziekte van de hersenen en behoort tot de spongiforme encefalopathieën. De meldingsplicht geldt zowel voor de klassieke vorm als voor de variantvorm van de ziekte. Aangenomen wordt dat consumptie van met BSE (Boviene Spongiforme Encefalopathie)-besmette voedingsmiddelen tot de variantvorm van Creutzfeldt-Jakob kan leiden. Op de patiënt terug te voeren gegevens zijn noodzakelijk om na te gaan of patiënten weefsel- of bloeddonaties hebben gegeven of chirurgische ingrepen hebben ondergaan en voor epidemiologisch brononderzoek.

**Verwekker** Een prion

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2002

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met de ziekte van Creutzfeldt-Jakob moet gemeld worden op basis van een nauwkeurig omschreven symptomencomplex met aanvullende diagnostiek. De meldingsprocedure wijkt af van die van andere meldingsplichtige aandoeningen. De behandelaar, meestal een neuroloog, stelt de diagnose waarschijnlijke of zekere variantvorm/klassieke vorm van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob en meldt dit binnen 24 uur aan het landelijke registratiecentrum (Erasmus MC Rotterdam, afdeling epidemiologie en biostatistiek, te bereiken tijdens kantooruren via telefoonnummer: 010-4087391, faxnummer: 010-4089406). Het landelijk registratiecentrum schakelt binnen 2 werkdagen het Centrum Infectieziektebestrijding in en vermeldt de woonplaats van de patiënt. Vervolgens geeft het Centrum Infectieziektebestrijding de melding direct door aan de GGD in de regio waar de patiënt woonachtig is. De GGD registreert de melding en overlegt met het Centrum Infectieziektebestrijding over de te nemen maatregelen.

## Difterie

Difterie is een ernstige ontsteking van de keel en de luchtwegen of de huid, veroorzaakt door een bacterie. Wat het meest opvalt aan de ziekte is een grijze aanslag op de keelamandelen en in de keelholte. Sinds de jaren '50 worden kinderen in Nederland systematisch gevaccineerd tegen difterie via het Rijksvaccinatieprogramma. Sindsdien komt difterie alleen nog voor als importziekte bij ongevaccineerden. In die zeer zeldzame gevallen wordt snel profylaxe en vaccinatie aan contacten aangeboden.

**Verwekkers** *Corynebacterium diphtheriae*, *Corynebacterium ulcerans*

**Groep** B1

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1872

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt waarbij u difterie vermoedt of waarbij de diagnose in het laboratorium wordt gesteld dient u binnen 24 uur te melden.

## Gele koorts

Gele koorts is een besmettelijke, tropische virusziekte en wordt veroorzaakt door het gelekoortsvirus. Gele koorts is het prototype van een virale hemorragische koorts en wordt overgebracht door muggen. Gele koorts komt in Nederland niet voor door het ontbreken van de *Aedes aegypti*-mug en het reservoir van het virus. Ongevaccineerde reizigers naar bepaalde gebieden in Zuid-Amerika en Afrika lopen risico. Bij de melding zijn gegevens over het gebied waar de ziekte werd opgelopen en de vaccinatie-toestand van de patiënt van belang.

**Verwekker** gelekoortsvirus

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1928

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met gele koorts dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium.

## Invasieve *Haemophilus influenzae* type b-infectie

Invasieve *Haemophilus influenzae* type b-infectie is een ernstige infectieziekte. Het meest gevreesd zijn invasieve infecties zoals meningitis, sepsis of epiglottitis. Het vaccin tegen *Haemophilus influenzae* type b is in 1993 opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. Bij invasieve vormen van *Haemophilus influenzae* type b kan het snel geven van profylaxe binnen het gezin nodig zijn. De meldingsplicht is nieuw en van belang om individueel vaccinfalen op te sporen. Hiervoor is het nodig de vaccinatiestatus na te gaan. Volgens de surveillance van het Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis zijn er in Nederland jaarlijks enkele tientallen gevallen van invasieve *Haemophilus influenzae* type b-infectie.

**Verwekker** *Haemophilus influenzae* type b

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met invasieve *Haemophilus influenzae* type b-infectie dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium.

## Hantavirusinfectie

Hantavirusinfectie is een zoönose die wereldwijd onder knaagdieren voorkomt en kan leiden tot ernstige pathologie van de nieren en de longen. Er zijn meer dan 25 antigene serotypen van hantavirus. Voor elk serotype zijn één of meerdere specifieke soorten knaagdieren als gastheer bekend. Zo is de in Nederland veel voorkomende rosse woelmuis de drager van het Puumalavirus. Bij een bewezen humaan geval is bronopsporing van belang, in het bijzonder als besmetting binnenshuis is opgelopen. Om knaagdieren te kunnen bestrijden wordt de hulp van de ongediertebestrijdingsdienst ingeroepen.

**Verwekker** hantavirus

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met hantavirusinfectie dient gemeld te worden na laboratoriumbevestiging.

## Hepatitis A

Hepatitis A is een besmettelijke leverontsteking. Het is een milde infectieziekte bij kinderen, maar heeft een ernstiger beloop bij volwassenen. Bij kinderen kan hepatitis A subklinisch verlopen, waardoor er verspreiding kan plaatsvinden op scholen of kinderdagverblijven. In Nederland komen kleine clusters voor op scholen en kinderdagverblijven. Hier zijn vaccinatiecampagnes aangewezen om verdere verspreiding van de ziekte te voorkomen. Bij personen die hepatitis A hebben opgelopen gaat het vaak om reizigers naar gebieden waar hepatitis A veel voorkomt en die voor vertrek niet zijn gevaccineerd.

**Verwekker** hepatitis A-virus

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1950

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met hepatitis A dient gemeld te worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium. Als er geen laboratoriumdiagnostiek gedaan wordt, dient u patiënten met klinische verschijnselen van hepatitis A, die contact hebben gehad met een bevestigde patiënt in bijvoorbeeld klas of gezin, te melden.

## Hepatitis B

Hepatitis B is een ernstige acute of chronische ontsteking van de lever met kans op levenslang dragerschap. Hepatitis B is overdraagbaar via bloedcontact, via seksueel contact, via moeder op kind (tijdens of na de geboorte) of via met bloed verontreinigde lichaamsvloeistoffen. Bij acute hepatitis B is brononderzoek van belang om bijvoorbeeld mogelijke bloedtransfusies of invasieve ingrepen in kaart te brengen. Bij dragers zijn maatregelen ten aanzien van onbeschermd contacten aangewezen.

**Verwekker** hepatitis B-virus

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1950

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met acute hepatitis B dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium. Ook chronisch dragerschap dient te worden gemeld wanneer de infectie voor de eerste keer wordt vastgesteld.

## Hepatitis C

Recent opgelopen

Hepatitis C is een ernstige en besmettelijke leverziekte. Alleen recent opgelopen hepatitis C is meldingsplichtig, want alleen bij deze gevallen is brononderzoek uitvoerbaar. Brononderzoek is nodig om iatrogene verspreiding via transfusie of besmette instrumenten te achterhalen en te stoppen.

**Verwekker** hepatitis C-virus

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1998

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met hepatitis C die waarschijnlijk korter dan een jaar geleden werd opgelopen dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium.

## Kinkhoest

Kinkhoest is vooral een ernstige infectieziekte bij jonge zuigelingen en kenmerkt zich door hoestklachten. Binnen gezinnen met kinkhoestgevallen waar jonge kinderen zijn is profylaxe aangewezen. Ondanks kinkhoestvaccinatie via het Rijksvaccinatieprogramma worden jaarlijks 3.000 tot 10.000 patiënten met kinkhoest gemeld. Om een goed beeld van het voorkomen van kinkhoest te krijgen en de werkzaamheid van het vaccin te volgen is kinkhoest een meldingsplichtige infectieziekte.

**Verwekkers** *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1975

**Welke patiënt moet u melden** Een kinkhoestpatiënt dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium.

## Legionellose

*Legionella* veroorzaakt een ernstige, soms fatale pneumonie. De *Legionella*-bacterie verspreidt zich via vernevelende waterinstallaties zoals airco's, sauna's, douches en koeltorens. *Legionella*-infecties worden zowel in binnen- als buitenland opgelopen. Om nieuwe ziektegevallen te voorkomen is het van groot belang om de besmettingsbron in zowel binnen- als buitenland op te sporen en uit te schakelen.

**Verwekkers** *Legionella pneumophila*, *Legionella non-pneumophila*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1987

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met legionellose dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium.

## Leptospirose

Leptospirose is een zoönose, die veroorzaakt kan worden door verschillende serovars leptospiren. Sommige serovars veroorzaken ernstige ziektebeelden, zoals de ziekte van Weil. In principe kan bijna elk zoogdier een infectiebron of reservoir van leptospiren vormen, maar bij ratten en muizen komen leptospiren het meest voor. Over het algemeen wordt de mens besmet via door de rat besmet oppervlaktewater. Brononderzoek is van belang om nieuwe besmettingen te voorkomen. Het terrein waar de infectie is opgelopen dient te worden onderzocht op het voorkomen van ongedierte. Ongeveer tweederde van de patiënten loopt leptospirose op in het buitenland tijdens een avontuurlijke vakantie in de jungle.

**Verwekker** *Leptospira interrogans*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1928

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met leptospirose dient gemeld te worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Listeriose

Listeriose is een bacteriële infectie die zich kan uiten als meningitis, sepsis of gastro-enteritis. De ziekte kan ook asymptomatisch verlopen. Listeriose is een infectieziekte waarbij voedsel vrijwel altijd de bron van besmetting is. Op de patiënt terug te voeren gegevens zijn noodzakelijk om na te gaan of er personen zijn die hetzelfde voedsel hebben gegeten. Voornamelijk zwangeren en mensen met een verminderde weerstand lopen risico. Uit surveillanceresultaten blijkt dat listeriose ongeveer 65 keer per jaar voorkomt.

**Verwekker** *Listeria monocytogenes*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een listeriosepatiënt dient gemeld te worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Malaria

Malaria is een ernstige, koortsende infectieziekte en een importziekte sinds Nederland in 1970 officieel malariavrij is verklaard. In het kader van preventie bij reizigers die naar malariagebieden reizen is het van belang om van elke malariapatiënt epidemiologische informatie te verkrijgen. De meldingsplicht van malaria dient om na te gaan of het malariaprofylaxebeleid voor reizigers werkt. De keuze voor profylaxe wordt gemaakt op basis van gegevens over de toename van resistentie tegen de gebruikte middelen. Bij de melding is het van belang welk profylacticum is gebruikt en welk land is bezocht.

**Verwekkers** *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1940

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met malaria dient gemeld te worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.



## Mazelen

Mazelen is een zeer besmettelijke virusziekte met soms ernstige complicaties, zoals encefalitis of een levensbedreigende pneumonie. Ondanks mazelenvaccinatie komt mazelen sporadisch voor bij ongevaccineerden. In 2008 waren er verschillende mazelenuitbraken onder ongevaccineerden met veel onderlinge contacten. De laatste landelijke epidemie was in 2000. Melding van mazelen is van belang voor het bepalen van de effectiviteit van het mazelenvaccin. Bij epidemieën starten GGD'en vaccinatiecampagnes.

**Verwekker** mazelenvirus

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1975

**Welke patiënt moet u melden** Een mazelenpatiënt dient u te melden na bevestiging van de infectie in het laboratorium. Als er geen laboratoriumdiagnostiek gedaan wordt, dient u patiënten met klinische verschijnselen van mazelen die contact hebben gehad met een bevestigde patiënt in bijvoorbeeld klas of gezin te melden.

## Meningokokkenziekte

Meningokokkenziekte is een zeer ernstige infectieziekte die zich kan uiten als meningitis of sepsis. Meningokokkenziekte kan worden veroorzaakt door meerdere typen van *Neisseria meningitidis*. Tegen *Neisseria meningitidis* type C wordt sinds 2002 gevaccineerd via het Rijksvaccinatieprogramma. Op de patiënt terug te voeren gegevens zijn nodig om binnen gezinnen of in de omgeving profylaxe toe te passen. Ook kan vaccinfalen worden opgespoord.

**Verwekker** *Neisseria meningitidis*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1905

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met meningokokkenziekte dient gemeld te worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## MRSA-infectie

clusters buiten het ziekenhuis

Meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)-infectie kan verschillende klinische ziektebeelden veroorzaken, zoals huidinfecties en invasieve infecties. Bij clusters van MRSA-infectie buiten het ziekenhuis of zorginstelling zijn interventiemaatregelen noodzakelijk. Er is sprake van een cluster als 2 of meer gezonde personen een MRSA-infectie hebben en er aanwijzingen zijn dat ze door dezelfde bron of door elkaar zijn besmet. Clusters van MRSA-infecties die buiten een zorginstelling zijn opgelopen zijn zeldzaam maar komen wel degelijk voor. In Nederland zijn clusters rond een schoonheidsspecialiste en een voetbalteam beschreven. Het is van belang om bron en contacten te behandelen om uitbraken van infecties te stoppen. MRSA-kolonisatie is niet meldingsplichtig.

**Verwekker** Meticillineresistente *Staphylococcus aureus*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënten moet u melden** Een cluster van 2 of meer patiënten met een MRSA-infectie (bijvoorbeeld een abces of luchtweginfectie), die is ontstaan buiten een ziekenhuis, dient gemeld te worden na vaststelling van de infectie in het laboratorium.

NB. MRSA-infectie ontstaan in het ziekenhuis en MRSA-kolonisatie zijn **niet** meldingsplichtig.

## Paratyfus

Paratyfus is een ernstige infectieziekte met kans op verspreiding van mens op mens. Paratyfus gaat gepaard met algemene ziekteverschijnselen zoals koorts. Een groot deel van de patiënten met paratyfus loopt de ziekte op in het buitenland. Op de patiënt terug te voeren gegevens zijn noodzakelijk in verband met brononderzoek en het nagaan van (gezins)contacten. Een (tijdelijk) verbod op beroepsuitoefening kan nodig zijn als de patiënt werkzaam is in de voedselbereiding.

**Verwekkers** *Salmonella* Paratyphi A, *Salmonella* Paratyphi B, *Salmonella* Paratyphi C

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1928

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met paratyfus dient gemeld te worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Pest

Pest is een ernstige infectieziekte. Er worden 3 vormen onderscheiden: builenpest, longpest en sepsis. Pest wordt overgebracht via vlooien van ratten en andere knaagdieren. Wanneer longpest wordt vermoed is strikte isolatie nodig om verdere verspreiding van de ziekte te voorkomen. De ziekte komt dankzij verbeterde hygiënemaatregelen en antibiotica vooral nog voor onder wilde dieren in Afrika en Azië. Het laatste geval van humane pest in Nederland deed zich voor in 1929. Het betrof een geval van builenpest aan boord van een schip in de haven van Rotterdam.

**Verwekker** *Yersinia pestis*

**Groep** B1

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1897

**Welke patiënt moet u melden** Een pestpatiënt dient gemeld te worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Invasieve pneumokokkenziekte

bij kinderen tot en met 5 jaar

Invasieve pneumokokkenziekte is een ernstige infectieziekte die kan leiden tot levensbedreigende invasieve ziektebeelden zoals meningitis, sepsis en pneumonie. In 2006 is pneumokokkenvaccinatie opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. De meldingsplicht is beperkt tot kinderen tot en met 5 jaar. Invasieve pneumokokkenziekte is meldingsplichtig om de vaccinatiestatus van kinderen na te gaan en vaccinfalen op te sporen, maar ook om een eventuele verschuiving van typen te monitoren. Het vaccin beschermt tegen 7 van de 90 voorkomende typen.

**Verwekker** *Streptococcus pneumoniae*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met invasieve pneumokokkenziekte dient gemeld te worden na bevestiging in het laboratorium (aantonen van *S. pneumoniae* in een normaal steriele plaats) en geldt alleen voor patiënten tot en met 5 jaar.

## Pokken

Pokken is een ernstige infectieziekte met huidlaesies en wordt veroorzaakt door het pokkenvirus (variolavirus). Variola is sinds 1980 wereldwijd uitgeroeid. Het laatste pokkengeval was in 1977. Het variolavirus wordt nog in enkele laboratoria bewaard voor wetenschappelijk onderzoek en de kans dat het uit deze laboratoria ontsnapt is te verwaarlozen. Toch is men bang dat enkele groeperingen pokkenvirus kunnen gebruiken voor een terroristische aanslag. Dit is in 2004 de reden geweest om de meldingsplicht opnieuw in te voeren. Een onverwijld melding van een (verdacht) geval is van groot belang voor het treffen van adequate bestrijdingsmaatregelen, zoals vaccineren.

**Verwekker** variolavirus

**Groep** A

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2004

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt waarbij u pokken vermoedt dient u onverwijld te melden.

## Polio

Polio is een ernstige verlamingsziekte, die kan leiden tot blijvende invaliditeit of de noodzaak tot beademing. Via het Rijksvaccinatieprogramma wordt tegen polio gevaccineerd. De WHO spant zich in om polio wereldwijd uit te roeien via een grootschalig vaccinatieprogramma. Poliovirus van het type 2 is wereldwijd uitgeroeid. Nederland kent een grote groep ongevaccineerden met veel onderlinge contacten, waardoor Nederland een risicogebied is voor een polio-epidemie. De laatste polio-epidemie in ons land was in 1992-1993. Een onverwijld melding van een (verdacht) geval is van groot belang voor het treffen van adequate bestrijdingsmaatregelen, zoals hygiënemaatregelen, isolatie en het aanbieden van vaccinatie tegen polio voor vatbare groepen.

**Verwekkers** poliovirus type 1 en 3

**Groep** A

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1923

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt waarbij u polio vermoedt dient u onverwijld te melden.

## Psittacose

Psittacose of papegaaizenziekte is een ernstige longontsteking. De ziekte is afkomstig van papegaaien, parkieten, duiven of kippen en wordt veroorzaakt door *Chlamydophila psittaci*. Eind 2007 vond er een psittacose-epidemie plaats in Weurt na een vogelshow, waarbij tientallen mensen ziek werden. Het is van belang om bij patiënten contact met vogels na te gaan en de herkomst van de vogels te traceren. Zo nodig kunnen vogels behandeld worden.

**Verwekker** *Chlamydophila psittaci*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1940

**Welke patiënt moet u melden** Een psittacosepatiënt dient u te melden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Q-koorts

Q-koorts is een zoönose die wereldwijd voorkomt en waarbij koeien, schapen en geiten de belangrijkste bron van besmetting voor de mens vormen. De ziekteverschijnselen van Q-koorts zijn zeer variabel en niet specifiek. In 2007 en 2008 waren er grote epidemieën van Q-koorts in Noord-Brabant. Het is van belang om bij patiënten de bron van Q-koorts op te sporen, onder andere door contact met landbouwhuisdieren na te gaan en besmette dieren te behandelen.

**Verwekker** *Coxiella burnetii*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1975

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met Q-koorts dient u te melden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Rabiës

Rabiës of hondsdolheid is een bijna altijd dodelijke hersenziekte en wordt overdragen via rabide dieren. In 2007 overleed een vrouw nadat zij was gekrabbd door een vleermuis tijdens een verblijf in Kenia. In Nederland komt een bepaald type rabiësvirus alleen nog voor onder vleermuizen, maar is blootstelling theoretisch ook mogelijk via geïmporteerde dieren. Blootstelling aan rabide dieren dient te worden nagegaan bij elk geval van rabiës. Ook worden contacten van de patiënt uit voorzorg gevaccineerd.

**Verwekker** rabiësvirus

**Groep** B1

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1928

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt waarbij u rabiës vermoedt of de diagnose in het laboratorium wordt bevestigd dient u binnen 24 uur te melden.

## Rubella

Rubella of rodehond is een ziekte die bij kinderen mild verloopt, maar bij ongeboren kinderen kan de ziekte leiden tot ernstige afwijkingen, zoals congenitaal rubellasyndroom. Via het Rijksvaccinatieprogramma wordt gevaccineerd tegen rubella. In 2005 vond een epidemie plaats onder ongevaccineerden, met 364 bevestigde gevallen. Het opsporen van niet-immune zwangeren die zijn blootgesteld aan een rubellapatiënt is van belang. Daarnaast zijn patiëntgegevens met vaccinatiestatus van belang om de effectiviteit van rubellavaccinatie na te gaan en vaccinatiecampagnes te starten.

**Verwekker** rubellavirus

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1950

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met rubella dient u na vaststelling van de infectie in het laboratorium te melden. Als er geen laboratoriumdiagnostiek gedaan wordt, dient u patiënten met klinische verschijnselen van rubella die contact hebben gehad met een bevestigde patiënt in bijvoorbeeld klas of gezin, te melden.

## Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

SARS is een ernstige infectieziekte. Het ziektebeeld is een atypische pneumonie. In 2002-2003 was er een wereldwijde SARS-epidemie met meer dan 8.000 patiënten. De epidemie werd veroorzaakt door een nieuw coronavirus. Bronopsoring, contactonderzoek en hygiënemaatregelen zijn van groot belang. Bij (het vermoeden van) patiënten met SARS is strikte isolatie noodzakelijk om verspreiding te voorkomen. Een onverwijld melding van een (verdacht) geval is dan ook van groot belang. Vanwege de internationale gevolgen van deze ziekte geldt voor SARS een meldingsplicht aan de WHO.

**Verwekker** SARS-coronavirus

**Groep** A

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2003

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt waarbij u SARS vermoedt dient u onverwijld te melden.

## Shigellose

Shigellose is een erg besmettelijke infectieziekte. Een van de belangrijkste ziekteverschijnselen is slijmerige diarree met bloed. Naast contactonderzoek wordt ook brononderzoek gedaan in verband met de mogelijkheid van voedsel als besmettingsbron. Personen die werkzaam zijn in de voedselbereiding worden gecontroleerd totdat feceskweken negatief zijn.

**Verwekkers** *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii*, *Shigella sonnei*

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1873

**Welke patiënt moet u melden** Een shigellosepatiënt moet gemeld worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## STEC/enterohemorragische *E. coli*-infectie

STEC/enterohemorragische *E. coli*-infectie is een ernstige infectie met diarree of hemolytisch uremisch syndroom (HUS) als belangrijkste ziektebeelden. Bij een shigatoxineproducerende *E. coli*-infectie (zoals type O157) is het van belang om in verband met de mogelijkheid van voedsel als besmettingsbron, potentiële voedselbronnen na te gaan. Personen die werkzaam zijn in de levensmiddelenindustrie worden gecontroleerd totdat feceskweken negatief zijn.

**Verwekker** Shigatoxineproducerende *Escherichia coli*

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1999

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met STEC/enterohemorragische *E. coli*-infectie moet gemeld worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Invasieve groep A-streptokokkeninfectie

Invasieve groep A-streptokokkeninfectie is een ernstige infectieziekte. Afhankelijk van de lokalisatie kan een breed spectrum aan ziektebeelden ontstaan. Binnen het gezin of de directe omgeving kan behandeling met chemoprofylaxe aangewezen zijn. Tevens kunnen door de meldingsplicht clusters worden ontdekt en bronnen worden opgespoord.

**Verwekker** *Streptococcus pyogenes*

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met invasieve groep A-streptokokkeninfectie dient gemeld te worden bij sepsis, necrotiserende fasciitis of andere infecties met een ernstig beloop en na bevestiging in het laboratorium (aantonen van *Streptococcus pyogenes* in materiaal afkomstig uit een normaal steriele plaats).



## Tetanus

Tetanus is een ernstige infectieziekte die zonder behandeling dodelijk is. Tetanus wordt ook wel kaakklem of wondkramp genoemd. De ziekte veroorzaakt spierkrampen en kan leiden tot ernstige ademhalingsproblemen. Tegen tetanus wordt gevaccineerd via het Rijksvaccinatieprogramma. Om een goed beeld van de werkzaamheid van het vaccin te verkrijgen is tetanus een meldingsplichtige infectieziekte. In het buitenland worden kleine epidemieën onder injecterende druggebruikers gemeld.

**Verwekker** *Clostridium tetani*

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** De ziekte tetanus wordt meestal gesteld op basis van klinische symptomen. Slechts sporadisch kan *C. tetani* uit de wond worden gekweekt.

## Trichinose

Trichinose is een spierziekte die wordt veroorzaakt door *Trichinella*, een parasiet behorend tot de nematoden. *Trichinella spiralis*, een rondworm, komt voor in vlees van dieren. Sinds 1926 is de Nederlandse veestapel vrij van *Trichinella spiralis*, maar in het wild levende dieren niet. Bij het eten van rauw of onvoldoende verhit vlees kan de mens besmet raken. In Nederland loopt men eigenlijk alleen kans geïnfecteerd te worden door het eten van onvoldoende gecontroleerd en verhit vlees.

**Verwekkers** *Trichinella spiralis*, andere *Trichinella*-soorten

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1975

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met trichinose moet gemeld worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.

## Tuberculose

Tuberculose is een infectie door bacteriën van het *Mycobacterium tuberculosis*-complex, die arogeen overdraagbaar zijn. In tweederde van de tuberculosegevallen is er sprake van een aandoening van de longen, maar alle orgaansystemen in het lichaam kunnen aangedaan zijn. Het is van belang om bij vaststelling van de diagnose infectieuze patiënten zo spoedig mogelijk te isoleren en contacten te onderzoeken op actieve ziekte of latente infectie en een (preventieve) behandeling te starten.

**Verwekkers** *Mycobacterium tuberculosis*-complex

**Groep** B1

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1980

**Welke patiënt moet u melden** Een tuberculosepatiënt moet gemeld worden bij vaststelling van de klinische diagnose, na instelling van de tuberculosebehandeling of na vaststelling van de bacterie in het laboratorium in het directe microscopische preparaat, door PCR of door kweek.

## Virale hemorrhagische koorts

Lassakoorts en ziekten die worden veroorzaakt door Krim-Congovirus, Ebolavirus of Marburgvirus zijn zeer ernstige, besmettelijke infectieziekten, waartegen geen vaccin bestaat. Het is van belang om bij vermoeden patiënten zo spoedig mogelijk geïsoleerd te verplegen en contacten na te gaan. In 2000 werd een patiënt met lassakoorts gemeld. In 2008 werd in Nederland een importgeval van Marburg hemorrhagische koorts vastgesteld.

**Verwekkers** Onder andere Krim-Congovirus, Lassavirus, Ebolavirus, Marburgvirus

**Groep** B1

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1977

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt waarbij u virale hemorrhagische koorts vermoedt of waarbij de diagnose in het laboratorium wordt bevestigd dient u binnen 24 uur te melden.

## Voedselinfectie

voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron

Voedselinfectie veroorzaakt meestal, maar niet uitsluitend, gastro-enteritis. Bij een voedselinfectie bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron is het nodig om potentieel besmette voedselbronnen op te sporen en uit de handel te nemen. De onderlinge relatie kan blijken uit een vergelijkbaar klinisch beeld, opvallende overeenkomst in tijdstip van ziekte, dezelfde verwekker of hetzelfde subtype. Het gaat om meerdere verwekkers: *Salmonella*, *Campylobacter* of norovirus, maar ook minder frequent voorkomende verwekkers zoals *Giardia*, *Clostridium perfringens*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* etc.

**Verwekkers** Diverse

**Groep** B2

**Jaar van invoering meldingsplicht** 1975

**Welke patiënten moet u melden** Gemeld dient te worden wanneer er sprake is van 2 of meer patiënten met dezelfde ziekteverschijnselen of verwekkers en een onderlinge epidemiologische of microbiologische relatie wijzend op voedsel als bron.

## West-Nilevirusinfectie

West-Nilevirus kan encefalitis en meningitis veroorzaken. In de Verenigde Staten is West-Nilevirusinfectie voor het eerst gesignaleerd in 1999 en heeft sindsdien duizenden ziektegevallen en honderden overlijdensgevallen veroorzaakt. In Nederland komt een aantal muggensoorten voor die in potentie als vector voor het virus kunnen fungeren. Vooralsnog is West-Nilevirusinfectie een importziekte, maar bij elke melding moet worden uitgesloten dat de ziekte is opgelopen in Nederland. Tot 2008 bestond er geen meldingsplicht en werden slechts enkele importgevallen vastgesteld.

**Verwekker** West-Nilevirus

**Groep** C

**Jaar van invoering meldingsplicht** 2008

**Welke patiënt moet u melden** Een patiënt met West-Nilevirusinfectie moet gemeld worden na bevestiging van de infectie in het laboratorium.



# Overzichten



# Overzichten

In dit hoofdstuk vindt u verschillende informatieve overzichten.

Op de volgende bladzijden vindt u:

- Historisch overzicht van meldingen van infectieziekten in Nederland van 2001-2007
- Leeswijzer bij relevante wetteksten
- Overzichtskaart GGD-regio's
- Adressen van GGD'en
- Synoniemen van ziekten

## Historisch overzicht van meldingen van infectieziekten in Nederland van 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Groep A</b>							
Pokken	**	**	**	-	-	-	-
Polio	-	-	-	-	-	-	-
SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)	**	**	**	-	-	-	-
<b>Groep B</b>							
Botulisme	2	1	1	-	-	1	1
Buiktyfus (typhoid fever)	39	24	38	32	34	23	22
Cholera	3	1	1	1	4	3	3
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob – klassiek	**	7	11	14	20	14	18
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob – variant	**	-	-	-	1	-	1
Difterie	-	-	-	-	-	-	-
Febris recurrens	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis A	701	430	371	443	222	258	168
Hepatitis B	1.631	1.858	1.880	1.817	1.856	1.807	1.819
- waarvan acuut	199	266	281	309	282	267	224
Hepatitis C (recent opgelopen)*	24	15	12	35	28	30	44
Kinkhoest	6.986	5.877	2.652	8.928	6.759	4.164	7.374
Legionellose	182	288	195	241	280	455	322
Mazelen	17	3	3	12	3	1	4
Meningokokkenziekte	770	655	356	305	260	168	195
Paratyfus A	11	11	17	20	10	20	10
Paratyfus B	26	7	13	17	9	15	21
Paratyfus C	1	-	6	-	2	-	2
Pest	-	-	-	-	-	-	-
Rabiës	-	-	-	-	-	-	1
Shigellose	346	249	256	348	415	268	384
Tuberculose	1.492	1.415	1.315	1.324	1.155	1.021	960
Virale hemorrhagische koorts	-	-	-	-	-	-	-
Vlektyfus	-	-	-	-	-	-	2
Voedselinfectie - explosies	101	81	86	48	44	49	44
- enkele gevallen	36	53	64	45	44	41	49



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Groep C</b>							
Antrax (miltvuur)	-	-	-	-	-	-	-
Brucellose	1	5	4	8	5	6	5
Gele koorts	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirose	24	30	19	28	29	22	37
Malaria	569	393	348	302	310	251	210
Psittacose	23	17	24	34	48	76	52
Q-koorts	14	14	10	19	5	10	132
Rubella	4	3	1	34	362	13	4
STEC / Enterohemorragische <i>E. coli</i>	50	43	57	43	61	45	96
Trichinose	2	-	3	-	-	-	-

Deze tabel is gebaseerd op definitieve meldingen geaccordeerd door het RIVM volgens de Infectieziektenwet uit 1998. De tabel is weergegeven volgens de indeling van die wet.

\* vanaf 1-10-2003 is uitsluitend de acute vorm van hepatitis C meldingsplichtig

\*\* niet meldingsplichtig in het betreffende jaar

## Leeswijzer bij relevante wetteksten

De Wet collectieve preventie (1989), de Infectieziektenwet (1998) en de Quarantainewet (1963) zijn ingetrokken en opgegaan in de Wet publieke gezondheid. In de Wet publieke gezondheid vindt u nu alle aspecten ten aanzien van de volksgezondheid: de taakverdeling en organisatie, de speciale bevoegdheden, de uitvoeringsvoorschriften en de controle en sancties.

De artikelen die betrekking hebben op de infectieziektebestrijding vormen samen een omvangrijk deel van de Wet publieke gezondheid. Bij de Wet horen ook het Besluit en de Ministeriële regeling publieke gezondheid, waarin onder meer de groep C-ziekten en meldingstermijnen voor laboratoria zijn opgenomen. Onderstaand wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste vindplaatsen in de wet.

### Hoofdstuk I: Definities

De meeste definities hebben betrekking op een aspect van de infectieziektebestrijding. Hier worden ook de meldingsplichtige ziekten gevonden, ingedeeld in groepen A, B1, B2 en C.

- Groep A (art.1, e), groep B1 (art.1, f), groep B2 (art.1, g)
- Omwille van flexibiliteit is groep C vastgesteld in artikel 12 van het Besluit publieke gezondheid.
- Voor de melding van hepatitis B en C, MRSA-infecties en pneumokokkenziekte zijn beperkende voorwaarden gesteld in artikel 2 van de Ministeriële regeling.

### Hoofdstuk II: Taakverdeling tussen het Rijk en de Gemeenten

Paragraaf 3 behandelt specifiek de Infectieziektebestrijding:

- Het college van B&W is verantwoordelijk voor algemene infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en soabestrijding, inclusief preventie en bron- en contactonderzoek (art. 6, 1a en b).
- De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding bij uitbraken (art. 6, lid 2).
- De minister heeft de leiding bij uitbraken van A-ziekten, bij internationale implicaties of wanneer een burgemeester om overname van de leiding heeft verzocht (art. 7).
- Bij schaarste aan levensreddende middelen kan de minister regels stellen over de verdeling daarvan in de bevolking (art. 11).

### Hoofdstuk V: Bijzondere bepalingen Infectieziektebestrijding

In dit hoofdstuk worden alle plichten van artsen, laboratoria, GGD'en, exploitanten van havens en luchthavens geregeld, alsmede de bevoegdheden van de burgemeester, de arts infectieziektebestrijding en de Officier van Justitie.

- Paragraaf 1 Bepaalt dat ziekten zo nodig direct meldingsplichtig kunnen worden gemaakt, met instemming achteraf van de Staten-Generaal (art. 20).
- Paragraaf 2 Behandelt de **meldingsplicht** van artsen (art. 21-24), laboratoria (art. 25) en van hoofden van instellingen waar kwetsbare groepen verblijven (art. 26). De meldingsplicht van de GGD aan de burgemeester (art. 27) en aan het RIVM (art. 28). De termijn waarbinnen het hoofd van het laboratorium moet melden is geregeld in artikel 3 van de Ministeriële regeling.
- Paragraaf 3 Behandelt de **maatregelen** die de burgemeester aan (vermoedelijk) infectieuze personen onder dwang op kan leggen: isolatie, medisch onderzoek, quarantaine, verbod op beroeps/bedrijfsuitoefening (art. 30-38). De uitvoering van de maatregelen is voorbehouden aan de GGD (art. 37).
- Paragraaf 4 Behandelt rechtsbijstand en **rechtsbescherming** van personen die aan een dwangmaatregel onderworpen worden (art. 39-46).
- Paragraaf 5 Behandelt de maatregelen die de burgemeester kan opleggen aan de eigenaars van **besmette goederen**, gebouwen en vervoersmiddelen; bevoegdheid tot controle en bemonstering, verbod op gebruik, sluiten van gebouwen, vernietiging van goederen inclusief vectoren (art. 47).
- Paragraaf 6 Behandelt de eisen die gesteld worden aan exploitanten van aangewezen **havens en luchthavens** (art. 48-49); de meldingsplichten van gezagvoerders, verkeersleiding en vervoerexploitanten (art. 50) en de maatregelen die de burgemeester hen dwingend op kan leggen (art. 50-56); de afgifte van certificaten van sanitaire controle voor schepen (art. 57).
- Paragraaf 7 Regelt de afgifte van internationaal geldige **certificaten van inenting**.

## Hoofdstuk VI: Financiële bepalingen

In dit hoofdstuk wordt het algemene uitgangspunt neergelegd, dat kosten en/of verlies van inkomsten als gevolg van gedwongen maatregelen ter bescherming van de gemeenschap in beginsel voor rekening van de gemeente komen, wanneer deze niet tot het reguliere bedrijfsrisico gerekend kunnen worden.

- Voor de infectieziektebestrijding mag aan burgers geen eigen bijdrage gevraagd worden (art. 59).
- De gemeente of het rijk dragen de kosten van maatregelen die krachtens hoofdstuk V genomen worden (art. 60, lid 1, 2 en 4). Maar verhaal op personen is mogelijk wanneer deze niet meewerkten (lid 5).
- Bepaalde kosten komen voor rekening van exploitanten van havens, luchthavens of vervoersbedrijven (art. 60, lid 3 en art. 61), maar een bijdrage in de kosten door het rijk is soms mogelijk (art. 60, lid 6).

## Hoofdstuk VII: Handhaving

In dit hoofdstuk wordt bepaald dat de ambtenaren van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid belast zijn met het toezicht op de naleving van de Wet publieke gezondheid, het Besluit publieke gezondheid en de Ministeriële regeling (art. 64). De burgemeester en de ambtenaren van de GGD zijn bevoegd om elke plaats te betreden bij vermoeden van een infectie of besmetting. De politie verleent zo nodig bijstand (art. 65).

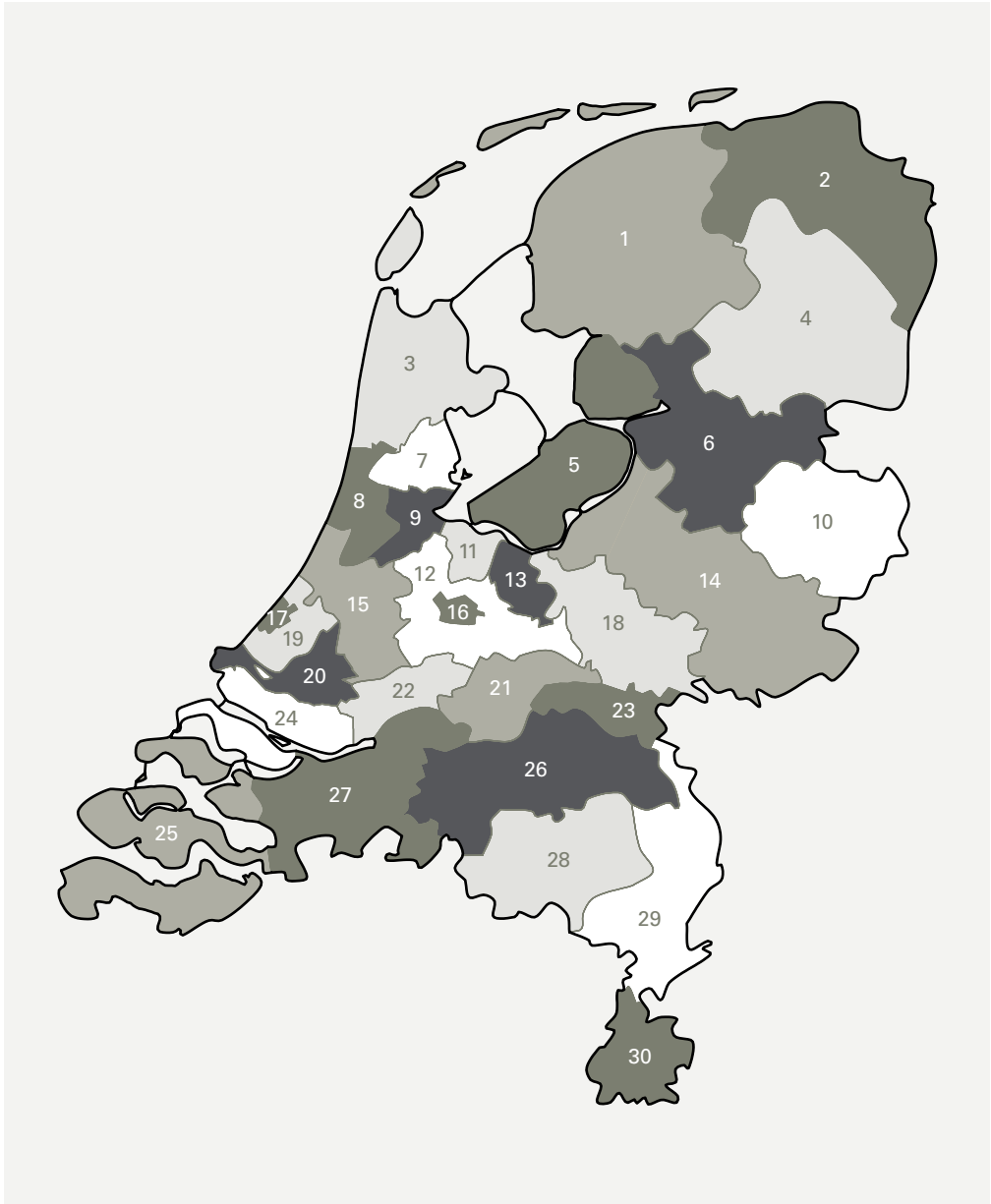
### Paragraaf 2 Strafbepalingen.

- De arts, het laboratoriumhoofd, het hoofd van een instelling, de gezagvoerder, die meldingsplichtig zijn en zich aan hun plicht onttrekken, kunnen worden bestraft met ten hoogste 2 maanden hechtenis of geldboete van de tweede categorie (art. 66).
- Gezagvoerders, bedrijfsverantwoordelijken of individuele personen die zich aan dwingend opgelegde maatregelen onttrekken of deze niet uitvoeren, riskeren een gevangenisstraf oplopend tot 4 jaar of geldboete van de vijfde categorie, afhankelijk van de ernst van de situatie (art. 67-68).

**De volledige wettekst** van de Wet publieke gezondheid, het Besluit en de Ministeriële regeling publieke gezondheid zijn te vinden op: [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl).

De memorie van toelichting en overige officiële stukken die bij de behandeling van de wet horen, kunnen gevonden worden onder nummer 31316 bij de officiële parlementaire publicaties: <http://parlando.sdu.nl/cgi/login/anonymous>.

# Overzichtskaart GGD-regio's



- 1 GGD Fryslân
- 2 Hulpverleningsdienst Groningen
- 3 GGD Hollands Noorden
- 4 GGD Drenthe
- 5 GGD Flevoland
- 6 GGD Regio IJssel-Vecht
- 7 GGD Zaanstreek-Waterland
- 8 Hulpverleningsdienst Kennemerland
- 9 GGD Amsterdam
- 10 GGD Regio Twente
- 11 GGD Gooi & Vechtstreek
- 12 GGD Midden-Nederland
- 13 GGD Eemland
- 14 GGD Gelre-IJssel
- 15 GGD Hollands Midden
- 16 GG&GD Utrecht
- 17 Dienst OCW, Gemeente Den Haag
- 18 Hulpverlening Gelderland Midden
- 19 GGD Zuid-Holland West
- 20 GGD Rotterdam-Rijnmond
- 21 GGD Rivierenland
- 22 GGD Zuid-Holland Zuid
- 23 GGD Regio Nijmegen
- 24 GGD Zuidhollandse Eilanden
- 25 GGD Zeeland
- 26 GGD Hart voor Brabant
- 27 GGD West-Brabant
- 28 GGD Brabant-Zuidoost
- 29 GGD Regio Noord- en Midden-Limburg
- 30 GGD Zuid-Limburg

## Adressen van GGD'en\*

#	Instelling	Postadres		
1	GGD Fryslân	Postbus 612	8901 BK	Leeuwarden
2	Hulpverleningsdienst Groningen	Postbus 584	9700 AN	Groningen
3	GGD Hollands Noorden	Postbus 324	1740 AH	Schagen
4	GGD Drenthe	Postbus 144	9400 CA	Assen
5	GGD Flevoland	Postbus 1120	8200 BC	Lelystad
6	GGD Regio IJssel-Vecht	Postbus 1453	8001 BL	Zwolle
7	GGD Zaanstreek-Waterland	Postbus 2056	1500 GB	Zaandam
8	Hulpverleningsdienst Kennemerland	Postbus 98	2130 AB	Hoofddorp
9	GGD Amsterdam	Postbus 2200	1000 CE	Amsterdam
10	GGD Regio Twente	Postbus 1400	7500 BK	Enschede
11	GGD Gooi & Vechtstreek	Postbus 514	1200 AM	Hilversum
12	GGD Midden-Nederland	Postbus 51	3700 AB	Zeist
13	GGD Eemland	Postbus 733	3800 AS	Amersfoort
14	GGD Gelre-IJssel	Postbus 51	7300 AB	Apeldoorn
15	GGD Hollands Midden	Postbus 121	2300 AC	Leiden
16	GG&GD Utrecht	Postbus 2423	3500 GK	Utrecht
17	Dienst OCW, Gemeente Den Haag	Postbus 12652	2500 DP	Den Haag
18	Hulpverlening Gelderland Midden	Postbus 5364	6802 EJ	Arnhem
19	GGD Zuid-Holland West	Postbus 6080	2702 AB	Zoetermeer
20	GGD Rotterdam-Rijnmond	Postbus 70032	3000 LP	Rotterdam
21	GGD Rivierenland	Postbus 6062	4000 HB	Tiel
22	GGD Zuid-Holland Zuid	Postbus 166	3300 AD	Dordrecht
23	GGD Regio Nijmegen	Postbus 1120	6501 BC	Nijmegen
24	GGD Zuidhollandse Eilanden	Postbus 742	3200 AR	Spijkensisse
25	GGD Zeeland	Postbus 345	4460 AS	Goes
26	GGD Hart voor Brabant	Postbus 3166	5203 DD	's-Hertogenbosch
27	GGD West-Brabant	Postbus 3369	4800 DJ	Breda
28	GGD Brabant-Zuidoost	Postbus 810	5700 AV	Helmond
29	GGD Regio Noord- en Midden-Limburg	Postbus 1150	5900 BD	Venlo
30	GGD Zuid-Limburg	Postbus 2022	6160 HA	Geleen

\* Peildatum 8 oktober 2008.

Adressen en telefoonnummers kunnen wijzigen. Raadpleeg voor de meest recente adresgegevens [www.ggd.nl](http://www.ggd.nl).



Bezoekadres		Telefoon overdag	Telefoon buiten kantooruren	Faxnummer
Harlingertrekweg 58	Leeuwarden	058-2334334	058-2334334	058-2136488
Hanszeplein 120	Groningen	050-3674000	050-3674000	050-3674302
Hertog Aalbrechtweg 5	Alkmaar	072-5662662	06-20598775	072-5622227
Overcingellaan 17	Assen	0592-306300	0592-382998	0592-306311
Noorderwagenstraat 2	Lelystad	088-0029910	0320-276211	0320-276277
Zeven Alleetjes 1	Zwolle	038-4281656	038-4281656	038-4281660
Vurehout 2	Zaandam	075-6518316	075-6518316	075-6163016
Spaarnepoort 5	Hoofddorp	023-7891612	023-7891612	023-7891771
Nieuwe Achtergracht 100	Amsterdam	020-5555105	020-5555911	020-5555533
Nijverheidstraat 30	Enschede	053-4876868	053-4876868	053-4876997
Heuvellaan 50	Hilversum	035-6926222	035-6926304	035-6926220
De Dreef 5	Zeist	030-6086086	030-6086086	030-6086000
Zonnehof 10	Amersfoort	033-4678200	033-4678200	033-4678229
Deventerstraat 43	Apeldoorn	088-4433355	088-4433000	088-4433001
Parmentierweg 49	Leiden	071-5163361	071-5163333	071-5146744
Jaarbeursplein 17	Utrecht	030-2863251	030-2199409	030-2863482
Thorbeckelaan 360	Den Haag	070-3537240	070-4244650	070-3537158
Eusebiusbuitensingel 43	Arnhem	026-3773344	026-3773344	026-3773992
Brechtzijde 1	Zoetermeer	079-3430888	079-3430888	079-3435597
Schiedamsedijk 95	Rotterdam	010-4339897	010-4339897	010-4339237
Teisterbantlaan 1b	Tiel	0344-698703	0344-698700	0344-698799
Korte Parallelweg 51	Dordrecht	078-6321832	078-6321832	078-6137074
Groenewoudseweg 275	Nijmegen	024-3297126	024-3297126	024-3226980
Van Hogendorpstraat 50	Spijkensisse	0181-652440	0181-652440	0181-652477
Westwal 37	Goes	0113-249456	0900-3676767	0113-249449
Vogelstraat 2	's-Hertogenbosch	073-6404074	0900-3676767	073-6124515
Doornboslaan 225-227	Breda	076-5282894	0900-3676767	076-5282239
De Callenburgh 2	Helmond	088-0031333	0900-3676767	0492-584899
Drie Decembersingel 50	Venlo	077-8504816	077-8504924	077-8504890
Geleenbeeklaan 2	Geleen	06-55598086	06-55598086	045-5742801

## Synoniemen van ziekten

Acute slappe verlamming (AFP)

*zie polio*

**Antrax 36**

Antrax, Cutane

*zie antrax*

Antrax, Gastro-intestinale

*zie antrax*

Antrax, Respiratoire

*zie antrax*

Arenavirus

*zie virale hemorrhagische koorts*

Aviari influenzavirus

*zie aviari influenzavirus, humane infectie met*

**Aviari influenzavirus, Humane infectie met 36**

Bang, ziekte van

*zie brucellose*

Bacillaire dysenterie

*zie shigellose*

*Bacillus anthracis*

*zie antrax*

*Bacillus cereus*

*zie voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron*

**Bof 37**

Bofvirus

*zie bof*

*Bordetella parapertussis*

*zie kinkhoest*

*Bordetella pertussis*

*zie kinkhoest*

**Botulisme 37**

*Brucella abortus*

*zie brucellose*

*Brucella canis*

*zie brucellose*

*Brucella melitensis*

*zie brucellose*

*Brucella suis*

*zie brucellose*

**Brucellose 38**

**Buiktyfus 38**

Builenpest

*zie pest*

*Campylobacter*

*zie voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron*

CCHF

*zie virale hemorrhagische koorts*

*Chlamydomphila psittaci*

*zie psittacose*

**Cholera 39**

Chronische hepatitis B

*zie hepatitis B*

CJD

*zie Creutzfeldt-Jakob, ziekte van*

*Clostridium botulinum*

*zie botulisme*

*Clostridium perfringens*

*zie voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron*

*Clostridium tetani*

*zie tetanus*

*Corynebacterium diphtheriae*

*zie difterie*

*Corynebacterium ulcerans*

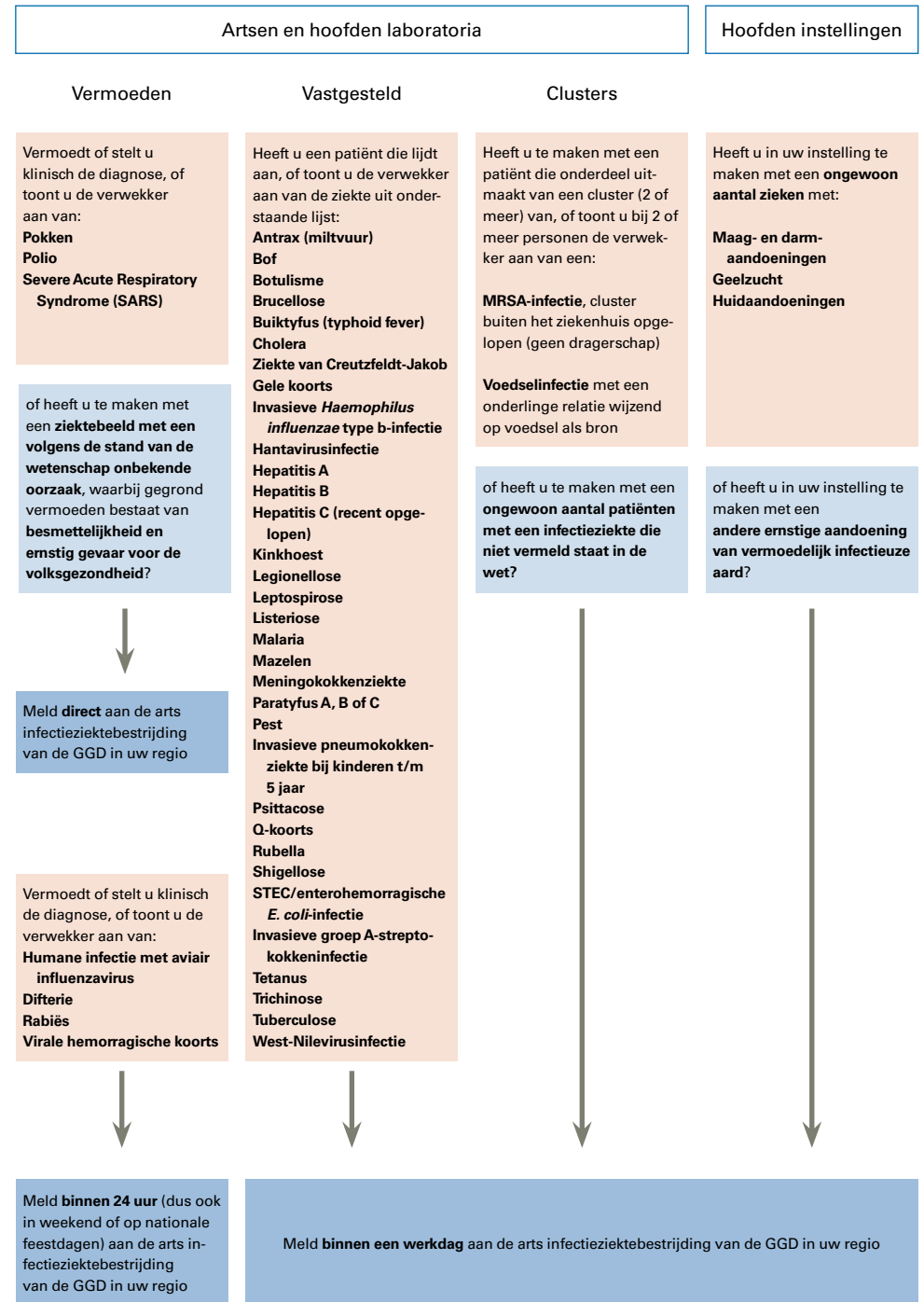
*zie difterie*

- Coxiella burnettii*  
zie *Q-koorts*
- Creutzfeldt-Jakob, ziekte van 40**
- Creutzfeldt-Jakob, ziekte van, klassieke vorm  
zie *Creutzfeldt-Jakob, ziekte van*
- Creutzfeldt-Jakob, ziekte van, variantvorm  
zie *Creutzfeldt-Jakob, ziekte van*
- Crim-Kongo hemorragische koortsvirus  
zie *virale hemorragische koorts*
- Difterie 41**
- Dysenteria bacillaris  
zie *shigellose*
- Ebolavirus  
zie *virale hemorragische koorts*
- EHEC  
zie *STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie*
- Enterohemorragische *E. coli*  
zie *STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie*
- Escherichia coli*  
zie *STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie*
- Fasciitis necroticans  
zie *streptokokken groep A-infectie, invasieve*
- Febris typhoidea  
zie *buiktyfus*
- Febris undulans  
zie *brucellose*
- Filovirus  
zie *virale hemorragische koorts*
- Geelzucht  
zie *hepatitis A, hepatitis B*
- Gele koorts 41**
- Gelekoortsvirus  
zie *gele koorts*
- Griep  
zie *aviar influenzavirus, humane infectie met*
- Groep A-streptokokkeninfectie, Invasieve  
zie *streptokokken groep A-infectie, invasieve*
- Haemophilus influenzae* type B-infectie, Invasieve 42**
- Hamburgerziekte  
zie *STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie*
- Hantavirus  
zie *hantavirusinfectie*
- Hantavirusinfectie 42**
- Hepatitis A 43**
- Hepatitis A-virus  
zie *hepatitis A*
- Hepatitis B 43**
- Hepatitis B-virus  
zie *hepatitis B*
- Hepatitis C 44**
- Hepatitis C-virus  
zie *hepatitis C*
- Hersenvliesontsteking  
zie *meningokokkenziekte, Haemophilus influenzae type B-infectie, invasieve of pneumokokkenziekte, invasieve*
- Hib-ziekte  
zie *Haemophilus influenzae type B-infectie, invasieve*
- Hondsdolheid  
zie *rabiës*
- HUS  
zie *STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie*
- Hemolytisch uremisch syndroom  
zie *STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie*
- Influenzavirus van een nieuw subtype zie *aviar influenzavirus, humane infectie met*
- Invasieve pneumokokkenziekte zie *pneumokokkenziekte, invasieve*

- Invasieve *Haemophilus influenzae*-infectie  
*zie Haemophilus influenzae type B-infectie, invasieve*
- Kinderverlamming  
*zie polio*
- Kinkhoest 44**
- Krim-Congo Hemorragische koorts  
*zie virale hemorragische koorts*
- Lassavirus  
*zie virale hemorragische koorts*
- Legionella non-pneumophila*  
*zie legionellose*
- Legionella pneumophila*  
*zie legionellose*
- Legionellose 45**
- Leptospirose 45**  
*Leptospirose interrogans*  
*zie leptospirose*
- Listeria monocytogenes*  
*zie listeriose*
- Listeriose 46**
- Longpest  
*zie pest*
- Malaria 46**
- Maltakoorts  
*zie brucellose*
- Marburgvirus  
*zie virale hemorragische koorts*
- Mazelen 47**
- Mazelenvirus  
*zie mazelen*
- Melkerskoorts  
*zie leptospirose*
- Meningokokkenziekte 47**
- Meningokokkose  
*zie meningokokkenziekte*
- Meticillineresistente *Staphylococcus aureus*  
*zie MRSA-infectie, clusters van*
- Miltvuur  
*zie antrax*
- Modderkoorts  
*zie leptospirose*
- Morbilli  
*zie mazelen*
- MRSA-infectie, clusters van 48**
- Mycobacterium tuberculosis*  
*zie tuberculose*
- Mycobacterium tuberculosis-complex*  
*zie tuberculose*
- Necrotiserende fasciitis  
*zie streptokokken groep A-infectie, invasieve*
- Nefropathica endemica (NE)  
*zie hantavirusinfectie*
- Neisseria meningitidis*  
*zie meningokokkenziekte*
- Nekkrimp  
*zie meningokokkenziekte*
- Norovirus  
*zie voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron*
- Papegaaienziekte  
*zie psittacose*
- Paratyfus A, B, C 48**
- Parotitis  
*zie bof*
- Pertussis  
*zie kinkhoest*
- Pest 49**
- Plasmodium falciparum*  
*zie malaria*

- Plasmodium malariae*  
zie malaria
- Plasmodium ovale*  
zie malaria
- Plasmodium vivax*  
zie malaria
- Pneumokokkenziekte, Invasieve 49**
- Pokken 50**
- Pokkenvirus  
zie pokken
- Polio 50**
- Poliomyelitis  
zie polio
- Poliomyelitis anterior acuta  
zie polio
- Poliovirustype 1  
zie polio
- Poliovirustype 3  
zie polio
- Prion  
zie Creutzfeldt-Jakob, ziekte van
- Psittacose 51**
- Puumalavirus  
zie hantavirusinfectie
- Q-koorts 51**
- Rabiës 52**
- Rabiësvirus  
zie rabiës
- Rodehond  
zie rubella
- Rubella 52**
- Rubellavirus  
zie rubella
- Salmonella*  
zie voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron
- Salmonella* Paratyphi A  
zie paratyfus A, B, C
- Salmonella* Paratyphi B  
zie paratyfus A, B, C
- Salmonella* Paratyphi C  
zie paratyfus A, B, C
- Salmonella* Typhi  
zie buiktyfus
- SARS-coronavirus  
zie Severe Acute Respiratory Syndrome
- Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) 53**
- Shigatoxineproducerende *Escherichia coli*  
zie STEC/Enterohemorragische *E. coli*-infectie
- Shigella boydii*  
zie shigellose
- Shigella dysenterica*  
zie shigellose
- Shigella flexneri*  
zie shigellose
- Shigella sonnei*  
zie shigellose
- Shigellose 53**
- Spietrichine  
zie trichinose
- Spongiforme encefalopathieën  
zie Creutzfeldt-Jakob, ziekte van
- Staphylococcus aureus*  
zie MRSA-infectie, clusters van
- STEC/Enterohemorragische *E. coli*-infectie 54**

- Streptococcus pneumoniae*  
zie pneumokokkenziekte, invasieve
- Streptococcus pyogenes*  
zie streptokokken groep A-infectie, invasieve
- Streptokokken groep A-infectie, invasieve 54**
- TBC  
zie tuberculose
- Tetanus 55**
- Trichinella spiralis*  
zie trichinose
- Trichinose 55**
- Tuberculose 56**
- Tyfus  
zie buiktyfus
- Typhoid fever  
zie buiktyfus
- Variolavirus  
zie pokken
- vCJD  
zie Creutzfeldt-Jakob, ziekte van
- Veteranen­ziekte  
zie legionellose
- Vibrio cholerae* serotype O1  
zie cholera
- Vibrio cholerae* serotype O139  
zie cholera
- Virale hemorragische koorts 56**
- Voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron 57**
- Voedsel­vergiftiging  
zie voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron
- Vogelgriep  
zie aviair influenzavirus, humane infectie met
- Vogel­pest  
zie aviair influenzavirus, humane infectie met
- VTEC  
zie STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie
- Weil, ziekte van  
zie leptospirose
- West-Nilevirus  
zie West-Nilevirusinfectie
- West-Nilevirusinfectie 57**
- Yersinia pestis*  
zie pest



## Vuistregels voor de praktijk

Wie moet melden? Artsen, hoofden van laboratoria en hoofden van instellingen.

Welke ziekten moeten gemeld worden? Alle infectieziekten waarbij bestrijdingsmaatregelen noodzakelijk zijn. Voor details zie ommezijde.

Bij wie moet gemeld worden? Bij de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied.

Hoe moet gemeld worden? Een vermoeden op pokken, polio of SARS dient u onverwijld per telefoon te melden aan de arts infectieziektebestrijding van de GGD in uw werkgebied. Humane infecties met aviaire influenzavirus, difterie, rabiës en virale hemorrhagische koorts dient u binnen 24 uur per telefoon te melden, dus ook in het weekend of op nationale feestdagen. Overleg over de wijze waarop u de overige meldingen doet met de GGD in uw werkgebied. Verzekert u ervan dat de melding daadwerkelijk is aangekomen bij de GGD.

Hoe snel moet gemeld worden? Zo snel mogelijk, zodat tijdig maatregelen getroffen kunnen worden. Voor details zie ommezijde.

Is het verplicht om te melden? Ja, als u niet meldt bent u strafbaar. Het medisch beroepsgeheim geldt niet voor de meldingsplicht aan de GGD.

## RIVM

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)