

# Ingezonden brief

## Reactie op het artikel

# Verschillen in GGD-werkwijzen rond kinkhoestmeldingen

## Onderzoek naar verschillen in GGD-werkwijzen rond kinkhoestmeldingen voor beleid ter bescherming van zuigelingen niet nodig

In het artikel *Verschillen in GGD-werkwijzen rond kinkhoestmeldingen* betogen De Gier et al dat inzicht in die werkwijzen bij de verschillende GGD'en, en discussie daarover, zouden moeten leiden tot consensus over de beste werkwijze.<sup>(1)</sup> Eerder hebben wij al aangetoond dat de werkwijze zoals die geadviseerd wordt in de LCI-richtlijn niet effectief is.<sup>(2)</sup> Het onderzoek zoals dat wordt uitgevoerd is naar onze mening voor de besluitvorming niet nodig. Op 22 maart tijdens een nascholing van de NVIB en de NV&VV zal onder andere gediscussieerd worden over onder andere nut en noodzaak van BCO bij kinkhoest en het artikel van De Gier et al zal daar wellicht ter sprake komen. Wij schrijven deze reactie in de hoop dat deze in de verdere discussie meegenomen kan worden.

Wij lazen het artikel van De Gier et al met interesse. Het is de moeite waard de diverse werkwijzen van GGD'en te kennen. Het is van belang te weten in hoeverre professionals handelen naar richtlijnen. Het is m.n. interessant als daar een evaluatie van het effect van die verschillende werkwijzen aan gekoppeld is en welke redenen professionals hebben van de richtlijn af te wijken. Dan kunnen ook inhoudelijke gefundeerde uitspraken over het gewenste beleid gedaan worden. Zoals De Gier et al aangeven wordt er getwijfeld aan de doelmatigheid van melden en zij verwijzen daarbij naar ons artikel uit 2008. De argumentatie die wij hebben voor onze twijfel aan de meldingsplicht voor kinkhoest noemen zij niet. Wij pleiten overigens zelfs voor afschaffing van de meldingsplicht. Wij concluderen in ons onderzoek dat kinkhoest een hoog-endemische ziekte is die slechts zelden gediagnosticeerd en gemeld wordt, waarbij dus op toevalsbevindingen actie ondernomen wordt en waarbij die actie vrijwel altijd te laat is om vatbare zuigelingen te beschermen. (2) Ongevaccineerde zuigelingen beschermen is het doel van preventieve handelingen. In 2008 heeft een ad hoc-kinkhoestwerkgroep vanuit het LOI deze visie uitgewerkt in een advies over de handelwijze

door GGD'en bij kinkhoestmeldingen. Deze is door het LOI in zijn vergadering op 16 december 2008 overgenomen. (3) Naar aanleiding van een melding contact opnemen met de curatieve arts en de patiënt werd als overbodig beoordeeld. In de bescherming van zuigelingen heeft de huisarts een centrale rol en dient hierin waakzaam te zijn. Voor de surveillance dient voor patiënten enkel onder de 16 jaar contact op te worden genomen met de entadministratie over de vaccinatiestatus. GGD'en dienen de huisartsen in hun regio actief te informeren/voor te lichten over de risico's van kinkhoest rond pasgeborenen opdat huisartsen handelen conform de NHG-standaard Acut hoesten. Deze adviseert het inzetten van diagnostiek bij het vermoeden van kinkhoest indien er een zwangere met een zwangerschapsduur langer dan 24 weken of een onvoldoende gevaccineerd jong kind in het gezin is. (4) Een aantal GGD'en zijn op deze werkwijze overgegaan. De LCI-richtlijn is overigens niet op dit nieuwe beleid aangepast. Toch zijn de argumenten die de aanleiding waren voor de beleidswijziging in 2008 nog steeds geldig. De onderbouwing is zelfs sterker geworden. Zoals ook De Gier et al aangeven is er geen aantoonbare relatie tussen het al dan

niet actieve beleid van een GGD en de ziekenhuisopnames van zuigelingen met kinkhoest in de GGD-regio. (1,5) De Gier et al noemen, overigens met enige voorzichtigheid, dat 4% van de somatische kinkhoestpatiënten wordt gemeld. Serologisch onderzoek toont aan dat het percentage van de Nederlandse bevolking dat in het seizoen 2006-2007 kinkhoest doormaakte aan het toenemen was, een verdubbeling tot 9% onder de personen van 9 jaar en ouder in 10 jaar. (5) Onder deze 9% vallen uiteraard ook asymptomatische infecties en patiënten met geringe symptomen. Dat deze minder infectieus zijn voor anderen ligt voor de hand, maar harde gegevens hierover zijn niet voor handen.

Blootstelling aan kinkhoest is dus niet te voorkomen. Zuigelingen lopen in alle situaties waar zij met anderen samen zijn een gerede kans, zeker tijdens een verheffing, in contact te komen met mensen met kinkhoest. Enkel het stoppen van de circulatie van kinkhoest in een gezin met zuigelingen middels profylactische behandeling van het hele gezin is bewezen effectief, maar dan enkel indien de profylaxe binnen 3 weken na het begin van de klachten van de index wordt gestart. (2) Het delay tussen begin van klachten en diagnose is veelal groter, in ons onderzoek voor 2004 in Nederland mediaan 42 dagen (10,7% binnen 3 weken). (2) In Groningen bevond zich van de 30 kinkhoest-casus die aan de 3 weken termijn voldeden in geen enkel geval een niet voldoende gevaccineerde zuigeling of hoogzwangere moeder in het gezin.

In het onderzoeksvoorstel voor het huidige onderzoek worden drie onderzoeksvragen over het preventiebeleid gesteld. (6) Een vraag naar de diverse werkwijzen die geïdentificeerd kunnen worden en een tweede naar de werkwijze die tot het meeste interventies leidt. Het antwoord op de laatste vraag is waarschijnlijk dat een actieve werkwijze dat doet. De derde vraag is naar de personele inzet bij de meer actieve werkwijze van GGD'en. De vraag naar de werkwijze die ziekte bij jonge zuigelingen voorkomt wordt in het onderzoek niet gesteld.

Samenvattend stellen wij dat er vanuit preventief oogpunt onvoldoende inhoudelijke reden is voor bron- en contactonderzoek rond een melding van kinkhoest. Dat maakt een onderzoek naar de werklast van de GGD voor kinkhoestmeldingen met als doel een balans te vinden tussen de

werklast en de preventie van kinkhoest bij zuigelingen, zoals nu dus uitgevoerd wordt, hiervoor overbodig. Welke gegevens voor surveillance nodig zijn valt buiten de scope van deze beschouwing. In de kinkhoestwerkgroep van 2008 was de afdeling epidemiologie van het RIVM vertegenwoordigd en men kon zich toen vinden in het advies van de werkgroep. In dit advies, overgenomen door het LOI, stond ook dat de voor de evaluatie van het RVP door GGD'en aan te leveren informatie kon worden beperkt. Andere informatie dan de vaccinatiestatus zou ook op andere manieren te verkrijgen zijn.

Wim Niessen<sup>1</sup>, Jan Broer<sup>1</sup>, Joop Schellekens<sup>2</sup>

1. GGD Groningen
2. RIVM

#### Correspondentie

W.Niessen@GGD.Groningen.nl

#### Literatuur

1. [http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Algemeen\\_Actueel/Uitgaven/Infectieziekten\\_Bulletin/Jaargang\\_27\\_2016/Februari\\_2016/Inhoud\\_februari\\_2016/Verschillen\\_in\\_GGD\\_werkwijzen\\_rond\\_kinkhoestmeldingen](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Infectieziekten_Bulletin/Jaargang_27_2016/Februari_2016/Inhoud_februari_2016/Verschillen_in_GGD_werkwijzen_rond_kinkhoestmeldingen)
2. Niessen WJM, Broer J, Schellekens J. Meldingsplicht voor kinkhoest niet effectief om ongevaccineerde kinderen te beschermen. Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152(2):86-90
3. Notulen 112<sup>e</sup> LOI, 16 december 2008
4. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/acuut-hoesten>
5. Margreet te Wierik, Nicole van der Maas, Helma Ruijs, Anita Suijkerbuijk. Kinkhoest: op zoek naar de beste balans tussen werklast en bestrijding, met oog voor surveillance. Onderzoeksvoorstel C1b, september 2015
6. Greef SC de, Melker HE de, Gageldonk PG van, Schellekens JF, Klis FR van der, Mollema L, et al. Seroprevalence of pertussis in The Netherlands: evidence for increased circulation of Bordetella pertussis. PLoS One 2010;5(12):e14183

## Reactie van auteurs

# Meldplicht kinkhoest kan niet zonder meer worden afgeschaft

Wij hebben de reactie van Niessen et al. (1) met belangstelling gelezen. Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om enkele zaken te verhelderen.

We geven in ons artikel aan dat de procedure rondom het afhandelen van een kinkhoestmelding een belangrijke bron van discussie is bij GGD'en. Het gaat hierbij dan om de vraag bij welke melding van kinkhoest welke inzet van GGD'en het meest op zijn plaats is. Op dit moment hanteert een aantal GGD'en de handelwijze, zoals vastgesteld tijdens het LOI van 16 december 2008 (2). Andere GGD'en hanteren echter nog de oorspronkelijke werkwijze, mogelijk omdat zij meerwaarde zien in deze handelwijze. Kwantificering hoe vaak een kinkhoestmelding leidt tot een actie/interventie van een GGD en of dit afhangt van een verschil in afhandelen van een melding kan meer inzicht geven in de verhouding tussen de inzet van GGD'en en de gevonden 'opbrengst' van het melden. We hopen dit te bereiken door bij 6 GGD'en steeds 200 kinkhoestcasussen te laten beoordelen door 2 ervaren GGD-verpleegkundigen. De beoordeling gebeurt aan de hand van een scoringslijst. Hierbij wordt ook gekeken of de actie/interventie ingezet is voor de bescherming van risicogroepen, zoals jonge zuigelingen en zwangeren. Het onderzoek geeft hiermee ook antwoord op de vraag of ziekte bij jonge zuigelingen (het primaire doel van kinkhoestbestrijding) mogelijk wordt voorkomen. Gevonden verschillen tussen GGD'en kunnen de discussie over de optimale balans tussen werklast, nut voor directe bestrijding en voor indirecte bestrijding (input van surveillance op kinkhoestvaccinatiebeleid) voeden. Ten slotte vinden wij dat de meldplicht van kinkhoest niet

kan worden afgeschaft. In 2008 zijn alle RVP-ziekten meldingsplichtig geworden omdat deze surveillance-gegevens belangrijk zijn om tijdig afgeleide risico's voor de bevolking te signaleren (3). Kinkhoest was al sinds 1975 meldingsplichtig. De inzichten uit de meldplicht van kinkhoest zijn in belangrijke mate van invloed geweest op de advisering van de Gezondheidsraad met betrekking tot kinkhoest evenals op de evaluatie van de effecten van de aanpassingen in het Rijksvaccinatieprogramma die hier uit zijn voortgekomen. Hiermee is de meldplicht van grote waarde voor de bestrijding van kinkhoest.

N.A.T. van der Maas, B. de Gier, A. Suijkerbuijk, H. Ruijs, M. te Wierik, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven

### Correspondentie

Brechje.de.Gier@rivm.nl

### Literatuur

1. Niessen W., Broer J., Schellekens J. Onderzoek naar verschillen in GGD-werkwijzen rond kinkhoestmeldingen voor beleid ter bescherming van zuigelingen niet nodig.
2. Notulen 112e LOI, 16 december 2008
3. Van Vliet J.A., Haringhuizen G.B., Timen A., Bijkerk P. Veranderingen in de meldingsplicht voor infectieziekten door de Wet Publieke Gezondheid. Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B79