

INFECTIEZIEKTEN | *Bulletin*

NUMMER 8 OKTOBER 2008

JAARGANG 19

Een selectie van de onderwerpen

- Toediening van verlopen influenzavaccin in het Nationaal Programma Grieppreventie
- Kosten van infectieziekten stijgen bovengemiddeld
- Partnerwaarschuwing bij hiv
- Uitbraak van hepatitis A onder mensen met een verstandelijke handicap

rivm

Het Infectieziekten Bulletin is een uitgave van het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in samenwerking met de GGD'en, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Vereniging voor Infectieziekten en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het Infectieziekten Bulletin is een medium voor communicatie en informatie ten behoeve van alle organisaties en personen die geïnformeerd willen zijn op gebied van infectieziekten en infectieziektebestrijding in Nederland. De verantwoordelijkheid voor de artikelen berust bij de auteurs. Overname van artikelen is alleen mogelijk na overleg met de redactie, met bronvermelding en na toestemming van de auteur.

COLOFON

Hoofdredactie	Mw. W.L.M. Ruijs , Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM (helma.ruijs@rivm.nl)
Eindredactie	P. Bijkerk , Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM (paul.bijkerk@rivm.nl) Postbus 1, 3720 BA Bilthoven Telefoon: (030) 274 35 51 Fax: (030) 274 44 09
Redactiesecretariaat	Mw. M. Bouwer , Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM (marion.bouwer@rivm.nl) Telefoon: (030) 274 30 09 Fax: (030) 274 44 09
Redactieraad	G.R. Westerhof , namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (gr.westerhof@igz.nl) B. Mulder , namens de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (b.mulder@labmicta.nl) C.A.J.J. Jaspers , namens de Vereniging voor Infectieziekten (c.a.j.j.jaspers@mindef.nl) H.C. Rümke , namens de Interfacultaire Werkgroep Pediatrische Infectiologie (rumke@vaxinostics.com) Mw. A. Rietveld , namens het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding van de GGD'en (a.rietveld@ggdhvb.nl) Mw. T.D. Baayen , namens de V&VN verpleegkundigen openbare gezondheidszorg (dbaayen@ggd.amsterdam.nl) Mw. A. Suijkerbuijk , namens Epidemiologie en Surveillance, Cib, RIVM (awm.suijkerbuijk@rivm.nl) Mw. C.A.C.M van Els , namens het Nederlands Vaccin Instituut (cecile.van.els@nvi-vaccin.nl) J.H. Richardus , namens afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC (j.richardus@erasmusmc.nl) B. Wilbrink , namens het Laboratorium voor Infectieziekten en Screening, Cib, RIVM (berry.wilbrink@rivm.nl) Mw. J. Rahamat , namens Epidemiologie en Surveillance, Cib, RIVM (jnette.rahamat@rivm.nl)
Ontwerp en layout	Uitgeverij RIVM
Productie	Reprocentrum RIVM

Nieuwe abonnementen of adreswijzigingen graag doorgeven aan:

RIVM Postbus 1
3720 BA Bilthoven
Telefoon: (030) 274 22 62
Fax: (030) 274 44 12
E-mail: reprocentrum@rivm.nl

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

Het Infectieziekten Bulletin op Internet: <http://www.infectieziektenbulletin.nl>

ISSN-nummer: 0925-711X

IN DIT NUMMER

Gesignaleerd

C.M. de Jager

248

Berichten

Kosten van infectieziekten stijgen bovengemiddeld

L.C.J. Slobbe en M.J.J.C. Poos

250

Verslag expertmeeting 'Partnerwaarschuwing bij hiv':

Nog onvoldoende zicht op de effectiviteit van
partnerwaarschuwing

I. Schreuder en E. op de Coul

253

Uit het veldUitbraak van hepatitis A onder verstandelijk
gehandicaptenM. Dekker, L. Bovee, G. Baaten, G. Sonder en
A. van den Hoek

255

ArtikelenToediening van verlopen influenzavaccin in het
Nationaal Programma Grieppreventie

258

M.A.E. Conyn-van Spaendonck, M.A.B. van der Sande en
J. Wieringa**Abstracts**

261

Registraties Infectieziekten

Meldingen Infectieziektenwet

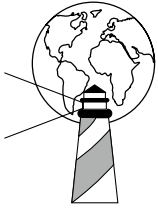
262

Meldingen virologische ziekteverwekkers

263

Vragen uit de praktijk

264



G E S I G N A L E E R D

Deze rubriek belicht binnen- en buitenlandse signalen op infectieziektegebied. De berichten zijn afkomstig uit 3 bronnen: het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR), Inf@ct en het signaleringsoverleg. Het LCR brengt risico's voor reizigers in kaart en adviseert hen over preventieve maatregelen. Inf@ct is de elektronische berichtenservice van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM-CIb. In het signaleringsoverleg wordt wekelijks op het CIb gesproken over toename van bestaande of opkomst van nieuwe infectieziekten. Hieronder volgt een overzicht van de signalen tot en met 10 september 2008.

Binnenland
Mazelen in Nederland

Sinds het begin van de mazelenepidemie zijn er door GGD Den Haag 53 gevallen van mazelen gemeld in Osiris. Het aantal lijkt af te nemen. Buiten Den Haag zijn sinds juni 16 gevallen van mazelen gemeld door 12 GGD'en. Vier meldingen zijn gerelateerd aan het cluster in Den Haag. Zeven meldingen zijn gerelateerd aan een antroposofisch jeugdkamp dat werd bezocht door kinderen uit verschillende delen van het land. Daarnaast zijn er nog 2 gevallen gerelateerd aan een kamp in Frankrijk. Tot nu toe betreffen de meldingen vooral kinderen die vanwege levensbeschouwelijke, antroposofische redenen niet zijn gevaccineerd. Er zijn nog geen signalen van verspreiding naar de bevindelijk gereformeerde groeperingen (Bron: RIVM-CIb).

Veel meldingen van legionellose

In augustus waren er veel meldingen van legionellose. Het gaat om 63 meldingen met een eerste ziektedag in augustus. In 2007 waren er in totaal 42 meldingen met een eerste ziektedag in augustus (in 2006: 120, 2005: 50, 2004: 36). Ruim de helft van de patiënten die ziek werden in augustus liep de infectie in Nederland op. De leeftijdsverdeling laat geen bijzonderheden zien. De meldingen komen van verschillende GGD'en, maar vooral één GGD in het westen van het land heeft met 7 meldingen zonder buitenlandse reis relatief veel gevallen (Bron: RIVM-CIb).

Buitenland
Mazelen in de Verenigde Staten

Tussen januari en juli 2008 zijn 131 patiënten met mazelen in de Verenigde Staten aan het CDC gerapporteerd. Dat is veel meer dan de gemiddeld 63 patiënten die per jaar tussen 2000 en 2008 zijn gemeld. Driekwart van de patiënten is jonger dan 20 jaar; 91% is niet gevaccineerd of heeft een onbekende vaccinatiestatus. Van de 131 patiënten is 89% geassocieerd met import uit andere landen, in het bijzonder uit Europa. De grotere transmissie na import speelt een belangrijke rol in deze toename; het absolute aantal importgevallen is niet groter dan voorgaande jaren (Bron: CDC).

Mazelen in Noord-Frankrijk

Op een particuliere religieuze school voor meisjes in de Bourgogne en op een religieuze school voor jongens in de regio Nord-Pas-de-Calais waren deze zomer mazelenuitbraken. De meeste kinderen komen uit de omgeving van de scholen, sommigen uit andere delen van Frankrijk en enkelen uit het buitenland. De indexpatiënt betreft een Zwitserse leerling op de meisjesschool, die voorafgaand aan haar eerste ziektedag een bezoek had gebracht aan Zwitserland en Oostenrijk alwaar ze contact had gehad met een nichtje met mazelen. Via familiecontacten kon de mazelen zich verspreiden tussen beide scholen. Op deze scholen is de vaccinatiëgraad laag: 40% voor de eerste vaccinatie, 26% voor de tweede vaccinatie. Deze uitbraak, die tot nu toe 110 patiënten omvat met een eerste ziektedag tussen 3 mei en 19 juli, heeft geleid tot de export van 3 patiënten met mazelen naar Groot-Brittannië en 1 patiënt naar Canada. Het is de grootste Franse uitbraak van mazelen, sinds Frankrijk een nationaal plan voor eliminatie van mazelen lanceerde in 2005 (Bron: Eurosurveillance).

***Clostridium difficile*-ribotype 027 in Europa in 2008**

Tot juni 2008 is *C.difficile*-ribotype 027 gerapporteerd in zorginstellingen in 16 Europese landen. Negen landen rapporteerden uitbraken en 7 landen rapporteerden sporadische gevallen. Een nieuw, steeds vaker voorkomend type 078 wordt in toenemende mate gerapporteerd vanuit België, Nederland, Noord-Ierland en Schotland. Dit type heeft dezelfde virulentie-eigenschappen als type 027. Het Clb gaat een Europese studie coördineren waarin epidemiologische en microbiologische data verzameld worden zodat een schatting gemaakt kan worden van de incidentie van *C.difficile*-infecties. Dit gebeurt in een aantal ziekenhuizen verspreid over alle lidstaten van de EU. Resultaten van deze studie worden in de loop van 2009 verwacht (Bron: Eurosurveillance).

Humane infecties met het aviaire influenzavirus H5N1

Op 10 september maakte het ministerie van Gezondheid in Indonesië bekend dat er in de maand juli 2 patiënten waren met een aviaire influenza. Deze werd bevestigd als influenzavirus H5N1. Beide patiënten leefden in een omgeving met pluimvee. Van de 137 bevestigde patiënten in Indonesië, zijn er 112 overleden. Uit andere landen is deze zomer geen melding gekomen van nieuwe patiënten (Bron: WHO).

C.M. de Jager

BERICHTEN

Kosten van infectieziekten stijgen bovengemiddeld

In 2005 gaven we in Nederland 2,2 miljard euro uit aan de bestrijding en behandeling van infectieziekten. Dat komt overeen met 3,2% van alle kosten die we in Nederland aan zorg en welzijn besteden, namelijk 68,5 miljard euro. De kosten voor infectieziekten stijgen de laatste jaren iets sneller dan de gemiddelde ziektekosten. Deze cijfers komen uit de onlangs verschenen studie *Kosten van Ziekten in Nederland 2005*.

Binnen de Kosten van Ziekten-studie wordt de internationale classificatie van ziekten van de WHO (ICD-9) gebruikt om de uitgaven toe te wijzen aan ziektecategorieën (1). Iets meer dan de helft van de kosten voor infectieziekten wordt toegewezen aan het hoofdstuk infectieziekten uit de ICD. Daarnaast zijn ook aanzienlijke kosten voor infecties opgenomen in 2 andere hoofdstukken, namelijk aandoeningen van de urinewegen en ademhalingsziekten. In tabel 1 zijn de uitgaven uitgesplitst naar ziekte en geslacht. De kosten zijn tamelijk evenwichtig over de geslachten verdeeld, met 47% van de uitgaven voor mannen en 53% voor vrouwen. Bij enkele groepen is dit niet het geval. Zo maken mannen veel hogere kosten voor hepatitis en hiv (tweederde tot driekwart van de uitgaven), en gaat bij acute urineweginfecties juist tweederde van de kosten naar vrouwen.

Een vrij groot deel van de uitgaven, 953 miljoen euro, is in de restgroep 'overige infectieziekten' terecht gekomen. Voor ongeveer een derde deel gaat het daarbij om de kosten van geneesmiddelen met een brede werking die zowel op recept als vrij verkrijgbaar zijn. Ook is een groot deel van de kosten van het Rijksvaccinatieprogramma in deze groep terecht gekomen, evenals de apparaatkosten van het Nederlands Vaccin Instituut. Daarnaast is de kwaliteit van vastlegging van diagnoses in de medische registratie van ziekenhuizen de laatste jaren afgenomen; meer dan voorheen worden opnamen aan restgroepen als overige infectieziekten toegewezen. Dit heeft te maken met de toegenomen registratiedruk door invoering van een nieuw financieringssysteem (diagnosebehandelcombinaties: DBC's) in ziekenhuizen.

Veel uitgaven gaan naar preventie

De specifieke ziektegroep 'Longontsteking en influenza' vormt met 455 miljoen euro de hoogste kostenpost binnen de infectieziekten. Daarin zijn ook de kosten van de jaarlijkse influenzavaccinatiecampagne opgenomen. Ook aan bovenste luchtweginfecties en acute urineweginfecties worden aanzienlijke bedragen besteed.

Dat de kosten voor bijvoorbeeld tuberculose, hiv en hepatitis relatief laag zijn, heeft mede te maken met de succesvolle preventie van infectieziekten. Naast een ziektespecifieke verdeling zijn de kosten ook verdeeld naar zorgfunctie (preventie, 'cure', 'care'). Ongeveer 20% van de kosten van infectieziekten wordt besteed aan de zorgfunctie preventie. Dat is 4 keer zo veel als gemiddeld over alle ziekten (4,9% preventie).

Maar zelfs deze 20% (408 miljoen euro) is nog een forse onderschatting. Uit eerder onderzoek (2) bleek dat ook buiten het veld van de zorg aanzienlijke uitgaven voor preventie van infectieziekten worden gedaan, in 2003 ruim 4 miljard euro. Het gaat daarbij voornamelijk om de kosten voor afvalverwijdering en riolering, activiteiten waarvan de gemiddelde Nederlander niet meer beseft dat de bestrijding van infectieziekten ooit de belangrijkste drijfveer voor invoering vormde.

Tabel 1: Kosten van de zorg in miljoenen euro's voor infectieziekten naar geslacht in 2005.

	mannen	vrouwen	M+V
Infecties maagdarmkanaal	21	23	43
Tuberculose	29	24	53
Meningitis	14	14	28
Sepsis	26	26	52
Hiv/aids	21	7	27
Seksueel overdraagbare aandoeningen	24	22	46
Hepatitis	10	5	15
Overige infectieziekten	445	508	953
Bovenste luchtweginfecties	148	176	324
Longontsteking en influenza	219	236	455
Acute urineweginfecties	61	130	191
Totaal alle infectieziekten	1.017	1.170	2.187
Totaal alle ziekten	29.555	38.929	68.483

Tabel 2: Aandeel van infectieziekten in totale uitgaven per zorgsector in 2005.

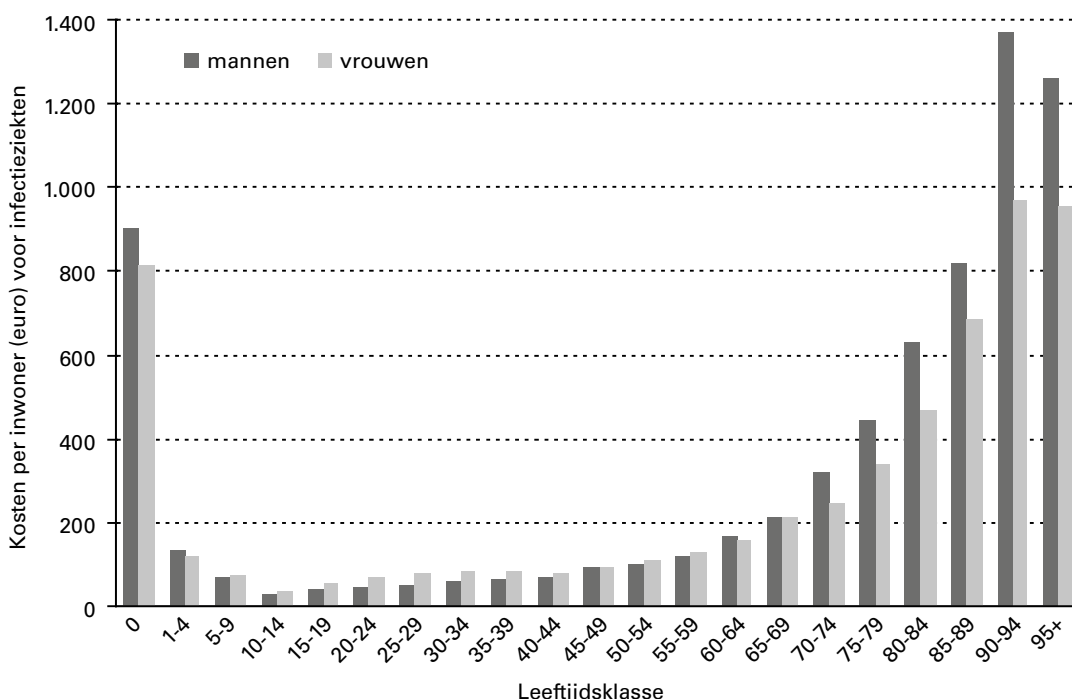
	Alle ziektekosten (*miljoen euro)	Infectieziektekosten (*miljoen euro)	aandeel (%)
Openbare gezondheidszorg en preventie	1.255	181	14,4
Eerstelijnszorg	5.784	348	6,0
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	17.687	767	4,3
Ouderenzorg	12.660	214	1,7
Gehandicaptenzorg	5.598	0	0,0
Geestelijke gezondheidszorg	4.048	0	0,0
Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen	7.915	557	7,0
Ambulancezorg en vervoer	475	2	0,4
Overige zorgaanbieders	2.614	32	1,2
Beheer	2.291	87	3,8
Welzijnszorg	8.156	0	0,0
Totaal	68.483	2.187	3,2

Infectieziekten relatief belangrijk binnen publieke gezondheidszorg

Binnen deelsectoren van de zorg zijn infectieziekten aanzienlijk belangrijker dan het gemiddelde aandeel van 3,2% in kosten doet vermoeden. Vooral binnen de openbare gezondheidszorg en preventie is het aandeel in de kosten met 14,4% hoog (zie tabel 2). Ook van het geneesmiddelenbudget gaat relatief veel naar infectieziekten (7%), en de eerstelijnszorg kent met 6% eveneens een fors aandeel. Daartegenover staan sectoren als welzijn, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg waarin helemaal geen kosten voor infectieziekten worden toegewezen.

Kosten voor infectieziekten hoog voor zuigelingen en hoogbejaarden

Een ander perspectief op de zorgkosten biedt het berekenen van de gemiddelde kosten per inwoner in 2005, verdeeld naar leeftijd en geslacht (zie figuur 1). Het uitgavenpatroon naar leeftijd voor infectieziekten lijkt sterk op dat van het gemiddelde over alle ziekten: relatief hoge uitgaven (meer dan 800 euro per inwoner) voor zuigelingen, lage uitgaven tot het zestigste levensjaar en daarna met de leeftijd fors stijgend, tot boven de 1.000 euro per inwoner voor de oudsten. De achtergrond van de hoge kosten voor de allerjongsten en de hoogbejaarden is zeer verschillend. Bij zuigelingen ma-



Figuur 1: Kosten voor infectieziekten in 2005, naar leeftijd en geslacht in euro per hoofd.

Tabel 3: Kostenontwikkeling infectieziekten tussen 2003 en 2005 in miljoen euro.

Ziektegroep	2003	2005	Groei uitgaven	jaarlijkse groei (%)
Infecties maagdarmkanaal	43	43	1	0,6
Tuberculose	50	53	2	2,3
Meningitis	25	28	3	6,8
Sepsis	44	52	8	8,9
HIV/AIDS	20	27	7	16,5
Seksueel overdraagbare aandoeningen	41	46	5	5,9
Hepatitis	12	15	3	11,3
Overige infectieziekten	871	953	82	4,6
Bovenste luchtweginfecties	297	324	27	4,5
Longontsteking en influenza	388	455	67	8,4
Acute nier- en urineweginfecties	174	191	17	4,9
Totaal infectieziekten	1.964	2.187	223	5,6
Totaal alle ziekten	63.444	68.483	5.039	3,9

ken de kosten van preventie (vaccinaties) meer dan 60% van het totaal uit. Bij ouderen verklaren vooral de ziekenhuis-kosten voor longontsteking en influenza de hoge uitgaven. Dit moet overigens in het perspectief van de totale zorgkosten gezien worden. Gemiddeld wordt per 85-plusser bijna 30.000 euro aan zorgkosten besteed en infectieziekten vormen dus maar een klein deel van dit bedrag.

Verder valt op dat de kosten op hoge leeftijd voor mannen hoger zijn dan voor vrouwen. Dit komt doordat oudere mannen vaker dan vrouwen voor longontsteking worden opgenomen in het ziekenhuis met hoge kosten als gevolg. Over alle leeftijden gemiddeld wordt per vrouw iets meer dan per man uitgegeven, respectievelijk 142 en 126 euro per inwoner.

Kosten voor infectieziekten bovengemiddeld gestegen

Tussen 2003 en 2005 stegen de kosten voor infectieziekten met gemiddeld 5,6% per jaar, ruim boven de gemiddelde kostenstijging voor alle ziekten van 3,9%. Sterke stijgingen van meer dan 10% werden voor hepatitis en hiv gevonden, maar de totale kosten blijven nog steeds relatief laag voor deze ziekten. De kostenstijging van 8,4% voor longontsteking en pneumonie telt zwaarder. De oorzaak is een toegenomen aantal ziekenhuisopnamen voor deze aandoeningen bij ouderen.

Ondanks de stijging blijft het aandeel van infectieziekten in zorguitgaven vrij stabiel in de tijd, blijkt uit een vergelijking met voorafgaande kostenstudies. In 2003 werd een iets lager aandeel gevonden, maar in 1999 werd eveneens een bijdrage van 3,2% becijferd, op een overigens veel lager totaalbedrag (36,0 miljard). Dat de totale kosten voor zorg sinds 1999 zo zijn toegenomen heeft 2 oorzaken. Enerzijds zijn de kosten daadwerkelijk fors gestegen, anderzijds is ook de definitie van wat we tot zorgkosten rekenen uitgebreid. Sinds 2003 sluit de definitie van zorgkosten in de Kosten van ziektenstudie nauw aan bij de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek, die een brede maatschappelijke definitie van zorg en welzijn gebruiken.

Meer informatie

De in dit artikel verstrekte gegevens over kosten van infectieziekten vormt slechts een klein deel van de beschikbare data. Op de website www.kostenvanziekten.nl wordt veel meer informatie ontsloten. Hier kunnen gebruikers tabellen en grafieken op maat samenstellen en bewaren. Ook zijn op de website alle publicaties uit het project terug te vinden.

L.C.J. Slobbe en M.J.J.C. Poos, beiden RIVM-VTV, e-mail: lany.slobbe@rivm.nl.

Literatuur

1. Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2005; RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, 2008. RIVM-rapportnummer 270751019.
2. Bekker-Grob EW de, Polder JJ, Witte KE, Mackenbach JP, Meerding WJ. Kosten van preventie in Nederland 2003: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, 2006. RIVM-rapportnummer 270751011.



Verslag expertmeeting 'Partnerwaarschuwing bij hiv':

Nog onvoldoende zicht op de effectiviteit van partnerwaarschuwing

Het RIVM en het Erasmus MC organiseerden op 30 mei jl. een expertmeeting over partnerwaarschuwing bij hiv. Het blijkt dat er nog onvoldoende inzicht is in de hiv-epidemiologie in Nederland, dat er gebrek is aan uniformiteit bij de uitvoering van partnerwaarschuwing en dat het onbekend is wat de effectiviteit van partnerwaarschuwing is. Een verslag.

Partnerwaarschuwing (PW) vormt sinds 1985 een essentieel onderdeel binnen de hiv-bestrijding als preventie en interventiestrategie. PW is het informeren van partners van de indexpatiënt die mogelijk door seksueel contact geïnfecteerd zijn met hiv. Het doel van PW is om geïnfecteerden tijdig te behandelen en om (verdere) verspreiding van hiv tegen te gaan.

Rationale voor hiv-partnerwaarschuwing

E. Op de Coul, epidemioloog bij het RIVM, gaf een overzicht van gegevens over de prevalentie en incidentie van hiv in Nederland. De laatste jaren worden in Nederland ruim 1000 patiënten met een nieuwe hiv-diagnose aangemeld in de zorg, waarvan ongeveer 80% via seksuele transmissie besmet is geraakt. Het aandeel mannen die seks hebben met mannen (MSM) is toegenomen tot 65% in 2007. Cijfers van de soa-centra laten zien dat het aantal opgespoorde soa (waaronder hiv) is toegenomen maar dat ook het aantal consulten en testen is gestegen. Naar schatting wordt een derde van alle hiv-testen uitgevoerd door de soa-centra. De overige testen vinden elders plaats en daar is weinig inzicht in.

Er zijn aanwijzingen dat een belangrijk deel van de nieuwe hiv-diagnoses bij MSM recente infecties betreft. Uit de literatuur blijkt dat ongeveer de helft van alle hiv-transmissies plaatsvindt tijdens de acute fase van de infectie. Daarnaast zouden niet-gediagnosticeerde hiv-patiënten verantwoordelijk kunnen zijn voor meer dan 50% van de nieuwe seksuele hiv-infecties per jaar, zo blijkt uit een Amerikaanse studie. Fylogenetisch onderzoek op basis van DNA kan inzicht geven in transmissieketens en seksuele netwerken. Vroegtijdige opsporing en behandeling van recent geïnfecteerden kan verdere transmissie van hiv voorkomen.

De verschillende methoden van PW werden benoemd: waarschuwing door de index (patiënt referral), door de instelling (provider referral), met behulp van een contract (contract referral) en netwerkwaarschuwing. Volgens de internationale literatuur lijkt waarschuwing door de instelling het meest (kosten)effectief te zijn. Verder blijkt dat personen met hiv meer geneigd zijn tot seksuele gedragsverandering

dan personen zonder hiv. In Nederland is tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van PW bij hiv. De praktijkbezoeken uitgevoerd door het RIVM en het Erasmus MC ter voorbereiding op de expertmeeting, hebben inzicht gegeven in veelvoorkomende knelpunten bij PW in het veld, zoals tijd - en geldgebrek, onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van PW en anonieme (losse) contacten (veelal MSM). Daarnaast blijkt dat met name in de eerste weken na de diagnose, de patiënt minder open staat voor PW. De emoties rondom de diagnose, de angst voor negatieve beeldvorming, maar ook het vervolgtraject in de zorg kunnen een barrière zijn in de uitvoering van PW.

Partnerwaarschuwing vanuit de optiek van de soa-centra

Vervolgens presenteerde B. Nuradini, soa-verpleegkundige bij GGD Rotterdam hoe zij PW uitvoeren bij soa. Dit kan telefonisch, schriftelijk of via huisbezoeken. Met huisbezoeken wordt het grootste aantal partners bereikt. Hoewel PW door de index zelf minder effectief lijkt, is dit volgens Nuradini wel de meest gebruikte methode in Nederland. De GGD Rotterdam heeft een belangrijke rol gehad in de ontwikkeling van het eerste LCI-draaiboek over PW in Nederland. Het draaiboek is verschenen in mei 2006 en kwam voort uit een behoefte aan uniformiteit vanuit het veld. De helft van de instellingen blijkt echter niet bekend met het draaiboek. Dit komt deels door de invoering van de ACSZ-regeling (aanvullende curatieve soa-zorg), maar ook door taakverschuivingen en drukke spreekuren. Een betere uitvoering van PW kan worden bereikt door een intensievere samenwerking tussen verschillende disciplines (huisartsen, hiv-consulenten en soa-verpleegkundigen), een digitaal patiënten- en PW-systeem (bijvoorbeeld een elektronisch signaal voor PW, vastleggen van het aantal bereikte partners), het opnemen van PW in het kwaliteitssysteem, en (her)implementatie en evaluatie van het LCI-draaiboek. Ook visietatie kan leiden tot verbeterde PW.

Uit de presentatie van T. Heijman van GGD Amsterdam kwam naar voren dat PW in Amsterdam voornamelijk telefonisch en door de index zelf gedaan wordt. Daarnaast zijn er speciaal getrainde verpleegkundigen die dit doen. Met PW via internet zou mogelijk winst te behalen zijn. Hier zou in de toekomst meer aandacht voor moeten zijn. Over het effect van PW is te weinig bekend omdat follow-up over gewaarschuwde partners ontbreekt. Een ander discussiepunt is de termijn die gehanteerd wordt. Hoe ver moet je terug om partners te waarschuwen? De GGD Amsterdam vindt onder in verband met hiv gewaarschuwde bezoekers, relatief veel hiv-geïnfecteerden (2007: 17 hiv-positieven/154). Dit is circa 10% van het totaal aantal hiv-diagnoses in 2007 bij GGD Amsterdam.

Sinds enkele jaren werkt de GGD op het gebied van PW samen met het AMC, al lijkt het aantal door het AMC naar de GGD doorverwezen patiënten laag. Zo nu en dan wordt een patiënt via een huisarts doorverwezen. Knelpunten bij de GGD Amsterdam: de tijd die nodig is voor het waarschuwen, het waarborgen van de anonimiteit in het geval van een klein aantal partners, disclosure (onthulling) en het stigma van hiv. Omdat een belangrijk deel van hiv-transmissie plaatsvindt tijdens de acute fase van de infectie zou het zinvol kunnen zijn om een hogere prioriteit te geven aan PW bij recent geïnfecteerde patiënten, ook bij een patiënt met een co-infectie naast hiv zou PW een hogere prioriteit moeten hebben. Verder kwam in de discussie aan de orde dat de hiv-sneltest steeds vaker als screeningstest wordt toegepast ondanks de lagere sensitiviteit voor acute infecties, met als gevolg dat meer infecties gemist worden. Antigeen-testen zouden hiervoor een betere optie zijn.

Partnerwaarschuwing vanuit de optiek van de hiv-consulent en behandelaar

Nederland beschikt over 71 hiv-consulenten verspreid over 25 hiv-behandelcentra. De hoofdtaken van de consulent zijn: begeleiden van de hiv-patiënt in het hiv-zorgtraject en op het gebied van seksualiteit en PW. K. Hoeksema ging in op de situatie in het OLVG. De patiëntenpopulatie omvat 1800 patiënten, waarvan 90% MSM. De helft van hen is verwezen via soa-poliklinieken, de andere helft via huisarts of ziekenhuispoli's. Patiënten met hiv komen eerst bij de hiv-consulent, alvorens ze bij de internist komen. De verantwoordelijkheid voor het regelen van PW ligt bij de consulent. Een belemmering hierbij is dat in het hiv-behandelcentrum de zorg van de patiënt prioriteit heeft. Afgezien van het feit dat PW tijdrovend is staat voorop dat de vertrouwensrelatie die met de patiënt is opgebouwd niet in gevaar mag worden gebracht. Dit benadrukt het belang van een goede samenwerking tussen ziekenhuizen en GGD'en, waarbij de GGD de uitvoering van de PW kan overnemen. Nederland kent 4 hiv-behandelcentra voor kinderen. M.

Kreyenbroek presenteerde de praktijk binnen het AMC. Het merendeel van de hiv-diagnoses wordt gesteld op de afdelingen Interne geneeskunde, Kinderafdeling, Verloskunde en Dermatologie. Bij de dermatologie vindt PW plaats door het versturen van een brief aan de seksuele contacten van de indexpatiënt. Bij een hiv-positieve zwangere worden ook de andere kinderen in het gezin getest en in circa 65 % van de gevallen ook de partner.

Belangrijkste conclusies

Samenvattend kwamen als belangrijkste punten uit de expertmeeting naar voren:

1. Het CIB/LCI-PW-draaiboek is niet bij iedereen bekend. Een bredere implementatie kan leiden tot een meer uniforme uitvoering van PW.
2. De benadering van PW bij hiv-patiënten is afhankelijk van de instroom in de zorg. Een patiënt bij de GGD krijgt een andere benadering dan een patiënt op de afdeling interne. Er is onvoldoende uniformiteit m.b.t. verantwoording en uitvoering van PW. De hiv-behandelaren hebben eveneens een rol in PW (m.n. in benoeming en benadering van de vaste partners), hoewel de uitvoering van PW bij losse partners vooralsnog een taak van de GGD lijkt. Ook de huisarts beperkt zich vaak tot benadering van de vaste partner.
3. Samenwerking tussen GGD'en, behandelcentra, ziekenhuizen en huisartsen is noodzakelijk voor het optimaliseren van het PW-traject.
4. De effectiviteit van PW in Nederland is onbekend, mede door het ontbreken van follow-upinformatie over gewaarschuwde partners. Er is meer onderzoek nodig.
5. Het aankarten van PW op het juiste tijdstip is van belang, maar vormt ook een dilemma. Immers, de effectiviteit van PW neemt toe wanneer de index er meer voor open staat. Echter, de te behalen winst is groter bij recent geïnfecteerden, vanwege de hogere transmissie. De vraag die hierbij opkomt is: moeten acute hiv-infecties niet meldingsplichtig worden? Dit zou echter alleen zin hebben als een meldingsplicht ook leidt tot een verbeterde PW.
6. Een standaard anonieme brief (niet herleidbaar tot een bepaalde GGD) die naar partners gestuurd kan worden zou een goed medium zijn voor waarschuwing van contacten en oproepen tot een hiv-test. Ook zou een registratiesysteem een hulpmiddel kunnen zijn voor het volgen van zowel partners als de indexpatiënt en om een beeld te krijgen van de testlocaties.

I. Schreuder, Erasmus MC, e-mail: i.schreuder@erasmusmc.nl en **E. Op de Coul**. RIVM.

UIT HET VELD

Uitbraak van hepatitis A onder mensen met een verstandelijke handicap

Op 11 december 2007 komt een melding bij de GGD Amsterdam binnen van een hepatitis A-infectie bij een jonge vrouw van 16 jaar. Het woonadres staat bekend als een woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke handicap.

We nemen direct telefonisch contact op met de arts van de instelling. Het blijkt dat de patiënte al een paar dagen klachten had van algehele malaise en misselijkheid. Op 10 december was zij icterisch geworden en werd een cito-bloedonderzoek naar IgM-antistoffen tegen hepatitis A-virus (HAV) aangevraagd.

De indexpatiënte woont in een woonvoorziening en gaat overdag naar een dagverblijf. Ze heeft regelmatig contact met haar familie. Van de familieleden komt alleen moeder in aanmerking voor profylaxe. Zij is gevaccineerd nadat bloed was afgenomen. Er werd bij haar geen recente infectie aangetoond (IgG- en IgM-negatief). Tijdens het telefonisch contact met het dagverblijf waar de indexpatiënte naar toe gaat, blijkt dat zij daar al 14 dagen wegens ziekte niet meer is geweest. Er zouden geen andere personen ziek thuis zijn. Omdat patiënte niet in haar besmettelijke periode op het dagverblijf is geweest, besloten wij hier geen actie te ondernemen.

Woonvoorziening met verschillende woongroepen

Patiënte woont samen met 3 huisgenoten, in groep A van de woonvoorziening. De bewoners van groep A delen samen met groep B (ook 4 bewoners) een toilet en badkamer. In het weekend treedt groep A op als gastgezin voor iemand die thuis woont en doordeweeks naar een school voor zeer moeilijk lerende kinderen gaat. Zeven van de 8 bewoners bezoeken 5 dagen per week een dagverblijf voor mensen met een handicap, niet éézelfde dagverblijf maar verschillende dagverblijven, waar ze met een busje naar toe worden vervoerd. De groepen A en B zouden geen contact hebben met de meer dan 100 andere bewoners van de instelling. Wel werd door de groepen A en B op 7 december Sinterklaas gevierd, samen met hun familie en personeelsleden. Een groepsleider, in 1953 geboren in Suriname, blijkt al enige dagen ziek thuis te zijn. Na contact met deze groepsleider en zijn huisarts is bij hem op 12 december met spoed bloed onderzocht op antistoffen tegen hepatitis A-virus. Hij bleek

IgM-positief te zijn. Gezinscontacten van de groepsleider, die daarvoor in aanmerking kwamen, zijn profylactisch geïmmuniseerd.

Bloedafname en vaccinatie bij bewoners en personeelsleden woonvoorziening

Op 12 en 14 december werden alle bewoners en personeelsleden van groep A en B, de weekendgast en de familieleden die aanwezig waren op het Sinterklaasfeest gevaccineerd. Tevens werd bloed bij hen afgenomen, dat met spoed werd onderzocht op IgM-antistoffen. Een bewoner en 2 groepleiders waren HAV-IgM-positief. De weekendgast had een dubieuze IgM-uitslag.

De ene groepleider bleek bij navraag lichte klachten te hebben van misselijkheid en gebrek aan eetlust. De andere groepsleider had geen klachten. Hun partners en gezinsleden zijn gevaccineerd na bloedafname. Zij bleken niet geïnfecteerd.

Bij de ouders en een zusje van de weekendgast, bij wie de HAV-IgM dubieus was, is – naast vaccinatie – eveneens bloedonderzoek verricht. De ouders waren IgM-negatief, maar het zusje was IgM-positief. Met de school van het zusje werd contact opgenomen. Eén klasgenoot was volgens de lerares al enkele dagen wat hangerig. Door ons verricht bloedonderzoek bij deze klasgenoot liet geen recente hepatitis A-infectie zien. Richting deze school ondernamen we geen actie.

HAV-positieve medebewoner

De HAV-IgM-positieve medebewoner ging naar een dagverblijf (groep C), waar nog 4 andere gehandicapten kwamen. Groep C deelde het toilet met groep D waar 5 gehandicapten verbleven. Er zou geen contact zijn tussen groepen C en D en de overige groepen van dit dagverblijf. Op 17 december zijn in deze groepen C en D alle gehandicapten (op 1 na die ziek thuis was), familieleden en personeel gevaccineerd en is bij hen bloed afgenomen. Er werden geen

recente infecties aangetoond. Bij navraag bleek echter de afwezige gehandicapte van groep C al 2 weken ziek te zijn. Vanwege prikangst bij deze gehandicapte werd deze door de huisarts doorgestuurd naar een internist die klinisch de diagnose hepatitis stelde. Deze persoon woonde thuis en was overdag op dit dagverblijf. De huisgenoten zijn gevaccineerd nadat bloed bij hen was afgenomen. Dit bloedonderzoek liet geen andere recente infecties zien.

Was de uitbraak na deze acties onder controle?

Op 2 januari 2008 belde de huisarts van de moeder van onze indexpatiënte dat zij na kerst ziek was geworden en klachten had van hepatitis. De vaccinatie die zij op 12 december van ons had ontvangen als profylaxe was dus te laat geweest. De GGD van haar woonplaats heeft contact opgenomen met de patiënte en de gezinsleden die daarvoor in aanmerking kwamen gevaccineerd.

Op 6 januari kregen wij de melding dat een dagverblijver in groep C, die wij op 17 december hadden gevaccineerd, icterisch was. Via het huisartsenlaboratorium was bloed afgenomen en de HAV-IgM was positief. De patiënt woonde in een gezinsvervangend tehuis. Bewoners en personeelsleden van dit gezinsvervangende tehuis zijn door ons direct gevaccineerd evenals de familie van deze patiënt. Er werd tevens bloed afgenomen waarbij geen recente infecties werden aangetoond.

Een dag later, op 7 januari, kregen wij een melding van een hepatitis A-infectie bij een deelnemer van een andere groep uit het eerder genoemde dagverblijf, groep E. Hij was 21 december voor het laatst op dit dagverblijf geweest. Hij was op 1 januari icterisch geworden en naar het ziekenhuis gegaan waar de diagnose is gesteld. De gehandicapten van groep E van het dagverblijf bleken mobiel te zijn en contact te hebben met alle groepen, dit in tegenstelling tot eerdere informatie dat de overige groepen geen contact zouden hebben met groep C en D. Hij woonde thuis met ouders en zus. De familie is door ons gevaccineerd nadat er bloed was afgenomen.

Ondanks het feit dat deze patiënt zeer waarschijnlijk niet in zijn besmettelijke periode naar het dagverblijf was geweest besloten wij alle gehandicapten die dit dagverblijf bezoeken en personeelsleden te vaccineren en bij hen bloed af te nemen. De actie vond plaats op 9 januari door een arts en 3 verpleegkundigen van de GGD. Alle IgM-uitslagen waren negatief.

Van één deelnemer, die zeer moeilijk te prikken bleek en in een gezinsvervangend tehuis woonde, hadden wij te weinig bloed kunnen afnemen. Omdat hij in een rolstoel zat en profylactisch was gevaccineerd werd het risico dat hij anderen zou kunnen besmetten als uiterst klein beschouwd. Om die reden hebben wij geen verdere actie ondernomen naar het gezinsvervangende tehuis waar hij woonde.

Op 5 februari meldt de vader van de patiënt uit groep E zich met klachten van hepatitis. Bloedonderzoek liet een positieve IgM zien. Omdat hij op 7 januari gevaccineerd was, hetgeen mogelijk een positieve IgM zou kunnen veroorzaken, hebben wij een PCR op het hepatitis A-virus aangevraagd. De uitslag was positief.

Tweede bloedafname

Op 6 februari gaan we voor een tweede bloedafname, 6 weken na de eerste, naar de groepen A en B van de woonvoorziening en de groepen C en D van het dagverblijf. Eén gehandicapte van dit dagverblijf blijkt IgM-positief. Hij was weliswaar gevaccineerd, maar de positieve IgM zou ook op een recente infectie kunnen duiden. Hij blijkt in een gezinsvervangend tehuis te wonen waar wij nog niet eerder actie hebben ondernomen. In dit gezinsvervangende tehuis wonen 12 gehandicapten. Van deze 12 bleken er al 3 door ons gevaccineerd te zijn omdat zij eveneens een dagverblijf bezochten waar wij al in het kader van deze uitbraak gevaccineerd hadden.

De andere 9 gehandicapten bezoeken op hun beurt weer 3 verschillende instellingen voor de dagbesteding. Om mogelijk verdere verspreiding via deze 3 dagcentra te voorkomen werd besloten om alle bewoners en personeelsleden van dit gezinsvervangende tehuis te vaccineren. De PCR bleek achteraf negatief te zijn.

Tot slot komt op 7 februari de broer van de hepatitis A-positieve medebewoner naar de GGD voor bloedonderzoek 6 weken na de vaccinatie op 14 december 2007. Hij vertelt dat hij dezelfde klachten als zijn zusje heeft gehad, moe misselijk, icterisch, maar niet naar zijn huisarts was geweest omdat hij wist wat het was. Bloedonderzoek liet een positieve IgM zien.

Discussie en conclusie

Achteraf bleek dat de weekendgast op dagverblijf A op dezelfde school te zitten als het zusje van een hepatitis A-patiënt die wij 3 oktober gemeld hadden gekregen. Deze school was een school voor zeer moeilijk lerende kinderen. De familie was van 15 juli tot 19 augustus in Turkije geweest. Bij dit zusje werd, omdat zij contact was, bloed afgenomen en dit bleek HAV-IgM-positief te zijn. Wij hebben destijds besloten om naar de school geen actie te ondernemen, omdat de bron duidelijk in het buitenland lag en wij dit zusje als niet-besmettelijk beschouwden. Wij hadden ons heel veel werk kunnen besparen als wij toen wel haar klasgenoten profylactisch hadden beschermd. Bij verstandelijk gehandicapten kan een eenmaal geïntroduceerd hepatitis A-virus zich zeer makkelijk verspreiden door gebrek aan hygiëne. Daarnaast hadden wij te maken met gehandicapten die deels thuis wonen, deels in gezinsvervangende tehuizen en overdag naar

verschillende dagverblijven gaan. Door contacten profylactisch te beschermen en actief nieuwe infecties op te sporen door middel van bloedonderzoek, bij zowel de eerste vaccinatie en na 6 weken, lijkt het erop dat wij deze uitbraak, waar in totaal 14 personen (13 volwassenen en 1 kind) hepatitis A hebben opgelopen, onder controle hebben gekregen. Daarvoor hebben wij bij 220 personen bloed onderzocht en hebben wij 172 personen profylactisch gevaccineerd. Doordat laboratoriumuitslagen van de hepatitis A-testen op ons laboratorium binnen een paar uur beschikbaar kwamen kregen wij goed inzicht in de mate van verspreiding en konden wij ons preventieve beleid snel aanpassen.

Het is aan te raden verstandelijk gehandicapten preventief niet alleen tegen hepatitis B maar ook tegen hepatitis A te vaccineren, want eenmaal geïntroduceerd in deze groep kost het veel inspanning een epidemie onder controle te krijgen.

Wij danken alle medewerkers van het laboratorium en de collega's van de afdeling Infectieziekten.

M. Dekker, sociaal-verpleegkundige, GGD Amsterdam, e-mail: MDekker@ggd.amsterdam.nl, **L. Bovee**, **G. Baaten**, **G. Sonder** en **A. van den Hoek**.

AANKONDIGING



Informatiebijeenkomst Wet publieke gezondheid

Als de Eerste Kamer instemt met het huidige wetsvoorstel, treedt dit najaar de nieuwe Wet publieke gezondheid in werking. Deze wet vervangt onder meer de huidige Infectieziektenwet en brengt een aantal wijzingen met zich mee rond de meldingsplicht van infectieziekten. Het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM organiseert op 28 oktober aanstaande een informatiebijeenkomst voor de GGD'en.

Conceptprogramma

- Welkom
- Verantwoordelijkheden Wet publieke gezondheid
- Meldingen en de nieuwe Wet
- Meldingen laboratoria en instellingen
- De nieuwe wet aan de hand van een voorbeeld
- Plaatsen van binnenkomst en verantwoordelijkheden GGD
- Ondersteuning en infobronnen
- Vragen en antwoorden
- Afsluiting en uitreiken vademecum
- Napraten en borrel

Datum: 28 oktober 2008, van 13:30 - 17:00 uur
 Locatie: Zalencentrum Vredenburg, Utrecht
 Kosten: Aan deze bijeenkomst zijn geen kosten verbonden.
 Meer informatie en aanmelden:
 via www.rivm.nl/cib/actueel/agenda/
 Accreditering: aangevraagd bij NVMM en AbSg

ARTIKEL EN

Toediening van verlopen influenzavaccin in het Nationaal Programma Grieppreventie

M.A.E. Conyn-van Spaendonck (1), M.A.B. van der Sande (2), J. Wieringa (3)

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektebestrijding, arts-epidemioloog, Rijksvaccinatieprogramma-manager, marina.conyn@rivm.nl.
 2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektebestrijding, arts-epidemioloog, hoofd Epidemiologie en Surveillance.
 3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor Bevolkingsonderzoek, arts, programmacoördinator Nationaal Programma Grieppreventie (tot 1-4-2008).

Tijdens de jaarlijkse vaccinatiecampagne van het Nationaal Programma Grieppreventie in 2007 bleek in enkele huisartsenpraktijken influenzavaccin van het voorgaande seizoen te zijn toegediend. Vanuit 4 praktijken werd hierover contact opgenomen met de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG) en/of het RIVM. Het betrof in 2 praktijken 1 patiënt, in 1 praktijk 4 patiënten, en in 1 praktijk 6 patiënten. In de eerste 3 praktijken werden de patiënten geïnformeerd en opnieuw gevaccineerd. In de vierde praktijk was aanvankelijk niet bekend aan welke patiënten het verlopen vaccin was toegediend. In dit bericht wordt ingegaan op de risicoafweging, het advies over de te ondernemen acties richting de mogelijk onvoldoende beschermde patiënten en de aanbevelingen voor het NPG om deze fouten in de toekomst te voorkomen.

Om het risico op ernstige ziekte en sterfte ten gevolge van influenza bij mensen met een verhoogd risico te verminderen wordt in de maanden voor de aanvang van het griepseizoen ('als de O in de maand is') de jaarlijkse vaccinatiecampagne van het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) uitgevoerd. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM voert de regie over dit programma. De Stichting Nationaal Programma Grieppreventie is verantwoordelijk voor de uitvoering van het programma en onderhoudt daartoe contacten met de huisartsen die de vaccinaties uitvoeren. De stichting verzorgt onder andere de grieplijn (0900-4743777) voor huisartsen, een informatielijn voor vragen rondom de griepvaccinatie. De vaccins voor het NPG worden door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) aangekocht en gedistribueerd. Het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM is verantwoordelijk voor surveillance, onderzoek en bestrijding van infectieziekten, waaronder influenza, en voert de regie over het Rijksvaccinatieprogramma. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek heeft aan Centrum Infectieziektebestrijding gevraagd om op basis van een risicoafweging te adviseren over het hier beschreven incident.

De samenstelling van het vaccin volgt aanbevelingen van de WHO op basis van de wereldwijde surveillance van circulerende stammen van het influenzavirus, waarmee zo goed

mogelijk wordt geanticipeerd op de antigene drift van het influenzavirus en de in het naderende seizoen te verwachten virussen. Voor het seizoen 2007-2008 betrof het de virusstammen A/Solomon Islands/3/06, A/Wisconsin/67/05 en B/Malaysia/2506/04 (1). Het vaccin wordt in de maanden september en oktober geleverd aan de huisartsen voor vaccinatie van de doelgroep. Deze doelgroep wordt vastgesteld door de minister op aanbeveling van de Gezondheidsraad (2,3). In het najaar van 2008 zal de leeftijdsindicatie worden uitgebreid naar alle personen van 60 jaar en ouder en zal de indicatie furunculose komen te vervallen.

Het signaal

Bij het RIVM en de SNPG kwamen berichten binnen uit 4 huisartsenpraktijken dat per abuis was gevaccineerd met vaccin van het vorig seizoen. In 2 praktijken betrof het 1 patiënt, en in 1 praktijk 4 patiënten. In de vierde praktijk waren 6 spuiten van het vorig seizoen ingezet. Gemeld werd dat in deze praktijk verspreid over 4 middagen 470 patiënten waren gevaccineerd; daarvan kregen op 31 oktober 6 patiënten het verkeerde vaccin toegediend. Aanvankelijk was niet bekend welke 6 van de 470 patiënten dit vaccin hadden gekregen omdat niet geregistreerd was welke patiënten op welke dag de praktijk bezochten.

Probleemanalyse

Het vaccin

Vaccin werd toegediend na de expiratiedatum. De expiratiedatum van dit vaccin was 31-07-2007. Voor verschillende merken vaccin (en partijen) die worden uitgeleverd door het NVI kan dit verschillend zijn. De expiratedata van de in het vorige seizoen geleverde vaccins lopen uiteen van eind juni tot september 2007. De werkzaamheid van het vaccin kan niet worden gegarandeerd na de expiratiedatum en het is een beroepsfout met verlopen vaccins te enten. Overigens is er geen risico bij het gebruik van verlopen vaccins door verval van daarin aanwezige grondstoffen. In het Rijksvaccinatieprogramma is de regel om, wanneer een dergelijke fout wordt ontdekt, altijd meteen opnieuw te vaccineren. Daarbij hoeft geen interval aangehouden te worden en hoeft er geen vrees te zijn voor 'overdosering' in verband met mogelijke reactie van het eerder toegediende vaccin, noch voor bijwerkingen.

Maar bij influenza speelt niet alleen de werkzaamheid van het vaccin, maar ook de samenstelling van het vaccin een rol. Het vaccin dat voor het seizoen 2007-2008 gegeven moest worden heeft een andere samenstelling dan dat wat voor het seizoen 2006-2007 werd gebruikt. In 2007 is één van de 3 influenzavirusstammen (A/H1N1) die voor het vaccin worden gebruikt vervangen: A/Solomon Islands/3/06 kwam in de plaats van A/New Caledonia/20/99 (1).

De gevolgen

De patiënten die verlopen vaccin toegediend kregen zijn waarschijnlijk niet optimaal beschermd. Met name geldt dit voor de bescherming tegen A/H1N1-virus. De WHO heeft voor de vaccinsamenstelling voor seizoen 2007-2008 geadviseerd om een nieuwe A/H1N1-stam voor het vaccin te gebruiken. In Nederland was in het seizoen 2006-2007 maar één van de 35 geïsoleerde A/H1N1-stammen niet gedekt door het vaccin van dat jaar, maar in andere landen werd deze nieuwe stam al vaker gesignaleerd. Daarom is de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2007-2008 aangepast om - aannemende dat deze stam ook in Nederland verder zou oprukken - een betere bescherming te bieden (1).

Maatregelen

Gezien het feit dat de vaccinatie in het kader van het NPG overwegend bestemd is voor hoogrisicopatiënten voor influenza (op grond van leeftijd dan wel onderliggend lijden) is het van belang hen zo goed mogelijk te beschermen. Gegeven de situatie waren er de volgende handelingsopties:

1. De patiënten informeren, hen erop wijzen dat de bescherming tegen (de gevolgen van) een influenza-infectie mogelijk minder is dan wanneer met het vaccin voor het griepseizoen 2007-2008 gevaccineerd was en hen

adviseren zich opnieuw te laten vaccineren, dit keer met het juiste seizoensvaccin.

2. De patiënten informeren en hen erop wijzen dat ze mogelijk een hoger risico hebben op (symptomatische) influenza dan wanneer ze met het vaccin voor het griepseizoen 2007-2008 waren gevaccineerd en hen adviseren zich bij klachten van influenza-achtig ziektebeeld bij de huisarts te melden. Dan zou sneldiagnostiek kunnen worden ingezet en indien influenza-infectie hierdoor zou worden bevestigd, zouden therapeutisch antivirale middelen kunnen worden voorgeschreven. In de peilstations wordt bij circa een derde van de patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld een influenzavirus aangetoond (4).

Optie 1 verdient de voorkeur en daarom is aan de huisartsen die wisten welke patiënten ze hadden gevaccineerd met verlopen vaccin geadviseerd om die patiënten op te roepen en opnieuw te vaccineren.

Voor de praktijk waar men niet kon identificeren welke 6 patiënten verlopen vaccin kregen toegediend betekende dit dat 470 patiënten geïnformeerd zouden moeten worden en een groot aantal van hen opnieuw gevaccineerd zou moeten worden om die 6 conform de richtlijnen te beschermen. De huisarts zag zich hier voor een uitgebreide vervelende actie gesteld. Maar, onafhankelijk van opnieuw vaccineren, zouden op ethische gronden al deze patiënten geïnformeerd moeten worden over het feit dat zij verkeerd vaccin toegediend hadden gekregen. Hen zou de situatie moeten worden uitgelegd en aan die patiënten die zich herinnerden dat zij op 31 oktober werden gevaccineerd, dus een deel van de 470 patiënten, zou vaccinatie worden aangeboden. Het is de meest efficiënte aanpak om deze patiënten meteen te vaccineren en dus optie 1 uit te voeren. Optie 2 zou gedurende het seizoen veel consulten, onrust en onzekerheid bij de patiënten blijven geven. Daarom hebben wij geadviseerd om alle patiënten te informeren en aan degenen die zich herinnerden dat zij op 31 oktober waren gevaccineerd, revaccinatie aanbieden.

Uiteindelijk bleek dat praktijk 4 toch geen vaccins uit 2006 gespoten heeft. Onderzocht wordt waar dit misverstand op berust.

Discussie

De hier beschreven incidenten hebben laten zien dat op enkele punten nadere afspraken moeten worden gemaakt binnen het NPG; deze punten zijn hier opgesomd en onderstaand verder uitgewerkt:

- Protocol vernietiging vaccins, dus wanneer moeten vaccins vernietigd worden.
- Huisartsen hier door middel van een brief op attenderen.

- Nagaan of op verpakkingsmaterialen duidelijker het jaar aangegeven kan worden.
- Een betere registratie van toegediende vaccins.
- Meldingsprocedure voor incidenten opstellen.

Allereerst moet er een richtlijn zijn hoe te handelen met niet-gebruikte influenzavaccins aan het eind van de jaarlijkse vaccinatiecampagne. Dit wordt verwerkt in de praktijkhandleiding bij de nieuwe NHG-standaard, die in april 2008 is verschenen. Daarnaast zal de SNPG de huisartsen erop te attenderen wanneer het weer tijd is om het vaccin te vernietigen.

Inmiddels heeft het NVI aangegeven te bekijken of op de dozen waarin de spuiten verpakt zitten een sticker geplakt kan worden met duidelijk het jaar van productie (en dus vaccinatie) zodat de huisarts of assistente direct kan zien als het om vaccin van een voorgaand jaar gaat.

Er is discussie over de eisen ten aanzien van registratie van toegediende vaccins op patiëntniveau. Moet het partijnummer in de patiëntenstatus worden vermeld? In ieder geval mag verwacht worden dat datum van vaccinatie in de sta-

tus wordt vastgelegd. Als een praktijk slechts vaccin van één partij geleverd krijgt, zou het toereikend kunnen zijn dat per praktijk vast te leggen in de praktijkadministratie. Als er meerdere partijen worden gebruikt in één praktijk, dan zou het partijnummer per patiënt geregistreerd moeten worden.

Tot slot wordt aanbevolen om een vaste meldingsprocedure voor incidenten op te stellen. Zo zijn voor de melding van mogelijke bijwerkingen na influenzavaccinatie afspraken gemaakt (5,6). Daarbij zou met de Inspectie voor de Gezondheidszorg moeten worden afgestemd wanneer zij moet worden geïnformeerd.

Naschrift:

Het NVI heeft op elke 'omdoos' waarin de influenzavaccins voor het komende seizoen (2008-2009) aan de huisartsen worden geleverd een grote sticker aangebracht met de tekst:

LET OP!!! VERNIETIG OUDE GRIEPPVACCINS ALVORENS DE NIEUWE VACCINS IN DE KOELKAST TE PLAATSEN.

Literatuur

1. Jong JC de, Rimmelzwaan GF, Donker GA, Meijer A, Fouchier RAM, Osterhaus ADME. Het influenzaseizoen 2006/'07 in Nederland en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2007/'08. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:2158-65.
2. Gezondheidsraad. Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/09.
3. Jong JC de. Nieuwe doelgroepen voor influenzavaccinatie; advies van de Gezondheidsraad. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:2140-2.
4. Jaarrapportage Respiratoire infectieziekten 2006-2007. RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding, Projectgroep respiratoire infectieziekten. Augustus 2007. Te downloaden via <http://www.rivm.nl/cib/publicaties/rapporten/jaarrapport-respiratoire-infecties.jsp>
5. Swaan CM, Sande MAB van der, Speelman P, Conyn-van Spaendonck MAE, Straus SMJM, Coutinho RA. Bijwerkingen na influenzavaccinatie: reactie op enkele incidenten en het belang van centrale registratie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:2166-9.
6. Sande MAB van der, Asten L van, Straus SMJM, Schim van der Loeff MF, Wallinga J, Conyn-van Spaendonck MAE. Sudden deaths following influenza vaccination: Can this be expected? *Vaccine* 2008;26:379-82.



ABSTRACTS

The use of expired influenza vaccine in the National Programme Influenza Prevention

During the influenza immunisation campaign in 2007 in some general practices vaccine from last-year's stock was used. Four practices sought advice and/or informed the programme co-ordinator at the RIVM, either directly or

indirectly. In two practices one patient was involved, in one practice four and in one practice six. In the first three practices the patients were informed and were vaccinated again. In the fourth practice it was unknown to which patients the wrong vaccine was administered. This report deals with the risk assessment, the advice for the possibly incompletely protected patients and recommendations to prevent this kind of mistakes in future.

AANKONDIGINGEN

Symposium Zoönosen van alledag

Zoönosen zijn geen zeldzame ziekten. Onze huisdieren, onze veestapel, de 'vrije natuur', overal kan wel een infectieziekte vandaan komen die de mens mogelijk kan besmetten. Dierenartsen en huisartsen, GGD-artsen en bedrijfsartsen zijn de eersten die met de patiënt in aanraking komen. Maar vinden zij elkaar? Hoe en wanneer?

Locatie: RIVM, Bilthoven

Kosten: € 80

Meer informatie en aanmelden:

http://www.rivm.nl/cib/actueel/agenda/20081107_Zoonosen_van_alledag.jsp


NVI-symposium
Vaccination 2009: global public health security - protection against emerging infections

Datum: 6 februari 2009 – 9:00-17:00 uur

Locatie: Spoorwegmuseum, Utrecht

Kosten: Geen

Meer informatie en aanmelden:

<http://www.nvi-vaccin.nl/symposium/> (opgeven voor vrijdag 7 november a.s.).



REGISTRATIE INFECTIEZIEKTEN

Meldingen Infectieziektenwet

	Week 25-28 totaal	Week 29-32 totaal	Week 33-36 totaal	Totaal t/m week 36 2008	Totaal t/m week 36 2007
Groep A					
Kinderverlamming	0	0	0	0	0
SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)	0	0	0	0	0
Groep B1					
Difterie	0	0	0	0	0
Hondsdotheid	0	0	0	1	0
Pest	0	0	0	0	0
Virale hemorrhagische koorts	0	0	0	0	0
Groep B2					
Bacillaire dysenterie	28	27	43	208	197
Buiktyphus	2	1	5	19	11
Cholera	1	0	0	2	0
Enterohemorragische E.coli	15	9	19	73	23
Febris recurrens	0	0	0	0	0
Hepatitis A	17	10	7	95	121
Hepatitis B Acuut	12	19	25	169	162
Hepatitis B Chronisch	113	139	159	1173	1108
Hepatitis C Acuut	0	17	2	42	26
Kinkhoest	1296	832	659	5837	4756
Mazelen	10	2	35	59	1
Paratyphus A	2	1	0	6	5
Paratyphus B	4	0	11	15	11
Paratyphus C	0	0	0	0	1
Rodehond	0	0	0	1	2
Vlektyphus	0	0	0	1	1
Voedselvergiftiging of voedselinfectie	0	11	18	55	75
Groep C					
Botulisme	3	3	0	6	1
Brucellose	1	0	0	7	4
Creutzfeldt-Jakob's Disease - Klassiek	2	6	1	15	15
Creutzfeldt-Jakob's Disease - Variant	0	0	0	0	1
Gele Koorts	0	0	0	0	0
Legionellose	45	8	47	167	171
Leptospirose	1	2	3	22	16
Malaria	13	42	24	134	141
Meningokokkose	6	14	13	111	142
Miltvuur	0	0	0	0	0
Ornithose/psittacose	3	9	8	42	27
Q-koorts	267	98	23	451	41
Trichinose	0	1	0	1	0

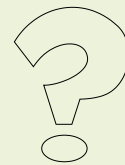
In de bovenstaande tabel zijn de meldingsplichtige infectieziekten ingedeeld, zoals beschreven in de Wet publieke gezondheid. De wet is nog niet geïmplementeerd. Daarom ontbreken de infectieziekten die pas met ingang van deze wet meldingsplichtig worden.

De tabel is gebaseerd op definitieve meldingen volgens de Infectieziektenwet. Deze meldingen zijn geaccordeerd door het RIVM. In de tabel is de meldingsplichtige ziekte tuberculose niet opgenomen. Het aantal tuberculosemeldingen wordt alleen in het jaaroverzicht gepubliceerd. Contactpersoon: S.M. van der Plas, RIVM, C1b, Epidemiologie en Surveillance, tel: 030-2743180.

Meldingen virologische ziekteverwekkers

	Week 25-28 totaal	Week 29-32 totaal	Week 33-36 totaal	Totaal t/m week 36 2008	Totaal t/m week 36 2007
Enterovirus	101	123	127	517	856
Adenovirus	68	45	63	666	721
Parechovirus	38	62	38	207	86
Rotavirus	12	16	13	1584	1053
Norovirus	16	23	19	868	333
Influenza A virus	2	3	2	191	388
Influenza B virus	1	0	1	194	9
Influenza C virus	0	0	0	1	0
Parainfluenza	27	15	7	197	252
RS-virus	2	5	12	665	899
Rhinovirus	46	34	40	526	469
Mycoplasma Pneumoniae	30	27	29	313	433
hMPV	0	8	1	116	74
Coronavirus	2	2	3	64	86
Chlamydia psittaci	3	3	1	27	13
Chlamydia pneumoniae	6	0	1	20	25
Chlamydia trachomatis	1165	1047	1245	9868	8912
HIV 1	105	71	92	701	569
HIV 2	1	0	0	1	3
HTLV	0	1	0	1	0
Hepatitis A virus	5	2	6	51	48
Hepatitis B virus	125	157	123	1224	1083
Hepatitis C Virus	65	62	69	640	601
Hepatitis D Virus	3	1	0	11	7
Hepatitis E Virus	2	0	0	5	2
Bofvirus	7	4	12	63	6
Mazelenvirus	7	2	7	21	5
Rubellavirus	3	0	1	12	10
Parvovirus	24	17	16	190	174
Coxiella burnetii	91	40	15	182	33
Rickettsiae	2	3	3	24	19
Dengue virus	6	6	10	70	35
Hantavirus	6	1	4	15	22
West-Nile Virus	0	0	0	0	2

De weergegeven getallen zijn gebaseerd op de aantallen positieve resultaten zoals gemeld door de leden van de Nederlandse Werkgroep Klinische Virologie. Zonder toestemming van deze werkgroep mogen deze gegevens niet voor andere doeleinden worden gebruikt. Contactpersoon enterovirussen: H. van der Avoort, RIVM, Clb, Laboratorium voor Infectieziekten en Screening, 030-2742059. Contactpersoon overige virussen: S.M. van der Plas, RIVM, Clb, Epidemiologie en Surveillance, 030-2743180.



Contactonderzoek bij een uitbraak van bacillaire dysenterie

Een GGD meldt een laboratoriumbevestigde bacillaire dysenterie bij een 4-jarig kind uit groep 1 van een basisschool. De GGD onderneemt meteen actie en informeert de ouders van de klasgenoten door middel van een informatiebrief. Een dag later worden 6 secundaire gevallen gemeld met klinische verschijnselen van koorts en waterdunne diarree. Bij 4 kinderen heeft de GGD ontlasting ingestuurd, voor de andere 2 kinderen wordt dit nog geprobeerd. Moet de GGD al op voorhand contactonderzoek met laboratoriumdiagnostiek doen bij de gezinsleden van deze 6 secundaire gevallen, dus nog voordat de laboratoriumdiagnose bekend is?

Het ziektebeeld bacillaire dysenterie of shigellose wordt veroorzaakt door de *Shigella*-bacterie. Na een incubatietijd van 1 tot 3 (maximaal 7) dagen doen zich de eerste verschijnselen van gastro-enteritis voor. In een vroeg stadium kan de ziekte hevige diarreeklachten geven. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een toxine. Het verloop en de ernst van het ziektebeeld wordt bepaald door de leeftijd en voedingstoestand van de patiënt en de soort *Shigella*. Verspreiding vindt primair plaats van mens tot mens door feco-oraalcontact en fecaal verontreinigd water of voedsel. Van alle darmbacteriën is *Shigella* een van de meest besmettelijke, een inoculum van 100 tot 200 bacteriën is al voldoende voor infectie. Zeker bij jonge kinderen in de leeftijd van 4 tot 5 jaar, als de hygiëne bij toiletgebruik nog verre van optimaal is, leidt dit gemakkelijk tot verspreiding.

In deze uitbraaksituatie zijn de gezinsleden al voordat de kinderen klachten kregen geïnformeerd over het ziektebeeld. De aanname mag zijn dat er verscherpte hygiënemaatregelen zijn genomen zodra de kinderen klachten kregen waardoor de kans op transmissie binnen het gezin kleiner is geworden. Daarom kan gewacht worden met contactonderzoek onder de gezinsleden. Wel dient actief gevraagd te worden naar de beroepen van de ouders. Zijn zij werkzaam in de levensmiddelenindustrie of gezondheidszorg? Indien er ouders zijn met een dergelijk risicoberoep dan dienen zij uiterst precieze hygiëne te betrachten en bij klachten meteen naar de GGD (of huisarts) te bellen om diagnostiek in te zetten. In overleg met de arbodienst dient beoordeeld te worden of de werkzaamheden van deze ouders moeten worden gestaakt of niet.

Bij de zieke kinderen uit de groep 1 is terecht fecesonderzoek ingezet. Juist vanwege de hoge besmettelijkheid mogen zij pas weer naar school als 2 feceskweken, met een interval van 3 dagen, en afgenomen tenminste 2 dagen na het beëindigen van eventuele antibiotische therapie, negatief zijn gebleken.

Voor correspondentie over deze rubriek: lci@rivm.nl.

Literatuur

1. W. van Pelt, Y.T.H.P. van Duynhoven, W.J. van Leeuwen, M.I. Esveld. Explosie van shigellose veroorzaakt door *Shigella sonnei*. Infectieziekten Bulletin 1998.
2. Hale TL, Formal SB. Pathogenesis of *Shigella*-infections. Pathol. Immunopathol. 1987;117-127.
3. Rowe B, Gross RJ. The genus *Shigella*. In: The Prokaryotes. Mortimer P et al. Ed. Springer Berlin 1981, 1249-1259.
4. LCI-richtlijn bacillaire dysenterie.