

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 49

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

1

2014

EPIDEMIOLOGIE

HIV in regio Haaglanden:
Wakker blijven is de boodschap > p. 4

Wat weten Turkse virusdragers in
Den Haag over **chronische hepatitis B?**

> p. 11

VOLKSGEZONDHEID

Tuberculose en dwangisolatie > p. 17

Kinderen over de aanpak
kindermishandeling > p. 22

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
HIV Surveillance in de regio Haaglanden anno 2012 Wakker blijven is de boodschap! <i>David Spitaels, Jean-Marie Brand, Mary Berns</i>	4
Beeldvorming over chronische hepatitis B Wat weten Turkse virusdragers in Den Haag zelf van hun ziekte? <i>Roddy van der Horst, Kees Dirksen, Winnie Gebhardt, Jim van Steenbergen</i>	11
TBC en dwangisolatie <i>Erik Huisman en Pauline van Schie</i>	17
Kindermishandeling: De stem van kinderen bij de aanpak en de fysieke en psychische gevolgen <i>Liesbeth van Dalen</i>	22
Korte berichten	29
Aangiften infectieziekten	31

Redactioneel

Voor u ligt het eerste nummer van jaargang 2014 van het Epidemiologisch Bulletin van de GGD Haaglanden. U leest het goed: niet de GGD Den Haag, maar de GGD Haaglanden. De GGD Haaglanden is op 1 januari 2014 ontstaan uit een fusie van de voormalige GGD Zuid-Holland West en de voormalige GGD Den Haag. De organisatie heeft als werkgebied de gemeenten Delft, Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer. Het Bulletin heeft een ware metamorfose ondergaan. We denken dat we hiermee tegemoet komen aan de vele suggesties die zijn gedaan tijdens ons lezersonderzoek van 2010. We hebben met de nieuwe vormgeving gewacht op de fusie. Daarmee zou namelijk ook een andere vormgeving noodzakelijk worden; we slaan nu dus twee vliegen in één klap. Wij hopen en vertrouwen erop dat u het Bulletin met nog meer aandacht en plezier zult lezen.

Deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin bevat een impressie van twee indrukwekkende conferenties over kindermishandeling. Onder meer kunt u lezen hoe kinderen een duidelijk appel doen op hulpverleners: "Luister naar ons, zelfs als de officiële regels zeggen dat we te jong zijn om zonder toestemming van onze ouders met ons te praten." Het dilemma voor de hulpverleners is hier duidelijk. Door tegemoet te komen aan deze wens kan de hulpverlener heel belangrijke informatie verkrijgen over een gezinssituatie en wellicht een einde laten komen aan kindermishandeling. Maar tegelijk is het een handeling die ingaat tegen de beroepscode; nog onlangs is een huisarts die zich juist op dit punt net niet volledig aan de beroepscode hield, hiervoor berispt. Bij jonge kinderen mag je ouders niet zomaar passeren. Het is een moeilijke afweging tussen het belang van zo goed mogelijke zorgverlening enerzijds en het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer anderzijds. Veel eenvoudiger ligt deze afweging in, gelukkig spaarzame, gevallen waarin de volksgezondheid in het geding is omdat een tuberculosepatiënt niet

adequaat meewerkt aan de behandeling. Een artikel in dit Bulletin over dwangisolatie in het kader van de tuberculosebestrijding beschrijft enkele casussen waarin deze moeilijke beslissing genomen is. Strikt genomen gaat het hier niet primair om een goede zorgverlening, maar om het voorkómen dat willekeurige medeburgers met tuberculose worden besmet.

Ook in de twee andere artikelen op het gebied van de infectieziekten speelt het thema van de inbreuk die de openbare gezondheidszorg soms maakt op de persoonlijke levenssfeer. In het artikel over hepatitis B wordt beschreven hoe binnen sommige bevolkingsgroepen tegen deze diagnose wordt aangekeken: niet alleen vervelend omdat je dat virus nooit meer kwijt raakt en het verhoogde risico's geeft op (ernstige) ziekte, maar ook omdat je door je omgeving negatief wordt bejegend. Het stellen van de diagnose impliceert een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer die verder gaat dan de (somatische) gezondheidskant.

Het artikel over de surveillance van HIV-besmettingen laat – onder veel meer – zien hoe de introductie van aidsremmers de registratie van HIV-besmettingen heeft bemoeilijkt. Het artikel pleit krachtig voor een verbetering van deze registratie. Hier klinkt een heel andere teneur in door dan die van de jaren tachtig, toen de diagnose 'HIV-positief' nog zo stigmatiserend werd gevonden door de alghele bevolking, dat dit één van de overwegingen was om het testen op HIV niet al te zeer te bevorderen; laat staan de registratie. Het ontbreken van goede behandelopties was daarbij natuurlijk wel een cruciale factor.

Terugkerend naar de metamorfose: hoewel het Epidemiologisch Bulletin er heel anders uitziet dan voorheen hopen wij met de inhoud onverkort veel, goede en relevante informatie te blijven bieden en het debat over de volksgezondheid en de zorg in de regio Haaglanden te blijven stimuleren.

SAMENVATTING**INLEIDING**

In de regio Haaglanden zijn door het Ministerie van VWS twee behandelcentra voor hiv-patiënten aangewezen: het HagaZiekenhuis en het Medisch Centrum Haaglanden. Patiënten worden door zorgverleners voor behandeling doorverwezen naar deze ziekenhuizen. Jaarlijks worden de registraties van alle hiv-behandelcentra geanalyseerd door de Stichting HIV Monitoring.

METHODE

Gegevens uit de registraties van de hiv-behandelcentra en het Haagse soa-centrum van 2012 zijn geanalyseerd en vergeleken met regionale gegevens uit de periode 1999-2002 en landelijke gegevens van de Stichting HIV Monitoring uit de periode 2003-2012. Hierbij is gekeken naar de nieuw geregistreerde patiënten.

RESULTATEN

In 2012 werden 86 nieuwe hiv-infecties geregistreerd door de hiv-behandelcentra in de regio Haaglanden. Van deze patiënten was 63% woonachtig in Den Haag en 31% in andere gemeenten van regio Haaglanden; 6% kwam van elders. Twintig procent van de patiënten was oorspronkelijk afkomstig uit landen in Afrika, beneden de Sahara. Sinds 2002 is bij de nieuwe patiënten het aandeel van mannen die seksueel contact hebben met mannen gestegen van 45% naar 58%. Injecterend druggebruik werd in 2012 niet meer geregistreerd als transmissieroute.

CONCLUSIE

Door veranderingen in het testbeleid bieden zorgverleners meer actief soa- en hiv-testen aan. Toch komen patiënten nog steeds laat in zorg. Ook in de toekomst zullen zorgverleners nauw moeten blijven samenwerken om hiv-patiënten in zorg te krijgen. In de preventie moet de aandacht nu vooral gericht worden op het belang van regelmatig testen op hiv en andere soa's en op het belang van vroegtijdige behandeling.

Wakker blijven is de boodschap!

Het aantal nieuw geregistreerde hiv-patiënten in de regio Haaglanden is, evenals landelijk het geval is, de afgelopen tien jaar licht gedaald. In 2012 zijn 86 nieuwe hiv-patiënten in behandeling genomen, terwijl het in 2003 nog om 101 patiënten ging. Dit blijkt uit een gecombineerde analyse van gegevens van de twee regionale hiv-behandelcentra in Den Haag. Ondanks een licht dalende trend blijft waakzaamheid geboden. Door de betere behandelmethoden en het hiv-optimisme kost het steeds meer moeite om mensen te overtuigen van de risico's op een hiv-infectie en de gevolgen hiervan. Zij komen nog steeds laat in zorg. Dat vraagt om onverminderde voortzetting van de samenwerking tussen zorgverleners en extra inzet op voorlichting over het belang van testen. Kopte het Epidemiologisch Bulletin in 2004: 'Wakker worden! Aandacht nodig voor toename HIV in Den Haag'.¹ Nu is het vooral zaak om wakker te blijven!

David Spitaels, Jean-Marie Brand, Mary Berns

De eerste aidsdiagnose in Nederland dateert van begin 1982. Toenmalig co-assistent Jan van Wijngaarden² had deze 'primeur' met het stellen van een diagnose, die destijds vrijwel gelijk stond aan een doodvonnis. Verpleging van besmette patiënten ging gepaard met strenge isolatiemaatregelen. In 1985 kwam in Nederland de hiv-test beschikbaar.³ Gezien de beperkte behandel mogelijkheden werd het actief testen echter niet gepromoot en werden hiv-testen niet gebruikt voor surveillance. Van een meldingsplicht voor hiv-infecties is het bewust nooit gekomen. Wel werden verschillende registratiesystemen ontwikkeld om zicht te krijgen op de epidemie. In 1987 werd gestart met de vrijwillige melding van aidsdiagnoses door de hiv-behandelaren aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vanaf 1996 kwam het aids-registratiesysteem sterk onder druk te staan door de introductie van combinatietherapie (een combinatie van meerdere hiv-remmers). De diagnose werd tot die tijd voornamelijk klinisch gesteld, op het beeld van opportunistische infecties die profiteerden van een door het hiv-virus verzwakt

immuunsysteem. Na de introductie van de hiv-remmers werden klinische aidsdiagnoses steeds minder vaak gesteld. Mede hierdoor besliste de Raad voor Gezondheidsonderzoek dat er een nieuw registratiesysteem moest komen voor de surveillance van hiv/aids-infecties.⁴ Sinds 2002 verzamelt en analyseert de Stichting HIV Monitoring (SHM) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gegevens van hiv/aidspatiënten, die behandeld worden in geregistreerde hiv-behandelcentra. Momenteel zijn er in Nederland 26 hiv-behandelcentra voor volwassenen. SHM brengt jaarlijks een landelijk rapport uit met voornamelijk klinische gegevens en weinig epidemiologische informatie.

Voor de regio Haaglanden is de regionale situatie met betrekking tot hiv/aids nu in kaart gebracht door een gecombineerde analyse van gegevens van de twee regionale hiv-behandelcentra in Den Haag. Daarnaast wordt de surveillance van het Regionaal soa-centrum in Den Haag (verder soa-centrum genoemd) beschreven. Dit artikel bevat een beschrijving van en toelichting op de regionale hiv-cijfers met – waar mogelijk – een vergelijking met cijfers uit 1999-2002, die eerder in dit tijdschrift gepubliceerd werden.¹ Ook wordt beschreven welke preventiestrategieën het Haagse soa-centrum en de GGD Haaglanden gebruiken in de bestrijding van hiv/aids.

Haagse hiv-behandelcentra

Organisatie

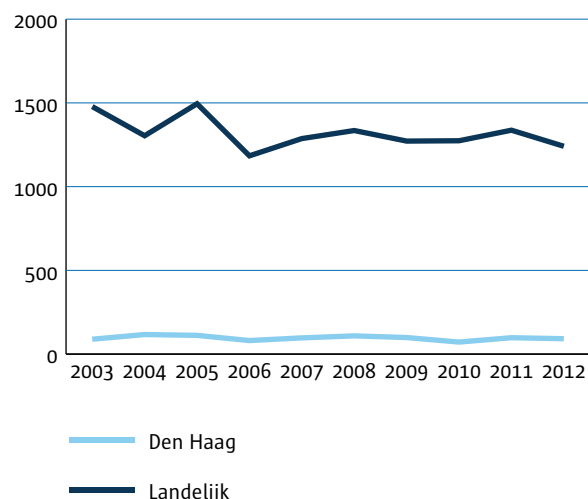
De regio Haaglanden kent twee door het ministerie van VWS erkende hiv-behandelcentra: het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg en het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde, beide in Den Haag. De hiv-behandelcentra doen geen hiv-screening, maar behandelen patiënten die zijn doorverwezen door zorgverleners die bij patiënten de diagnose hiv of aids hebben gesteld.

Aantal diagnoses 2003-2012

In 2012 werden in Nederland 1.241 nieuwe hiv-geïnfecteerde volwassenen geregistreerd (figuur 1a en 1b)⁵ waarvan 92 in de twee Haagse behandelcentra. De figuren laten zien dat er landelijk vanaf 2003 een licht dalende trend is in het aantal nieuwe geregistreerde hiv-patiënten. Deze licht dalende trend is de laatste tien jaar ook in de Haagse behandelcentra te zien (n=101 in 2003; n=92 in 2012). Met name huisartsen, soa-centra en gynaecologen/verloskundigen verwijzen patiënten naar de hiv-behandelcentra.

Onderstaande informatie komt uit geanonimiseerde data verkregen van de twee Haagse hiv-behandelcentra. In totaal werden in 2012 86 nieuwe hiv-patiënten in de Haagse hiv-behandelcentra geregistreerd, 29 in het HagaZiekenhuis en 57 in het Medisch Centrum Haaglanden. (Dit aantal van 86 patiënten wijkt af van de 92 Haagse patiënten in de landelijke registratie door vertraging bij het doorgeven aan en opnemen in de landelijke

Figuur 1. Aantal nieuw geregistreerde patiënten met hiv in hiv-behandelcentra. Den Haag/Nederland 2003-2012.



registratie van lokale data). Uit de registratie blijkt dat nieuwe hiv-patiënten nog steeds laat in zorg komen bij de hiv-behandelaar. Dit is te bepalen aan de hand van het aantal CD4-cellen (een bepaald type witte bloedcellen). Het aantal cellen is vaak een goede indicator voor de mate waarin de ziekte is gevorderd en het immuunsysteem heeft aangetast. In de loop van een hiv-infectie daalt het aantal CD4-cellen van een normale waarde van meer dan 500 per mm³ bloed naar veel lagere waarden. Een waarde van ≤ 350 CD4-cellen/mm³ wijst op een zwakker immuunsysteem en is gerelateerd aan een slechtere prognose. In 2012 had bijna de helft (47%) van de nieuwe hiv-patiënten in de Haagse behandelcentra bij het begin van hun medisch traject een CD4-waarde van ≤ 350 cellen/mm³. In een periode van 20 jaar (1992-2011) werd in de Westerse wereld overigens geen noemenswaardige stijging van de CD4-waarde opgetekend bij start van medische zorg.⁶

Demografische kenmerken

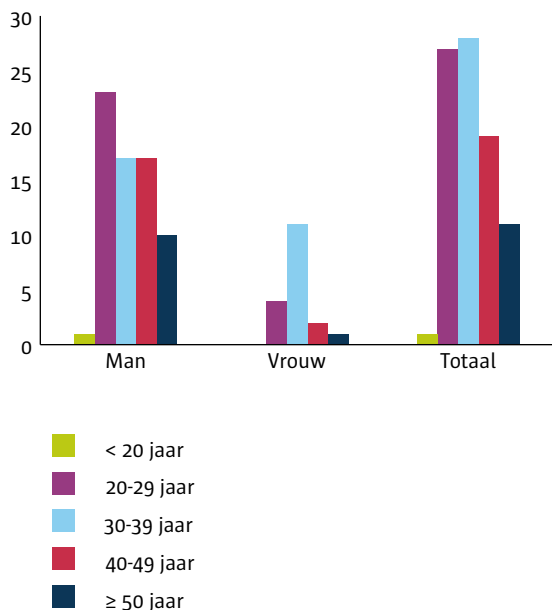
Leeftijd en geslacht

In 2012 was de jongste hiv-patiënt 18 jaar en de oudste 62 jaar bij het begin van hun behandeling in een Haags hiv-behandelcentrum. De gemiddelde leeftijd bij de start van de behandeling was 36 jaar. Ruim driekwart (79%) van de nieuwe hiv-patiënten was man. In 2012 waren de meeste vrouwen tussen de 30 en 40 jaar en de meeste mannen tussen de 20 en 30 jaar bij start van de behandeling in de behandelcentra (figuur 2).

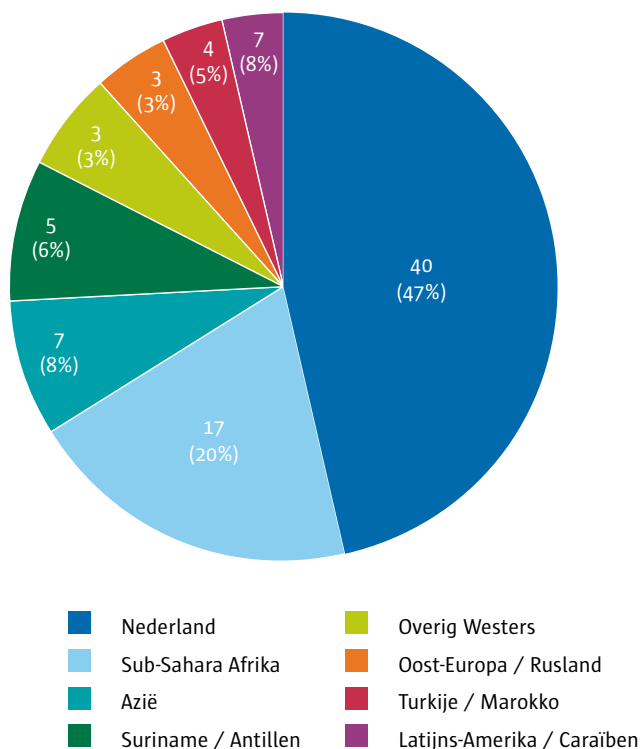
Woonregio

De geanonimiseerde data van de hiv-behandelcentra bevatten geen woonplaats van hiv-patiënten, wel de eerste twee cijfers van hun postcode. Dit geeft een globaal inzicht in het aantal patiënten dat in de regio Haaglanden woont. In 2012 was 94% van de nieuw geregistreerde patiënten woonachtig in

Figuur 2. Aantal nieuw geregistreerde patiënten met hiv in de twee Haagse hiv-behandelcentra naar geslacht en leeftijd. Den Haag 2012.



Figuur 3. Aantal en percentage nieuw geregistreerde patiënten met hiv in de twee Haagse hiv-behandelcentra naar land/regio van herkomst. Den Haag 2012.



regio Haaglanden; bijna twee derde (63%) was woonachtig in Den Haag en 31% woonachtig in de andere gemeenten van regio Haaglanden (postcodes 2200, 2600 en 2700*).

Etnische herkomst

Aan de patiënten werd gevraagd wat hun etnische herkomst is. In 2012 waren de 86 hiv-patiënten afkomstig uit 33 verschillende landen**. Bijna de helft van de patiënten (47%) was afkomstig uit Nederland en nog eens 6% uit overige westerse landen (Noord-Amerika, Canada, Australië, West-Europese landen exclusief Nederland). De overige patiënten (47%) waren afkomstig uit een niet-westerse land (zie figuur 3). Patiënten, afkomstig uit Sub-Sahara Afrika (landen in Afrika ten zuiden van de Sahara), vormden nog steeds de grootste groep nieuwe niet-westerse hiv-patiënten. Zo kwam 20% van het totaal aantal nieuwe patiënten uit Sub-Sahara Afrika. Opvallend is dat in 2012 slechts één nieuwe patiënt afkomstig was uit Ghana, terwijl in 1999 Ghana nog het meest voorkomende Afrikaanse herkomstland was (toen 9 Ghanese patiënten). Het percentage nieuwe Surinaamse/Antilliaanse patiënten was in 2012 vergelijkbaar met 1999 (8%, respectievelijk 9%). In 2012 was 8% van de nieuwe hiv-patiënten afkomstig uit Azië en 5% afkomstig uit Oost-Europa (inclusief Rusland).

Transmissieroute

In 2012 was bij de meeste nieuwe patiënten in de Haagse hiv-behandelcentra seksueel contact de meest waarschijnlijke transmissieroute voor de hiv-infectie. De gegevens tonen ook een duidelijk verschil tussen hetero- en homoseksuele contacten als meest waarschijnlijke besmettingsroute voor hiv. Tussen 1999 en 2002 was al sprake van een stijging van het aandeel mannen dat seksueel contact heeft met mannen (verder MSM genoemd) in het totaal aantal nieuwe hiv-infecties; in 2002 werd 45% van de nieuwe hiv-infecties bij MSM gevonden. Figuur 4 toont dat deze trend zich doorzet in 2012, 58% van de nieuwe infecties werd vastgesteld bij MSM. Dit percentage ligt ook meer in lijn met de landelijke cijfers; in 2012 werd landelijk bij 67% van de nieuwe hiv-infecties seksueel contact van MSM als transmissieroute aangemerkt. Een mogelijke verklaring voor het groeiend aandeel MSM onder nieuwe hiv-patiënten in de regio Haaglanden is dat deze risicogroep zich meer laat testen en meer durft uit te komen

* Delft, Zoetermeer, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland, Wassenaar, Westland.

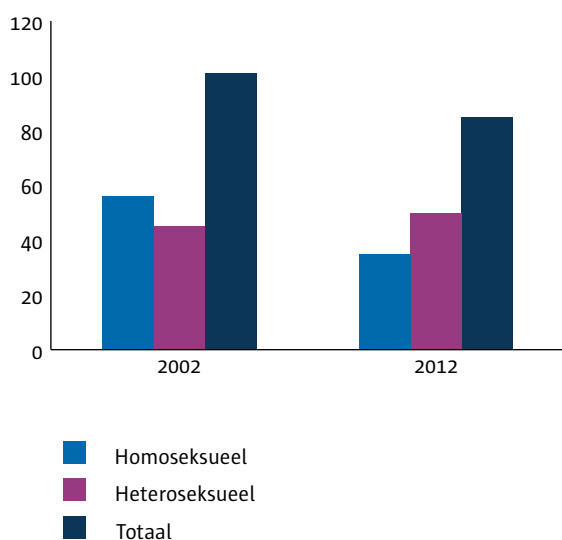
** In de hiv-behandelcentra wordt aan de patiënten gevraagd naar hun etniciteit en niet specifiek naar het geboorteland van patiënt en diens ouders. Uit eerder onderzoek bij het Haagse soa-centrum is gebleken dat indien de patiënt zelf aangeeft wat zijn etnische herkomst is, het percentage Nederlanders wordt overschat (een deel van de niet-Nederlanders voelt zich Nederlander).

voor de geaardheid bij het testen. Ook het sinds 2010 ingestelde opting-out testbeleid op het soa-centrum (dat wil zeggen: standaard een hiv-test, tenzij de bezoeker expliciet aangeeft niet op hiv getest te willen worden) kan de stijging verklaren. Uit onderzoek van Amsterdam bleek namelijk dat vóór de invoering van opting-out meer MSM dan heteroseksuele bezoekers een hiv-test weigerden (38% respectievelijk 27%). Na de invoering van opting-out daalde dit naar 7% van de MSM en 2% van de heteroseksuelen zodat uiteindelijk relatief meer MSM zich lieten testen.⁷ Verder is het aannemelijk dat de verbeterde prognose en het afgenomen taboe op hiv hebben geleid tot laagdrempeliger hiv-testen.

Dat transmissieroutes aan verandering onderhevig zijn, blijkt uit het feit dat in de jaren '90 injecterend druggebruik nog de oorzaak was van meer dan 10% van alle hiv-infecties in Nederland. In 2012 werd deze transmissieroute echter niet meer aangegeven door de Haagse hiv-behandelcentra.

Voor vrijwel alle herkomstlanden en -gebieden geldt dat het merendeel van de nieuwe hiv-patiënten bij de Haagse hiv-behandelcentra man is en aangaf MSM te zijn. Zo was van de Nederlandse patiënten 67% MSM. Alleen van de 17 patiënten afkomstig uit Sub-Sahara Afrika was de meerderheid vrouw (65%) en gaf slechts één van de 6 mannen aan MSM te zijn (figuur 5).

Figuur 4. Aantal nieuw geregistreerde patiënten met hiv in de twee Haagse hiv-behandelcentra naar seksuele voorkeur. Den Haag 2002 en 2012*.



* De seksuele voorkeur is van een klein deel van de patiënten niet bekend, de totalen in de figuur wijken daarom af van het totaal aantal patiënten in 2002 en 2012.

Hiv-surveillance en preventiebeleid bij de GGD Haaglanden

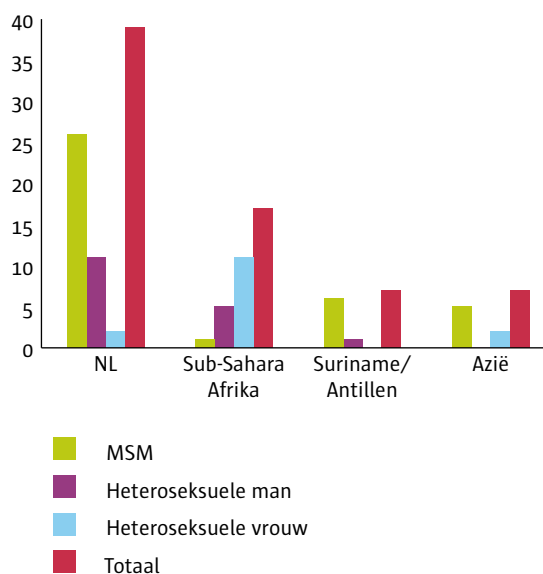
Hiv-surveillance bij het Regionaal soa-centrum Den Haag

In 2006 kregen acht GGD'en van het ministerie van VWS de opdracht om in hun regio aanvullende soa-zorg op de eerstelijnszorg te organiseren. In de regio Haaglanden wordt deze zorg gecoördineerd door het Regionaal soa-centrum Den Haag (onderdeel van de afdeling soa-bestrijding van de GGD Haaglanden). Op het soa-centrum kunnen alleen mensen met verhoogd seksueel risicogedrag getest worden. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met veel wisselende contacten zoals prostituees en MSM. De woonplaats speelt geen rol in de selectie. Van de in totaal 10.675 bezoekers van het soa-centrum in 2012 gaf ruim driekwart aan woonachtig te zijn in de regio Haaglanden, 52% in Den Haag en 25% in de andere gemeenten van de regio Haaglanden (van 10% van alle bezoekers was de woonplaats niet geregistreerd).⁸ Een belangrijke doelgroep van het soa-centrum zijn MSM. In 2012 was 19% van alle geteste bezoekers MSM.

Hiv-testen op het soa-centrum

Het percentage hiv-testen dat op het soa-centrum wordt afgenomen, vertoont de afgelopen jaren een wisselend beeld. Ging het in 2006 om 61%⁹ van het totaal aantal bezoekers, in 2011 was dat 98% en in 2012 liep het terug naar 90%.

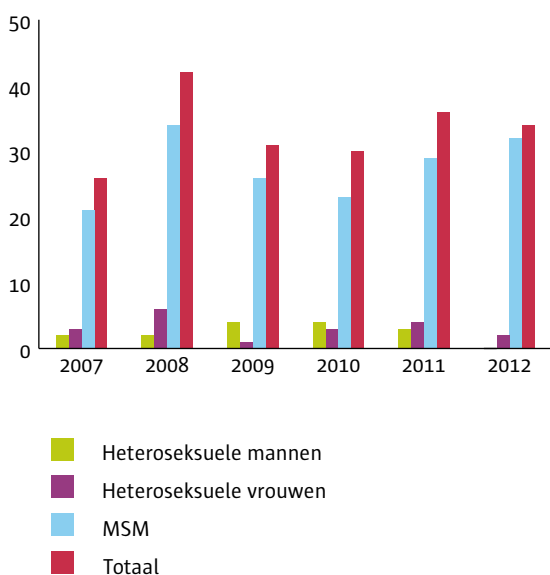
Figuur 5. Percentage nieuw geregistreerde patiënten met hiv in de twee Haagse hiv-behandelcentra naar seksuele voorkeur voor de vier herkomstlanden/regio's met de meeste patiënten. Den Haag 2012.



Deze wisselingen worden gedeeltelijk beïnvloed door veranderingen in het hiv-testbeleid. Zo geldt op het soa-centrum, evenals in alle andere GGD soa-centra, sinds 1 januari 2010 een opting-out testbeleid voor hiv. Dit wil zeggen dat bezoekers standaard op hiv worden getest, tenzij zij zelf aangeven hier niet op getest te willen worden. Dit omdat te veel hiv-geïnfecteerde mensen in Nederland niet bekend zijn met hun hiv-besmetting en daardoor onder andere de mogelijkheid van een tijdige behandeling mislopen. Naar schatting zijn er in Nederland 25.000 met hiv besmette mensen.¹⁰ In juni 2013 zijn hiervan 17.006 hiv-patiënten in zorg. Door op de soa-centra de hiv-test standaard aan te bieden aan mensen met verhoogd risicogedrag kan de groep met onbekende hiv-status gereduceerd worden.¹¹ Een verandering is ook dat sinds 2012 aan bezoekers onder de 25 jaar met laag risicogedrag een beperkter soa-testpakket (alleen chlamydia- en gonorroetest en géén hiv-test) wordt aangeboden. Uit onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bleek namelijk dat seksueel actieve jongeren onder de 25 jaar zonder bijkomende risicofactoren (zoals veel wisselende contacten, MSM, niet-Nederlandse etniciteit, gewaarschuwd door besmette partner, soa-gerelateerde klachten) wel een verhoogd risico op een chlamydia-infectie hebben, maar niet op syfilis, hepatitis B en hiv. Als de testen op chlamydia en/of gonorrhoe bij deze jongeren positief blijken, worden deze laatste drie soa's alsnog getest. Door het aanbieden van een beperkter soa-testpakket aan jongeren daalde het percentage hiv-testen voor de totale groep bezoekers van 98% in 2011 naar 90% in 2012.

Figuur 6 toont dat het aantal nieuwe hiv-diagnoses op het soa-centrum redelijk stabiel blijft met een uitschieter in 2008.

Figuur 6. Aantal nieuw gestelde hiv-diagnoses op het soa-centrum naar seksuele voorkeur. Den Haag 2007-2012.



Evenals in de voorgaande jaren werd ook in 2012 het overgrote deel van de hiv-diagnoses bij MSM gesteld: 94%.

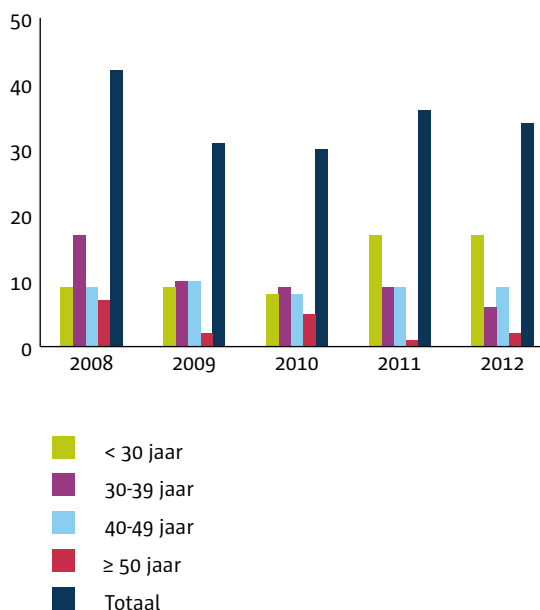
Opvallend is dat de gemiddelde leeftijd van bezoekers waarbij een nieuwe hiv-diagnose werd gesteld de laatste jaren is gedaald van 38 jaar in 2008 naar 32 jaar in 2011 en 2012 (zie ook figuur 7). Dit terwijl de gemiddelde leeftijd van alle bezoekers van het soa-centrum de laatste jaren stabiel is (tussen de 29 en 30 jaar). Een duidelijke verklaring voor de daling is nog niet te geven. Het stijgend aantal hiv-diagnoses bij jongvolwassen MSM wordt wel nauwlettend opgevolgd. De gemiddelde leeftijd van de bij de Haagse hiv-behandelcentra in 2012 in zorg gekomen nieuwe hiv-patiënten is hoger (36 jaar). In 2012 werden 34 hiv-diagnoses gesteld in het soa-centrum. De meeste (29) van deze patiënten (85%) kozen voor een doorverwijzing naar de Haagse hiv-behandelcentra voor medische opvolging. De overige 15% werd doorverwezen naar andere hiv-behandelcentra in Nederland. Een deel van deze patiënten kiest omwille van anonimiteit voor een hiv-test buiten hun woonregio, maar voor medische behandeling van hiv kiezen ze voor opvolging in hun eigen gebied.

Hiv-preventiebeleid

Soa-centrum

De meeste nieuwe hiv-infecties worden waarschijnlijk verspreid door mensen die (nog) niet weten dat ze drager zijn van het virus.¹² Vaak zijn ze zelf net geïnfecteerd en daarmee extra besmettelijk voor anderen. Met het oog hierop hanteert het soa-centrum een preventiestrategie op verschillende domeinen. Door bewust maken, actief opsporen en snel in zorg brengen van deze dragers wordt verspreiding beperkt.

Figuur 7. Aantal nieuw gestelde hiv-diagnoses op het soa-centrum naar leeftijd. Den Haag 2008-2012.



Hieronder staan kort enkele speerpunten van deze strategie.

- **Actief testbeleid.** Hoogrisicogroepen krijgen het advies om zich periodiek op hiv te laten testen. Door deze strategie hoopt men nieuwe hiv-infecties in een zo vroeg mogelijk stadium te diagnosticeren en zo verdere verspreiding te voorkomen.
- **Partnerwaarschuwing.** Met bezoekers bij wie de hiv-diagnose is gesteld, wordt uitgebreid partnerwaarschuwing besproken en opgevolgd door het soa-centrum. Aan cliënten worden methoden aangereikt om op vrijwillige basis hun sekspartners te (laten) waarschuwen en hen te adviseren om zich ook te laten testen.
- **Verwijzing.** Het soa-centrum begeleidt patiënten naar de reguliere zorg in de hiv-behandelcentra. Mensen met een nieuwe hiv-diagnose moeten de overstap maken naar de reguliere (lees: niet anonieme en niet gratis) zorg. Dit wordt nog vaak als een drempel ervaren en is voor sommigen een reden om deze zorg te mijden.
- **Counseling.** In elk soa-consult wordt gesproken over risicofactoren en –gedrag. De praktijk laat namelijk zien dat de verspreiding van soa/hiv vaak te wijten is aan onwetendheid ten aanzien van de gedragsrisico's.
- **Doelgroep specifieke acties.** Sinds 2009 is het soa-centrum Den Haag aangesloten bij het landelijk 'hiv-testen-project'. Dit project berust in Haaglanden op drie pijlers. Allereerst wordt er op de website van het soa-centrum aan MSM meer specifieke informatie aangeboden. Daarnaast kregen alle Haagse jonge mannen tussen de 20 en 25 jaar begin 2012 een uitnodiging voor een gesprek en/of test op het soa-centrum. Het derde onderdeel is het online testlab. Door deze mogelijkheid kunnen MSM, die niet naar het soa-centrum of de huisarts durven of willen gaan, online een volledig anonieme en gratis test op locatie aanvragen via de website van www.mantotman.nl.
- **Reguliere soa-test.** De kans om hiv te krijgen neemt aanzienlijk toe wanneer men geïnfecteerd is met een andere soa zoals lues, gonorrhoe, herpes of chlamydia. Door deze soa aan te tonen en te behandelen, bestrijdt het soa-centrum op een indirecte wijze ook hiv.

GGD Haaglanden

Door de GGD Haaglanden worden diverse voorlichtingsactiviteiten ontwikkeld en uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn:

- In het voorjaar van 2013 is een korte voorlichtingsfilm met bijbehorend boekje uitgebracht ('Hiv? Soa? Je kunt het maar beter weten!'). Doel van de film en het boekje is onder meer het aanmoedigen van mensen met risicovol seksueel gedrag om zich te laten testen op soa en hiv. Deze film dient als ondersteuning voor (semi)professionals bij groepsvoorlichtingen. Gebruikers zijn onder andere huisartsen, Parnassia, welzijnsorganisaties, ziekenhuizen, Haagse Hogeschool maar ook de eigen GGD migrantenvoorlichters.



Het kost steeds meer moeite om mensen te overtuigen van de risico's op een hiv-infectie

- Twee keer per jaar wordt door de GGD Haaglanden in samenwerking met Stichting Mara een Hiv Netwerk Expertmeeting georganiseerd waarbinnen deelnemen: Stichting Mara, Soa centrum, HIV verpleegkundigen, ziekenhuizen Leyenburgh, Westeinde en Parnassia.
- Via het Informatiecentrum van de GGD kunnen inwoners en professionals informatie krijgen over hiv/aids, soa en seksualiteit. In het Informatiecentrum zijn gratis lesmaterialen, voorlichtingsmaterialen en (les)DVD's beschikbaar.

Conclusies

Wakker blijven is het advies. Ondanks een lichte daling van het aantal nieuwe hiv-infecties in de regio in de afgelopen tien jaar blijft waakzaamheid geboden. Seksueel contact lijkt onverminderd de meest voorkomende transmissieroute te zijn. In het algemeen komen hiv-patiënten nog steeds laat in zorg. Zorgverleners moeten alert blijven om hiv-infecties in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen en mensen te verwijzen naar hiv-behandelcentra. De verhoogde alertheid bij zorgverleners is de voorbije jaren al meer zichtbaar geworden door het actief testbeleid van risicogroepen op soa-centra (onder meer door periodieke screening en opting-out), de nieuwe NHG-standaard 'Het soa-consult' in 2013 en de prenatale screening op hiv voor de 13de week van de zwangerschap bij verloskundigen en gynaecologen ¹³ sinds 2004.

Mensen met verhoogd risicogedrag voor soa moeten zich goed informeren over het belang van testen en het nut van vroegtijdige behandeling bij een eventuele hiv-infectie. Door de betere behandelmethoden is hiv/aids namelijk niet meer per definitie dodelijk, maar eerder een chronische ziekte en lijkt onbeschermd seksueel contact minder risicovol. Door dit hiv-optimisme ¹⁴ kost het steeds meer moeite om mensen te overtuigen van de risico's op een hiv-infectie en de gevolgen hiervan. Deze opvatting kan

op termijn, door toenemend risicogedrag, weer leiden tot een toename van hiv. De preventieve strategie van het soa-centrum heeft zich daarom de laatste jaren meer toegespitst op vroegtijdige diagnose en goede voorlichting.

Niet alleen een hiv-test is van belang, maar ook andere soa moeten uitgesloten worden. In de ogen van veel risicolopers zijn goed behandelbare soa zoals syfilis, gonorrhoe en chlamydia, minder belangrijk dan hiv. Het voorkomen of behandelen van deze soa kan ook bijdragen aan de bestrijding van hiv omdat infectie met een soa een verhoogde kans geeft om hiv op te lopen of door te geven.

Het soa-centrum valt buiten de reguliere eerste- en tweedelijnszorg. Het streven is om nauw samen te werken met de eerste lijnszorg door een goede terugkoppeling te geven bij ernstige soa en eventuele doorverwijzing naar de 2de lijn te garanderen. Soa-centra kunnen immers niet rechtstreeks naar de 2de lijn verwijzen. Daarnaast kan het soa-centrum de eerstelijnszorg ondersteunen bij bepaalde taken zoals partnerwaarschuwing en telefonisch overleg bij ingewikkelde casuïstiek.

Met dank aan

Met dank aan de hiv-behandelcentra van HagaZiekenhuis en Medisch Centrum Haaglanden voor het aanleveren van de geanonimiseerde data.

REFERENTIES

- 1 Leeuwen AP van. **Wakker worden! Aandacht nodig voor toename HIV in Den Haag**. Epidemiologisch bulletin, 2004, 39: 2-8.
- 2 Mooij A. **Geen paniek! Aids in Nederland**, 1982-2004. Amsterdam: Bert Bakker, 2004. ISBN: 9035126904.
- 3 Berk GEL van den, Jarbandhan AA, Regez RM, Bergen van JEAM en Brinkman K. **Geen hiv-test verricht: een gemiste kans**. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007 Dec 1;151(48):2648-51.
- 4 Coul ELM op de, Beuker RJ, Prins M, Fennema JSA, Meijden WI van der, Coutinho RA, Laar MJW van de. **HIV-infectie en aids in Nederland: prevalentie en incidentie**, 1987-2001. Ned Tijdschr Geneeskd. 2003;147:1071-6.
- 5 **Jaarverslagen Stichting HIV Monitoring van 2002-2012**. Beschikbaar op website www.hiv-monitoring.nl
- 6 Lesko CR, Cole SR, Zinski A, Poole C, Mugavero MJ. **A systematic review and meta-regression of temporal trends in adult CD4(+) cell count at presentation to HIV care, 1992-2011**. Clin Infect Dis. 2013 Oct;57(7):1027-37. doi: 10.1093/cid/cit421. Epub 2013 Aug 6.
- 7 Heijman RLJ, Stolte IG, Leent EJM van, Coutinho RA, Fennema JSA, Prins M. **Toename van het aantal hiv-testen door de invoering van een opting-outtestbeleid op de soa-polikliniek GGD Amsterdam**. Tijdschr Infect 2009;4:211-21.
- 8 Spitaels D, Brand JM, Keetman M, Camerijk A. **Regionaal soa-centrum Den Haag, epidemiologisch jaarverslag 2012**. www.soacentrumdenhaag.nl
- 9 Leeuwen AP van, Berns MPH. **Jaarverslag 2008. Regionaal soa-centrum Den Haag**. Den Haag, november 2009.
- 10 **Monitoringsrapport 2013. Humaan immuundeficiëntievirus (hiv) in Nederland**, Beschikbaar op website www.hiv-monitoring.nl
- 11 Blom CA (Soa Aids Nederland). **Hiv-preventie: Wat is het aanbod?** In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\Van ziekten en aandoeningen\Infectieziekten\Hiv, 9 december 2009. Geraadpleegd 18 januari 2014.
- 12 **Monitoringsrapport 2013 SHM. Humaan immuundeficiëntievirus (hiv) in Nederland**, Beschikbaar op website www.hiv-monitoring.nl
- 13 Blom CA (Soa Aids Nederland). **Hiv-preventie: Wat zijn de effecten?** In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\Van ziekten en aandoeningen\Infectieziekten\Hiv, 9 december 2009. Geraadpleegd 19 januari 2014.
- 14 Vries HJC de, Doornum GJJ van, Bax CJ et al. **Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen voor de 2e Lijn**, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2012: (inclusief paginanummers), www.huidarts.info.

OVER DE AUTEURS

D. Spitaels is arts infectieziektebestrijding bij de GGD Haaglanden, **J-M. Brand** is arts bij het Regionaal soa-centrum Den Haag, **mw. drs. M.P.H. Berns** is epidemiologisch onderzoeker bij de GGD Haaglanden.
E-mail: david.spitaels@denhaag.nl

Wat weten Turkse virusdragers in Den Haag zelf van hun ziekte?

Hoe komt een (chronische) hepatitis B-besmetting tot stand en wat is het ziektebeloop? De antwoorden op deze vragen worden altijd aan patiënten meegegeven en zijn vrij eenvoudig te verkrijgen. Toch beschikken Turks-Haagse virusdragers en hun families lang niet altijd over de juiste informatie en feiten. Dat is des te schrijnender wanneer blijkt dat dit kennistekort vaak de basis is voor onterechte bejegening van de patiënt door de eigen familie. Ten aanzien van hun ziekte lijken veel patiënten te kiezen voor een passieve en afhoudende opstelling, zelfs wanneer dit overbodige beperkingen, vervreemding en lichamelijke risico's met zich meebrengt. Niet zelden is er sprake van inadequaat gedrag om besmetting naar anderen te voorkomen. Onderstaand onderzoek laat zien dat het tijd is om kritisch te kijken naar de voorlichting door de GGD en de begeleiding door de eigen huisarts.

Roddy van der Horst, Kees Dirksen, Winnie Gebhardt, Jim van Steenbergen

Hepatitis B is een virale infectieziekte van de lever. Bij een chronische hepatitis B-infectie slaagt het afweersysteem van de patiënt er niet in om het virus onschadelijk te maken. Het virus blijft dan in principe levenslang in de lever aanwezig en de geïnfecteerde patiënt wordt virusdrager. Dit dragerschap blijft in ongeveer 80% van de gevallen zonder lichamelijke gevolgen. Het besef daarentegen virusdrager te zijn heeft voor de patiënt en zijn directe omgeving ingrijpende medische, psychische en sociale gevolgen. Een drager blijft immers besmettelijk en in één op de vijf gevallen gaat de chronische aanwezigheid van het virus over in een ernstige leverfunctiestoornis of in leverkanker. Er is tot op heden weinig onderzoek verricht naar hoe het de patiënt vergaat in het verdere verloop van zijn ziekte. Nog minder is bekend over de manier waarop de omgeving reageert op de aanwezigheid van een virusdrager. Dit wringt mede vanwege de signalen dat er binnen etnische minderheidsgroepen vormen van discriminatie voorkomen. Ook de beperkingen die de patiënt zichzelf vrijwillig oplegt kunnen tot een onnodig verlies van levenskwaliteit leiden. Foutieve aannames over het ziektebeeld zijn een belangrijke oorzaak voor

stress, vervreemding en buitensluiting en kunnen effectieve preventie en gepaste zorg in de weg staan.

Iedere patiënt bij wie hepatitis B voor de eerste keer wordt vastgesteld, ontvangt van de GGD Haaglanden een uitnodiging voor een bron- en contactonderzoek (BCO). Tijdens dit gesprek krijgt de patiënt voorlichting over de ziekte en worden zijn risicocontacten geïnventariseerd. Het contact tussen de patiënt en de GGD is in principe eenmalig. De eigen huisarts draagt zorg voor de medische begeleiding en bescherming van de risicocontacten.

Om een beter inzicht te krijgen in het kennisniveau van chronische virusdragers is een groep Haagse en Rotterdamse patiënten onderzocht. Alle patiënten waren afkomstig uit de Turkse gemeenschap en hadden op het moment van het interview langer dan twee jaar de diagnose hepatitis B. Ook zijn interviews afgenomen bij enkele sleutelfiguren, die beroepsmatig bij de behandeling en begeleiding van Turkse hepatitis B-patiënten betrokken zijn. De studie beschrijft hoe gebrekkige kennis een verkeerde beeldvorming in de hand werkt en welke psychosociale gevolgen dit voor de drager en zijn omgeving kan hebben.

Symptomen

De belangrijkste symptomen van acute hepatitis B zijn ernstige malaise, koorts en geelzucht.

De meeste patiënten zullen het virus aansluitend aan de infectie uit hun lichaam verwijderen en een levenslange immuniteit verwerven.

Bij patiënten met een onrijpe of verminderde afweer kan de acute infectie echter gemakkelijk in een chronische infectie overgaan. Chronische hepatitis B kan na een langdurige periode zonder klachten uiteindelijk tot levercirrose en leverkanker leiden. Dit gecompliceerde beloop vindt bij ongeveer 20 % van de dragers plaats.

De meeste hepatitis B-dragers zullen na de acute infectie dus nooit meer lichamelijke klachten van hun leverziekte ervaren. Die symptoomloosheid verklaart waarom de meeste patiënten zich niet van hun chronische infectie bewust zijn. Ook dragers zonder lichamelijke klachten blijven echter besmettelijk voor hun directe omgeving.

De uitkomsten zijn niet altijd bemoedigend en nopen tot een kritische evaluatie van de voorlichting aan en begeleiding van patiënten met chronische hepatitis B.

Dit artikel is een afgeslankte versie van een afstudeeropdracht naar stigmatisering van Turkse virusdraggers in Den Haag.

Titel: The Psychosocial Burden upon a Positive Chronic Hepatitis B Diagnosis amongst First Generation Turkish Migrants (R. van der Horst, oktober 2012). De afstudeeropdracht is uitgevoerd onder regie van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.

Epidemiologie van het dragerschap

Chronische besmetting met het Hepatitis B-virus (HBV) blijft mondiaal een groot probleem voor de volksgezondheid.

Ondanks de beschikbaarheid van een potent hepatitis B-vaccin en steeds betere antivirale therapieën leven wereldwijd 350 tot 400 miljoen mensen met deze chronische virusinfectie.¹

De meeste patiënten dragen het virus bij zich zonder hier zelf weet van te hebben. Een besmetting met het HBV kan echter ernstige gevolgen voor de gezondheid hebben en wordt in een huiselijke situatie gemakkelijk overgedragen op derden. De overdracht vindt plaats door uitwisseling van besmet bloed en kan op verschillende manieren tot stand komen (tabel 1).

Prevalentie in Nederland

In Nederland is de prevalentie van chronische hepatitis B

relatief laag. Het dragerschap onder de autochtone bevolking ligt tussen de 0,2 en 0,5%. Deze prevalentie is echter aanmerkelijk hoger onder migrantengroepen, die afkomstig zijn uit landen waar hepatitis B veel voorkomt. Diverse onderzoeken tonen prevalentiecijfers tussen de 2 en 4%.³

Iedere zwangere wordt sinds 1989 op hepatitis B gecontroleerd en het rijksvaccinatieprogramma biedt vanaf augustus 2012 actieve bescherming aan iedere pasgeborene. Het merendeel van de nieuw ontdekte gevallen van chronische hepatitis B in Nederland betreft dan ook migranten van de eerste generatie. Zij zijn in hun thuisland besmet geraakt en al langere tijd virusdrager, maar hun ziekte is hier pas voor de eerste keer vastgesteld. De migranten hebben het prevalentiecijfer van hun thuisland als het ware mee naar Nederland genomen. Ze wonen veelal binnen de verstedelijkte gebieden van de Randstad en zijn meestal van Turkse, Afrikaanse of Chinese afkomst. De laatste jaren is een toenemend aantal patiënten afkomstig uit Midden- en Oost-Europa.

Ook in Den Haag betreft het overgrote deel van de meldingen migranten van de eerste generatie. Chronische hepatitis B wordt in de stad jaarlijks bij gemiddeld 150 patiënten voor het eerst vastgesteld. Daarmee is het de meest algemeen voorkomende chronische infectieziekte. Door het verband tussen dragerschap en etniciteit is het merendeel van de nieuw aangemelde patiënten afkomstig uit de wijken waar de meeste immigranten van de eerste generatie wonen (figuur 1). In ongeveer 30% van die gevallen gaat het om patiënten van Turkse afkomst.

Het is van belang om de psychosociale effecten van het ziektebeeld op het leven van een drager nader te onderzoeken. Want hoewel lichamelijke complicaties dus lang niet bij iedere patiënt voorkomen, krijgt iedere nieuw gediagnostiseerde patiënt wel te maken met de psychosociale aspecten van chronische hepatitis B. Het is voor een optimale begeleiding van deze patiënten een gemis, dat er relatief weinig bekend is over die aspecten van het dragerschap. Er komen bijvoorbeeld regelmatig signalen dat er binnen etnische minderheden discriminatie in de richting van virusdraggers plaatsvindt. Ze lopen uiteen van het mijden van risicoloos fysiek contact tot het doelbewust weren van dragers

Tabel 1: Overzicht van HBV transmissieroutes

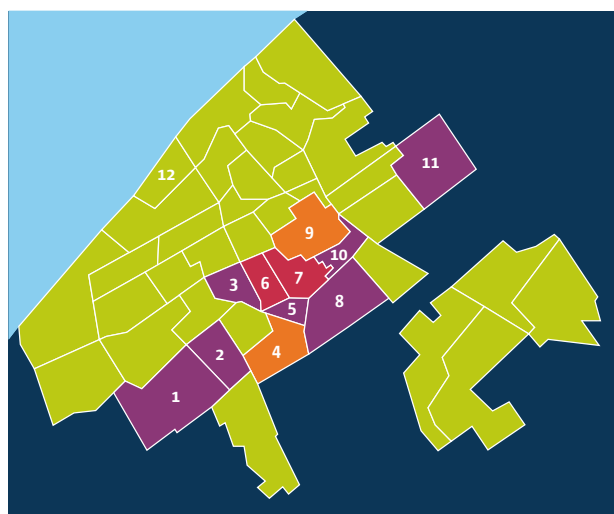
HBV transmissieroutes

Overdracht tussen een moeder met een chronische infectie en haar baby voor, tijdens of direct na de bevalling (perinatale of verticale besmetting)

Overdracht van persoon op persoon via zweertjes, open wondjes, bijtincidenten en dergelijke (horizontale besmetting, voornamelijk in kindertijd)

Overdracht van persoon op persoon via (onbeschermd) seksueel verkeer, blootstelling aan medische procedures of injecteren (horizontale besmetting, voornamelijk bij volwassenen)

Figuur 1. Aantal hepatitis B-dragers per 1.000 wijkbewoners, dat is aangemeld bij de GGD Den Haag tussen augustus 2009 en augustus 2011



aan de eettafel.⁴ Deze signalen vormden de aanleiding voor nadere studie naar de beeldvorming omtrent hepatitis B. Tevens is gekeken naar de oorzaken van die beeldvorming en naar de mogelijke impact van deze beeldvorming op het dagelijkse leven van een virusdrager.

Er is voor de Turks-Haagse gemeenschap gekozen, omdat dit de grootste homogene dragergemeenschap binnen Den Haag is. De ontvangen signalen zijn echter beslist niet aan deze specifieke doelgroep voorbehouden en zijn ook afkomstig van dragergroepen uit andere thuislanden. De resultaten hebben wél uitsluitend betrekking op patiënten van de Turks-Haagse gemeenschap en mogen daarom niet zonder meer op andere etnische of culturele dragerpopulaties van toepassing worden geacht.

Methode

Voor het verkrijgen van relevante informatie zijn in de zomerperiode van 2012 bij 15 Turkse hepatitis B-dragers en 4 sleutelinformanten mondelinge interviews afgenomen. De sleutelinformanten zijn een op de Turkse gemeenschap gerichte sociaal-cultureel werker, een specialist in maag-, darm- en leverziekten en twee huisartsen met een (grotendeels) Turks patiëntenbestand. De respondenten zijn getoetst

op hun kennis over de transmissieroutes, het ziektebeloop en de in acht te nemen voorzorgsmaatregelen. Ook is expliciet gevraagd naar de reacties op hun ziekte vanuit hun directe leefomgeving en naar de wijze waarop de patiënt zijn ziekte zelf beleeft. Naast deze interviews is toestemming verkregen om 12 transcripten van eerdere interviews met Turkse dragers uit Rotterdam te bestuderen. Deze interviews zijn in 2011 afgenomen ten behoeve van een informatiefolder over hepatitis B voor de Rotterdamse dragerpopulatie. Het interview bevatte een kennistoets, waarvan de uitkomst ook voor dit onderzoek goed bruikbaar was.

Resultaten

Bijna de helft van de Haagse respondenten ervaart een negatieve bejegening vanuit zijn of haar directe leefomgeving. Die bejegening komt waarschijnlijk voort uit een door kennisgebrek ingegeven oordeelsvorming (7 van de 15 respondenten). De negatieve bejegening uitte zich in onbegrip, plaatsvervangende schaamte en uitsluiting.

Citaat 1

‘Mijn familieleden zijn moeilijke mensen, ik kon het ze niet duidelijk maken. Ze begrijpen het gewoon niet. Tot op heden is het nog steeds zo, het contact is verdwenen.’

Citaat 2

‘In de familie heb ik het er niet over gehad, alleen met mijn broer en mijn zus heb ik het erover gehad. Met mijn ouders niet, dat zou toch geen enkele zin hebben.’

De overige 8 dragers konden hun directe leefomgeving wel open en direct informeren en ondervonden daarbij geen afwijzende houding.

Turkse dragers ervaren het anticiperen op vooroordelen en op mogelijke afwijzing in hun sociale omgeving als een grotere mentale belasting dan het lijden aan de ziekte zelf. Zelfbescherming krijgt bij de meeste respondenten vorm door het bewust verzwijgen of negeren van de aandoening. Traditionele – maar onjuiste – opvattingen over hepatitis B binnen de Turkse gemeenschap bleken vaak ook door de ondervraagden zelf voor waar te worden aangenomen (zie naast citaat 3 ook de citaten 6, 7 en 8).

Citaat 3

‘Ik heb van mensen gehoord dat als hepatitis B hoog wordt, het hepatitis C wordt.’

In de studie is gezocht naar verbanden, die samenhangen met een negatieve of verkeerde beeldvorming ten aanzien van

hepatitis B. Uit de analyse van de interviews blijkt dat de meest kwetsbare patiënten in de regel ook zelf matige en onvolledige kennis hebben over de transmissieroutes en dat hun kennis over het ziektebeloop te wensen overlaat. Zowel de respondenten uit Den Haag als uit Rotterdam noemen diverse besmettingswegen, die niet overeenkomen met de bekende transmissieroutes uit tabel 1. Overdracht via bloed werd weliswaar door alle respondenten genoemd, maar slechts 6 wisten het voor de virusdoorgifte zo specifieke bloed-bloedcontact te benoemen. De meeste respondenten wisten wel dat hepatitis B over te dragen is via (onbeschermd) geslachtsverkeer. Twaalf respondenten verklaarden echter dat hepatitis B ook overdraagbaar is via speeksel. Het HBV is weliswaar in speeksel aantoonbaar, maar besmetting langs deze weg is in de praktijk nog nooit aangetoond. Draggers die verklaren dat speeksel besmettelijk is, zullen niet, terughoudend of met een slecht geweten kussen. Dit illustreert hoe een valse aanname ten koste kan gaan van vrijheid en levensplezier.

Citaat 4

‘Het wordt overgedragen via seks, met je speeksel zelfs. Dat weet ik allemaal, voor de rest niet. Ja, met bloed ook, maar dat is dan gelijk ook alles wat ik weet.’

Citaat 5

‘Hepatitis B is niet snel dodelijk, maar je wilt het toch niet aan een ander doorgeven. Daarom ben ik altijd bezig met het schoonmaken van mijn WC.’

Zeven respondenten waren van mening dat het toilet een belangrijke bron voor een hepatitis B-besmetting vormt. Voor hepatitis A gaat dit laatste bij uitstek op, maar voor hepatitis B is deze route van verwaarloosbaar belang. Daarnaast noemden 2 respondenten transmissie via handdoeken. Eén drager dacht dat overdracht via de lucht plaatsvond, één via zandkorrels en één via drinkwater. Weer een andere respondent was van mening dat hepatitis B een erfelijk ziektebeeld betreft in plaats van een infectieziekte. Vier respondenten geloofden niet dat hun vorm van hepatitis B besmettelijk was en dachten daarom dat hun infectie geen enkel besmettingsgevaar voor derden opleverde. Vier dragers gaven ten onrechte aan dat het HBV bij hen in de tussentijd was verdwenen of dat dit op korte termijn zou gebeuren. Wat de respondenten niet spontaan aangaven, is voor hun kennisniveau doorgaans even relevant als wat ze wel benoemden. Indirect bloed-bloedcontact door naalden en huishoudelijke artikelen zoals scheerapparaten en tandenborstels komt in het voorlichtingsgesprek nadrukkelijk aan de orde en staat ook in het voorlichtingsmateriaal. Het is echter door geen van de respondenten expliciet genoemd. De meeste migranten van de eerste generatie zijn in het

Tabel 2: overzicht van genoemde hepatitis B transmissieroutes door ondervraagde Turkse dragers in Den Haag en Rotterdam. Links staan de transmissieroutes, die door de respondenten zijn genoemd. Rechts staat het aantal respondenten dat die bewuste route heeft benoemd (meer dan 1 route mogelijk). Bloed-bloed contact en onbeschermd seksueel verkeer zijn de juiste besmettingswegen.

HBV transmissieroutes	Aantal (n=27)
Transmissie via bloed (Bloed-bloed contact)	27 (6)
Seksueel overdraagbaar	21
Transmissie via speeksel	12
Overdraagbaar via het toilet	7
Gezamenlijk gebruik handdoeken	2
Transmissie via drinkwater, lucht of zand	1
Erfelijke ziekte	1

kraambled via verticale transmissie besmet geraakt. Toch is ook het directe bloed-bloedcontact van de moeder op de pasgeborene door niemand van de ondervraagde dragers genoemd.

Uit het onderzoek komt naar voren dat ongeletterdheid of een laag opleidingsniveau dragers extra gevoelig maken voor het aannemen van lekeninformatie en het serieus nemen van volkswijsheden. Ook de sociaal-cultureel werker gaf een aantal voorbeelden van verkeerde transmissiewegen, die binnen de gemeenschap de ronde doen. Deze voorbeelden blijven in dit artikel buiten beschouwing, maar ze illustreren wel dat een verkeerde beeldvorming binnen de Turks-Haagse gemeenschap beslist niet aan groepen met een laag opleidingsniveau of een lage sociaal-economische status voorbehouden is. Onderstaand citaat is bijvoorbeeld afkomstig van een HBO-student in Den Haag.

Citaat 6

‘Ik heb mijn infectie opgelopen via besmette zandkorrels op het strand bij mijn dorp. Ik weet wel dat jullie daar lacherig over doen en dat niet geloven, maar voor mij staat het wel vast dat het zo is gebeurd. Je kunt moeilijk van het strand wegblijven. In mijn dorp wonen veel mensen die hun ziekte op die manier hebben opgelopen. In het dorp noemt men hepatitis B daarom ook ‘zandziekte’.

Naast vragen over de transmissieroutes is aan de 15 Haagse respondenten ook gevraagd naar hun kennis over het beloop van chronische hepatitis B. Opvallend hierbij is dat maar liefst

5 van de respondenten uit Den Haag aangaven dat hepatitis A, B en C verschillende fases van één en dezelfde infectieziekte zijn. De helft van de respondenten uit Den Haag gaf toe geen enkel idee te hebben over de voortgang van hun ziekte.

Citaat 7

‘Aan het begin was ik besmettelijk voor andere mensen, maar nu is het goed. Het is nu niet meer besmettelijk, omdat het laag is.’

Citaat 8

‘Als je hepatitis B in je organen hebt, dan wordt het hepatitis C.’

Ondanks de vele onjuiste voorstellingen van de ziekte, wisten sommige respondenten ook enkele zaken juist te melden. Vijf respondenten noemden leverschade en 3 ondervraagden wisten dat leverkanker op de lange termijn een gevolg van deze ziekte kan zijn.

Verder bleek dat de meeste respondenten een passieve houding hebben ten aanzien van het vergaren van kennis. Dit fenomeen suggereert dat de meeste respondenten er eerder voor kiezen om hun emoties in onwetendheid te dempen dan zelf op zoek te gaan naar aanvullende informatie. Die neiging tot mijden blijkt tevens uit het feit dat de meeste Turkse dragers weinig of niet met anderen over hun ziekte praten. Ze doen dit niet met bekenden maar evenmin met medische professionals. Ook gaven de meesten toe dat ze de door de GGD meegegeven informatiebrochures in het Turks niet hadden gelezen.

Een van de misverstanden is dat Hepatitis B wordt opgelopen via besmette zandkorrels, zie citaat 6.



Een opmerkelijke bevinding was dat meerdere patiënten hun artsen niet volledig vertrouwden. Het gevoel bekwam hen dat ze door de arts niet volledig over hun ziekte werden ingelicht. Hierbij moet worden aangetekend dat veel Turkse patiënten tijdens spreekuren nauwelijks om nadere informatie vragen, ook niet wanneer het om ziektebeelden gaat die emotioneel minder belastend zijn. Die afhoudende attitude is door de drie geïnterviewde behandelaren onderkend en benoemd. Voor een deel van de Turkse hepatitis B-dragers was dit wantrouwen een reden om in het herkomstland een second opinion aan te vragen. Dit bleek hun gerichte kennis echter niet te vergroten ten opzichte van dragers die besloten hadden zich alleen in Nederland te laten begeleiden.

Conclusies

Het kennisniveau van Turkse hepatitis B-dragers uit Den Haag over hun eigen ziektebeeld is laag. Zij scoren op dit gebied niet noemenswaardig anders dan de Rotterdamse dragers van Turkse afkomst. Misconcepties door gebrekkige kennis of het aannemen van verkeerde informatie kunnen ertoe leiden dat de meest onwetende Turkse dragers inadequaat gedrag vertonen om besmetting naar anderen te voorkomen. Relatief veel dragers nemen overbodige maatregelen en sluiten zichzelf onnodig buiten. Aan de andere kant nemen veel dragers ten onrechte geen enkele beschermingsmaatregel in acht. Velen vallen voor het verkrijgen van informatie en praktische adviezen terug op de eigen familiekring en – zij het in mindere mate – op artsen in het moederland. De familie is in de regel echter een onbetrouwbare informatiebron en ook buitenlandse consultatie voegt meestal weinig aan het kennisniveau toe. Door de directe manier van virusoverdracht zijn patiënten doorgaans binnen familieverbanden geclusterd. Voor een traditionele ‘familie-ziekte’ als chronische hepatitis B lijkt de acceptatie binnen de Turks-Haagse gemeenschap niettemin laag. De helft van de Haagse respondenten voelde zich binnen de eigen familiekring afwijzend of met onbegrip bejegend. De meest voorkomende omgangsstrategie is het uit de weg gaan van het onderwerp en het negeren van een mogelijk gecompliceerd beloop. Voorbeelden hiervan zijn een passieve houding wanneer het gaat om het verwerven van relevante informatie en het niet wereldkundig maken van de ziekte buiten de eigen familiekring. Deze passieve houding kan door behandelaren ten onrechte worden uitgelegd als een gebrek aan interesse, terwijl het meer een uiting is van al dan niet bewust mijdingsgedrag. De behandelaar van de drager is primair verantwoordelijk voor de periodieke controle en voor het kritisch volgen van symptomen bij tot dan toe klachtenvrij gebleven virusdrag⁵. Het is gemakkelijk in te zien, hoe onwetendheid en mijding van de kant van de patiënt ten koste kunnen gaan van therapietrouw en het tijdig onderkennen van symptomen die een eerder bezoek aan de huisarts of specialist raadzaam maken. In die zin leiden kennisgebrek en mijdingsgedrag ook tot ziektelast die te voorkomen is.

De negatieve bejegening uitte zich in onbegrip, plaatsvervangende schaamte en uitsluiting.

Aanbevelingen

De patiënt krijgt tijdens het voorlichtingsgesprek van de GGD juiste en pragmatische informatie aangereikt. Helaas blijkt dat die informatie door veel patiënten niet goed wordt begrepen of in ieder geval onvoldoende beklijft. Gelet op de hiervoor geschetste soms vergaande gevolgen is het onjuist om de schadelijke kennislacunes te laten voortbestaan. Waarschijnlijk bieden het tijdstip, de eenmaligheid of de inhoud van

het voorlichtingsgesprek onvoldoende tegengewicht aan de lekenwijsheden die in de omgeving van de patiënt de ronde doen. Ernstiger is dat de voorlichting ook onvoldoende tegengewicht biedt aan de invoelbare maar veelal niet adequate coping-mechanismen waarmee de patiënt zichzelf tegenover een afwijzende omgeving probeert te beschermen. De eigen huisarts heeft, anders dan de GGD, wel een duurzame relatie met de patiënt en kent ook zijn sociale omgeving beter. Die positie plaatst de huisarts in een natuurlijke rol om zich ook met deze meer 'opvoedkundige' aspecten van het ziektebeeld in te laten. Het kennisgebrek en de onzekerheid blijven klaarblijkelijk ook voortbestaan, nadat de drager bij de GGD adequate informatie over zijn ziekte heeft ontvangen.

Dit gegeven zou een aansporing moeten zijn om weer eens kritisch te kijken naar de actuele manier van informatieverstrekking en deze zo mogelijk te verbeteren.

REFERENTIES

- 1 Houweling H, Wittevrongel CFW, Verweij M & Ruitenbergh EJ (2010). **Public vaccination programmes against hepatitis B in The Netherlands: Assessing whether a targeted or a universal approach is appropriate.** Vaccine vol. 28 pp. 7723–7730 DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.09.068
- 2 Koedijk, FDH, Van der Sande, MAB & Hahne, SJM (2010). **aangifte acute hepatitis B in 2009.** Infectieziekten bulletin Vol. 21 No. 103
- 3 Veldhuijzen IK, van Driel HF, Vos D, de Zwart O, van Doornum GJJ, de Man RA & Richardus JH (2009). **Viral hepatitis in a multi-ethnic neighborhood in the Netherlands: results of a community-based study in a low prevalence country.** International Journal of Infectious Diseases Vol. 13 pp. e9-e13 DOI: 10.1053/j.gastro.2009.10.039
- 4 Dirksen CG, Baard KP, Berns MPH. 2010. **China at the North Sea: a public campaign against hepatitis B for chinese residents of The Hague (China aan de Noordzee: een publiekscampagne tegen hepatitis B voor en door Haagse Chinezen).** Epidemiologisch bulletin, 2010, jaargang 45, nummer 3
- 5 Pars LL, Wolfers MEG, De Zwart O, Brug J, De Man RA, Richardus J (2007). **Towards an evidence-based guideline for counselling of chronic hepatitis B virus infected patients.** Blackwell Publishing DOI: 10.1111/j.1478-3231.2007.01479.

OVER DE AUTEURS

R. van der Horst voerde de afstudeeropdracht uit voor de MPA (Management, Policy Analysis & Entrepreneurship in Health and Life Sciences) aan de Vrije Universiteit Amsterdam, **C.G. Dirksen** is arts infectieziektebestrijding en reizigerszorg GGD Haaglanden, **Mw. Dr. W. A. Gebhardt** is Universitair Hoofddocent Gezondheidspsychologie, Universiteit Leiden, **Dr. J.E. van Steenbergen** is arts infectieziektebestrijding bij het LCI en tevens verbonden aan het LUMC en de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.
E-mail: kees.dirksen@denhaag.nl

TBC en dwangisolatie

Behandeling van tuberculose is geen sinecure. Het duurt minstens een half jaar en bij mensen met multiresistente tuberculose ongeveer twee jaar. De behandeling vraagt een sterke therapietrouw van de patiënt. Voor patiënten die dat moeilijk kunnen, is het noodzakelijk om sterk te controleren of de (omvangrijke) medicatie daadwerkelijk wordt ingenomen. Dit alles in het belang van de patiënt en in het belang van de volksgezondheid. Wanneer er echter toch sprake is van een ernstige gevaar voor de volksgezondheid biedt de wet Publieke Gezondheid de mogelijkheid tot gedwongen opname. Eer dat besluit wordt genomen, is er echter al veel geprobeerd.

Erik Huisman en Pauline van Schie

Nederland heeft sinds 2008 de Wet Publieke Gezondheid (WPG). De WPG ontstond uit een samenvoeging van de Quarantainewet, de Infectieziektenwet en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. In de WPG is onder andere geregeld dat dwangmaatregelen kunnen worden opgelegd als een patiënt vanwege een (vermoedelijke) infectieziekte een ernstig gevaar vormt voor de volksgezondheid en niet meewerkt aan de infectiepreventiemaatregelen. Mogelijke dwangmaatregelen zijn gedwongen onderzoek, quarantaine, gedwongen isolatie, verbod op uitoefening van beroep, vernietigen of laten ontsmetten van goederen en sluiting van gebouwen of terreinen, ter voorkoming van besmetting van anderen.

De wet bevat een lijst met 43 infectieziekten (medio 2013) die zijn ingedeeld in de categorieën A, B1, B2 en C. Dwangmaatregelen worden op voorspraak van de GGD uitgevaardigd door de voorzitter van de veiligheidsregio (bij A-ziekten) of door de burgemeester (bij B-1, B-2 of C-ziekten). In de praktijk gaat het bij gedwongen isolatie vrijwel altijd om tuberculose, een B1-ziekte. Let wel: het gaat hier niet om gedwongen behandeling.

De hierna volgende casuïstiek van patiënten met tuberculose geven een beeld van de uitvoerende taak van de GGD binnen de Wet Publieke Gezondheid.

Achtergrond

In de zomer van 2011 kreeg de GGD Den Haag voor het eerst te maken met gedwongen isolatie van iemand met tuberculose. In de periode van december 2012 t/m juni 2013 zijn vervolgens drie mensen gedwongen geïsoleerd. Landelijk betreft het vijf tot tien patiënten per jaar.

De ziekte tuberculose is meldingsplichtig. Daardoor kent de afdeling TBC-bestrijding alle tbc-patiënten in het werkgebied Haaglanden en worden deze patiënten in beginsel allemaal begeleid. Hoewel bekend is dat bij sommige patiënten de behandeling moeizaam verloopt, komt een oordeel van de arts tuberculosebestrijding dat dwangisolatie opgelegd moet worden, voor het behandelteam vaak onverwachts.

De procedure daarvan is als volgt: de arts tuberculosebestrijding beoordeelt of er ernstig gevaar voor de volksgezondheid is en of er voldoende met de patiënt is gesproken (eventueel met tolk) om te proberen op vrijwillige basis de behandeling en infectiepreventieregels te laten volgen. Vervolgens overlegt hij met enkele instanties, te weten de KNCV (de landelijke centrale TBC vereniging) en tuberculose behandelcentrum Beatrixoord waar de patiënt gedwongen zal moeten worden geïsoleerd. Het hangt van de situatie van de patiënt af of met meerdere instanties overleg nodig is. Als besloten is tot dwangisolatie wordt een en ander schriftelijk vastgelegd voor de burgemeester, waarna de arts voor ondertekening ervan naar de burgemeester gaat. De arts zorgt dat de patiënt de beschikking krijgt uitgereikt. Vervolgens wordt geregeld dat de patiënt per ambulance met politiebewaking naar Beatrixoord in Haren (Groningen) wordt vervoerd. Het Openbaar Ministerie in Groningen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden op de hoogte gebracht. De officier van justitie dient, als volgens hem aan de wettelijke voorwaarden is voldaan, bij de rechtbank in Groningen een verzoek in tot een rechterlijke machtiging tot voortzetting van de isolatie. Beatrixoord regelt binnen de beperkte tijd voor aankomst van de patiënt een isolatiekamer en bewaking. Binnen enkele werkdagen bezoeken de rechter en de griffier de patiënt en diens advocaat in Beatrixoord om te beoordelen

of de gevraagde rechterlijke machtiging mag worden toegekend.

Na afloop van de behandeling laat de burgemeester de rechterlijke machtiging voor gedwongen isolatie intrekken. Deze procedure komt deels overeen met de gedwongen opname in de psychiatrie op basis van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

Tuberculose

De ziekte tuberculose wordt veroorzaakt door een bacterie. Dit is bijna altijd de *Mycobacterium tuberculosis*. De verspreiding verloopt nagenoeg alleen via de lucht door middel van een druppeltjes-infectie. Een longtuberculosepatiënt zal bij hoesten namelijk tbc-bacteriën kunnen verspreiden via de lucht. Na infectie van de longen verspreidt de bacterie zich via de lymfevaten ('lymfogeen') en via de bloedvaten ('hematogeen') door het hele lichaam. Soms krijgen mensen aansluitend tuberculose. Meestal treedt echter na circa zes weken immuniteit op, waarna de bacterie levenslang latent aanwezig blijft in het lichaam. Van deze mensen zal ongeveer tien procent later een keer tuberculose krijgen. Meestal gebeurt dat binnen enkele jaren na de besmetting, maar vele jaren later komt ook voor. Dat betreft dan mensen met een normaal functionerend afweersysteem ('immunocompetente' mensen). Niet-immunocompetente mensen (zoals AIDS-patiënten en patiënten die een medicijn gebruiken dat het afweersysteem onderdrukt, zoals bijvoorbeeld na een transplantatie of soms bij bepaalde behandelingen van ziektes als reuma of de ziekte van Crohn) lopen meer risico. Dit geldt ook voor kinderen onder de vijf jaar. Wereldwijd zijn er jaarlijks 9 miljoen nieuwe tuberculosepatiënten van wie er ongeveer 1,5 miljoen sterven. In Nederland gaat het om circa 1.000 nieuwe patiënten per jaar. Binnen de EU kost tuberculose conservatief geschat 537 miljoen euro per jaar¹. Als het verlies aan gezondheid wordt meegerekend (in DALY's) komt er nog minimaal 5,4 miljard euro bij.

De behandeling van tuberculose duurt minstens zes maanden en kent altijd meerdere antibiotica. In het begin van de behandeling slijkt de patiënt ongeveer tien tabletten per dag. Hiermee wordt voorkomen dat zich tuberculosestammen ontwikkelen die resistent zijn tegen de huidige geneesmiddelen. Bij sommige patiënten, zoals bij verslaafden en patiënten met multiresistente tuberculose, is het noodzakelijk om sterk te controleren of de (omvangrijke)

medicatie daadwerkelijk wordt ingenomen. Deze controle gebeurt door dagelijks direct toezicht van bijvoorbeeld de GGD. Een dergelijke gecontroleerde inname noemt men Directly Observed Therapy, afgekort DOT. Bij multiresistente tuberculose is de behandelduur ongeveer twee jaar waarbij patiënten enkele maanden in een tuberculosebehandelcentrum als Beatrixoord worden opgenomen. Een tbc-behandeling is niet eenvoudig. Wereldwijd lijdt op dit moment ongeveer 5% van de patiënten aan multiresistente tuberculose, in sommige delen van Oost-Europa loopt dit percentage op tot wel 50% of meer.

Patiënt A, 42 jaar

Patiënt A komt in augustus 2010 in contact met de GGD als hij vanwege besmettelijke caverneuze longtuberculose ter isolatie wordt opgenomen in een ziekenhuis in Den Haag. Probleem voor continuïteit van de behandeling is het feit dat de man geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, illegaal in Nederland is en lijdt aan diabetes mellitus.

Na een maand opname in het ziekenhuis wordt hij overgeplaatst naar een asielzoekerscentrum buiten de regio Den Haag. Daar wordt hij nog een korte periode begeleid door de plaatselijke GGD en slijkt hij zijn medicatie onder Directly Observed Therapy (DOT) door een sociaal verpleegkundige.

Continuïteit van de behandeling en therapietrouw verlopen moeizaam met als gevolg dat de patiënt een paar maanden later met een ernstig recidief besmettelijke longtuberculose wederom opgenomen wordt in het ziekenhuis. Ook nu wordt hij tijdens de ziekenhuisopname in het ziekenhuis in Den Haag enkele weken ge-DOT. Daarna wordt hij overgeplaatst naar het tuberculosecentrum (voormalig sanatorium) Beatrixoord in Groningen. Daar wordt de behandeling voortgezet. Na ontslag uit Beatrixoord krijgt de man begeleiding van de plaatselijke GGD.

Opnieuw blijkt dat hij moeite heeft met het maken en nakomen van noodzakelijke afspraken om zijn behandeling tot een succesvol resultaat te leiden. Uiteindelijk wordt een jaar later, nadat de man zich weer met klachten heeft gemeld bij de GGD Den Haag, het derde recidief besmettelijke longtuberculose gediagnosticeerd. Hij wordt opnieuw opgenomen in Beatrixoord voor behandeling, maar al snel wordt de behandeling grotendeels tijdelijk gestaakt vanwege nier- en leverproblemen. Enige tijd later moet de behandeling geheel worden gestaakt als gevolg het opnieuw niet goed nakomen van afspraken. Dezelfde therapieontrouw is reden dat ook

de internist de behandeling van de diabetes mellitus afbreekt.

Een half jaar later wordt tijdens de periodieke screening bij de afdeling TBC van de GGD Den Haag voor de vierde maal longtuberculose vastgesteld met een resistentie tegen eerste lijns tuberculose medicatie. Op dat moment acht de GGD behandeling zonder gedwongen isolatie geen reële optie meer. Om verder gevaar voor de volksgezondheid te voorkomen is een behandeling in Beatrixoord in isolatie de enige mogelijkheid.

Patiënt B, 26 jaar

De afdelingen Tuberculosebestrijding van de GGD-en in Nederland zijn belast met het screenen op tbc van gedetineerden die oorspronkelijk afkomstig zijn uit zogenaamde risicolanden met verhoogde incidentie van tbc.

Een van de patiënten is een Roemeense man die nog maar recent in Nederland is, geen vaste woon- of verblijfplaats heeft en verdovende middelen blijkt te gebruiken. In verband met detentie wordt de man wordt gescreend op tuberculose. Daarbij stelt een lokale GGD de diagnose besmettelijke longtuberculose. De arts tuberculosebestrijding van die GGD bespreekt de diagnose met de patiënt. De arts krijgt sterk de indruk dat de patiënt niet beseft waarom hij zich voorlopig aan afspraken moet houden om te voorkomen dat mensen in zijn omgeving besmet worden. Hierop wordt de man, zoals gebruikelijk in Nederland, overgeplaatst naar het Justitieel Medisch Centrum (JMC) in Den Haag. De tbc-patiënten aldaar krijgen begeleiding van de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD Den Haag. De medische dienst van het JMC bevestigt de opvatting betreffende het beperkte ziekte-inzicht van de patiënt. Omdat hij vrijwel geen klachten heeft, is de noodzaak tot behandeling en isolatie van de patiënt niet bijzonder groot. Zijn tuberculosebehandeling wordt gestart maar duurt slechts een week vanwege medische complicaties van de behandeling. De behandeling blijkt niet voldoende om de besmettelijkheid van de tbc af te wenden. De man geeft herhaaldelijk aan dat hij na zijn vrijlating eerst privé-zaken op onbekende plaatsen wil regelen en zich daarna zal melden om de tbc-behandeling af te maken in Nederland, Roemenië of elders. Hij wil geen details geven over zijn vervoer, verblijf en bereikbaarheid en evenmin over de wijze waarop hij op een geloofwaardige manier infectierisico's voor anderen in zijn omgeving zal gaan voorkomen. Hiermee is het beperkte ziekte-inzicht bevestigd.



Tuberculosecentrum
Beatrixoord

Op de dag van zijn vrijlating wordt opnieuw met de patiënt gesproken over zijn besmettelijke longtuberculose en de noodzaak tot isolatie en behandeling. Hij houdt echter vast aan zijn eerdere standpunt. Dit is reden om hem een beschikking uit te reiken. Hij wordt dezelfde dag vervoerd naar Beatrixoord om daar onder dwang geïsoleerd en eventueel behandeld te worden. Opmerking hierbij is dat een patiënt zonder behandeling besmettelijk zal blijven en dus in isolatie zal moeten blijven. Daarom laten patiënten zich meestal toch behandelen.

Patiënt C, 43 jaar

Patiënt C is ruim 20 jaar geleden in Polen eerder behandeld tegen longtuberculose.

In januari 2011 blijkt bij de ingangsscreening bij zijn detentie, vanwege zijn afkomst uit een zogenaamd risicoland, zijn longfoto verdacht voor tuberculose (foto links). Voordat de GGD het noodzakelijke onderzoek heeft kunnen uitvoeren, wordt de man echter al vrijgelaten. Medewerkers van de Penitentiaire Instelling vertellen hem dat hij zich moet melden bij een afdeling TBC van een GGD. Daarvoor krijgt een lijst met alle adressen van GGD'en in Nederland. Hierna volgen vele kortdurende detenties waarbij de man zelf de behandeling uitvoert, zonder begeleiding van een sociaal verpleegkundige van een GGD.

In juli 2012 blijkt bij screening dat zijn longfoto sterk is verslechterd. De man heeft klachten en is hij besmettelijk geworden. In het JMC is helaas geen isolatiecel beschikbaar. Omdat hij ongewenst vreemde deling is wordt hij overgeplaatst naar Uitzetcentrum (UC) Rotterdam Zestienhoven. Later volgt alsnog overplaatsing naar het JMC. Daar geeft de man aan na zijn vrijlating bereid te zijn tot vrijwillige opname.

De man wordt uitgezet naar Polen, waar na een 'warme overdracht' de Poolse tuberculosebestrijding de behandeling op zich zal nemen. Hij is echter al

De linker longfoto is gemaakt voor de tuberculosebehandeling, de rechter foto is gemaakt vlak voor de gedwongen opname na bijna twee jaar (mislukte) tuberculosebehandeling. Zwart op de foto is lucht. De linker en rechter long zijn daarmee goed herkenbaar. De witte L in de hoek is een mee gefotografeerde loodletter om aan te geven wat de linker kant is van de patiënt. Uitleg: A, B en C: ontstekingen in de longen zoals bij tuberculose. D: holtevorming. E: verkleinde linker long.



snel weer terug in Nederland en wordt herhaaldelijk door de politie opgepakt en weer vrijgelaten. Tijdens screening bij de GGD Den Haag afdeling TBC bestrijding eind 2012 wordt duidelijk dat de man in Duitsland en België is geweest en daar medicatie heeft ingenomen. Onduidelijk is wie het heeft voorgeschreven en wie de behandelaar is. Deze informatie, samen met de vele kortdurende onduidelijke behandelingen, vormen een risico voor de ontwikkeling van een (multi)resistente vorm van tuberculose. De behandelend TBC-arts van de GGD Den Haag staakt de behandeling van de tuberculose. Er zal eerst adequate diagnostiek plaats moeten vinden voordat herstart van de behandeling mogelijk is. Ondanks het feit dat zijn longfoto inmiddels aanzienlijk verslechterd is (foto rechts: verkleining linker long en holtevorming) wordt de patiënt toch opnieuw overgeplaatst naar UC Zestienhoven voor uitzetting naar Polen. Overigens wordt dit beeld tegenwoordig niet meer gezien bij goedlopende behandelingen.

Hoewel patiënt C heeft aangegeven dat hij in principe bereid is zich vrijwillig te laten onderzoeken en behandelen voor tuberculose, heeft hij tot nu toe niet de hiervoor noodzakelijke zorg gezocht. Dit wordt gecompliceerd door de herhaaldelijke uitzettingen door de Nederlandse justitie naar Polen waardoor adequate behandeling van zijn tuberculose steeds wordt gefrustreerd. Plaatsing in Beatrixoord met gedwongen isolatie en behandeling lijkt de enige optie die nog kans van slagen heeft.

Na intensief overleg tussen de arts TBC bestrijding, JMC en justitie wordt dhr. C overgeplaatst naar het JMC en detentieongeschikt verklaard. Dat houdt in dat hij in vrijheid wordt gesteld en niet uitgezet zal worden naar Polen. Op dat zelfde moment wordt hem de beschikking uitgereikt waardoor de dwang-isolatie van kracht is en zijn behandeling met een opname in Beatrixoord van start kan gaan.

Bespreking

In bovenstaande beschreven casuïstiek blijkt dat de belangen van de openbare gezondheid en die van justitie niet altijd parallel lopen. Patiënt C bijvoorbeeld is juridisch gezien op de juiste manier aangepakt. Qua individuele en publieke gezondheid zijn er echter problemen ontstaan die uiteindelijk hebben geleid tot de gedwongen isolatie in Beatrixoord. Bij alle drie de patiënten is sprake van een gecompliceerde ziektegeschiedenis, beperkt ziekte-inzicht en problemen ten aanzien van de therapietrouw. In het kader van bescherming van de publieke gezondheid heeft de rechter bij alle drie patiënten een Rechterlijke Machtiging toegewezen.

Bij patiënt A was er in eerste instantie sprake van een caverneuze long TBC (een vorm van longtuberculose met holten in de longen die meestal erg besmettelijk is). Het stond echter nog niet onomstotelijk vast dat er sprake was van een 'open besmettelijke TBC'. De wet eist dit niet, wel moet sprake zijn van ernstig gevaar voor de volksgezondheid. Gezien de behandelstatus, de (on)behandelbaarheid en de sociale omstandigheden van de patiënt zou het echter een kwestie van tijd zijn, met een evident aanwezige kans op het ontstaan van resistentie. Ook zijn toekomstige (on)bereikbaarheid speelde daarbij een rol. Patiënt B is gediagnosticeerd na reguliere screening van de gedetineerden bij de PI. Als bij gedetineerden TBC wordt vastgesteld, vindt behandeling plaats in overleg met de medische afdeling van de PI of het JMC. Complicerende factoren hierbij zijn het feit dat de detentie meestal korter duurt dan de

Wereldwijd zijn er jaarlijks negen miljoen nieuwe tuberculosepatiënten

tbc-behandeling en het risico op onderbreking van de noodzakelijke intensieve begeleiding gedurende een lange periode. Patiënt B wilde geen uitsluitel geven over vervoer, verblijf en bereikbaarheid terwijl er op dat moment sprake was van een besmettelijke longtuberculose. Ook wilde hij zich niet schikken naar de voorgestelde maatregelen om infectie van anderen te voorkomen. Hiermee ontstond direct gevaar voor zijn omgeving. Dan is de GGD verplicht deze te beschermen.

Bij patiënt C was sprake van een ernstige longtuberculose ondanks behandeling met medicatie in eigen beheer gedurende achttien maanden. De vele uitzettingen uit Nederland naar Polen met het vrijwel aansluitende terugreizen op eigen initiatief, de even zovele kortdurende detenties en daarmee wisselende behandelingen tegen zijn TBC, hebben bijgedragen aan een slecht behandelresultaat. De ernst van de afwijking, zichtbaar op de foto, is van dien aard dat een nieuwe uitzetting en dus onderbreking van de behandeling opnieuw zou leiden tot besmettelijkheid voor zijn omgeving, met een behoorlijk risico voor de patiënt zelf. Ook bij deze patiënt bleek sprake van een dusdanig beperkt zieke-inzicht dat behandeling op basis van vrijwilligheid niet het gewenste resultaat had opgeleverd en naar verwachting ook niet zou opleveren. Omdat de man detentieongeschikt is verklaard ontstond de mogelijkheid om hem vanuit detentie gedwongen isolatie elders op te leggen. Naast het feit dat Beatrixoord hét centrum is voor gedwongen isolatie, is dit ook hét behandelcentrum voor patiënten die meer, intensievere en complexere zorg en begeleiding nodig hebben dan de reguliere afdelingen van de GGD'en en ziekenhuizen kunnen leveren.

Tot slot

Gedwongen isolatie kan alleen vanuit het oogpunt van bescherming van de publieke gezondheid worden opgelegd wanneer een patiënt niet meewerkt aan de benodigde behandeling om die risico's zo klein mogelijk te houden. Bij tuberculose ligt het belang voor de publieke gezondheid in het verlengde van het belang van de patiënt zelf. De GGD heeft als taak de publieke gezondheid te bevorderen en te beschermen, zowel vanuit collectief oogpunt als met het oog op het individu. Binnen de tuberculosebestrijding geldt dan ook dat de beste preventie de behandeling van de patiënten is.

REFERENTIES

1. Diel R et al. **Costs of tuberculosis disease in the European Union: a systematic analysis and cost calculation.** European Respiratory Journal 2014 Feb;43(2):554-565

OVER DE AUTEURS

E. Huisman is arts M&G / Tuberculosebestrijding GGD Haaglanden, **Mw. P. van Schie MBA** is afdelingshoofd TBC bestrijding GGD Haaglanden.
E-mail: erik.huisman@denhaag.nl

De stem van kinderen bij de aanpak en de fysieke en psychische gevolgen

“Wij kinderen hebben tips, we willen onze stem laten horen omdat we weten hoe het voelt om kindermishandeling mee te maken. Want hulpverleners weten echt niet wat zich thuis afspeelt. Luister naar ons, oprecht en hoe eerder hoe beter.” Dit was de boodschap van kinderen tijdens de conferentie ‘Ik wil je dit vertellen. De stem van kinderen in de aanpak kindermishandeling’ op 28 oktober 2013.¹ Tijdens de conferentie werd duidelijk dat hulpverleners op hun beurt aanlopen tegen protocollen en vaak in tweestrijd verkeren. “Want al hebben we een niet-pluisgevoel, we kunnen pas in actie komen als er daadwerkelijk iets gebeurt. Bovendien willen we graag met de kinderen praten, maar we kunnen de situatie niet veranderen zonder de ouders.”

Terwijl tijdige hulp van groot belang is, zo bleek tijdens het symposium ‘Doorbreek de Cirkel’ op 20 november 2013² over de preventieve aanpak van kindermishandeling en de gevolgen van psychosociale trauma’s op de gezondheid van kinderen en volwassenen. “Want de mishandeling beïnvloedt de regulering van emoties en leidt tot angstig en depressief of tot agressief en tegendraads gedrag”, aldus prof. Lenneke Alink over de gevolgen. Onderstaand een impressie van beide conferenties.

Liesbeth van Dalen

Luister naar de kinderen. Oprecht en hoe eerder hoe beter!

Ze vonden het heel spannend. “Want je weet echt niet hoe het wordt opgepakt met zoveel hulpverleners bij elkaar. Maar het ging heel goed, ze accepteren onze feedback. Ze willen echt luisteren en geven ons het gevoel dat ze er iets mee gaan doen.” Deze opluchting komt van Kim en Stephanie, direct na afloop van de conferentie ‘Ik wil je dit vertellen! Stem van kinderen in de aanpak van kindermishandeling’.¹

Ze hadden samen met acht andere kinderen en jongeren een groot aandeel in de conferentie. Met een gedicht, een filmpje, persoonlijke ervaring, een song, een brief aan premier Rutte en aan

koningin Máxima, met zang en theater en met het boekje ‘Stem van kinderen in de aanpak Kindermishandeling’ laten ze de aanwezige hulpverleners op indringende wijze weten wat het is om als kind mishandeld te worden. Dat vraagt veel van hen, want zowel Kim als Stephanie, beiden inmiddels boven de twintig, houden nog altijd het knagend gevoel van ‘Dat moet je niet vertellen, je loopt niet te koop met je verhaal’. Ze hebben de jarenlange ervaring dat aan wie je het ook vertelt, die ander je het gevoel geeft dat het aan jezelf ligt. Maar ze doen het toch. Ze willen namelijk dat de kinderen na hen wel gehoord worden. Zo leest

Stephanie voor uit de brief aan premier Rutte en koningin Máxima: “We willen deze professionele hulpverleners helpen om in het vervolg beter met bijzondere kinderen om te gaan en betere hulp te kunnen bieden. We hebben tips, wij willen onze stem laten horen omdat wij weten hoe het voelt om kindermishandeling mee te maken. We willen dat professionals eerlijk tegen ons zijn en naar ons luisteren. We willen niet uit huis geplaatst worden zonder te weten wat er gaat gebeuren. Praten willen we, zodat iedereen in Nederland weet hoe kinderen die mishandeld zijn het beste geholpen kunnen worden. Het is belangrijk dat elk kind in Nederland weet dat kindermishandeling niet normaal is en dat je erover moet praten. Daarom organiseren we nu deze conferentie. We willen professionals vertellen hoe de hulp die we nu krijgen bij ons overkomt.”

Het is niet jouw schuld

Dat laatste, hoe de hulp overkomt, willen de aanwezige hulpverleners graag horen. Zoals het verhaal van Kim. Ze vertelt over hoe ze is verwaarloosd, vanaf haar vierde jaar moest zorgen voor haar tweejarige gehandicapte zusje. En hoe ze schrok toen haar moeder zwanger was en er een broertje bij kwam. Weer een taak erbij. “M’n moeder gaf nooit een knuffel, las geen boekje voor. Dat miste ik heel erg. Als ik uit school kwam met een tekening scheurde ze die kapot, ze vond het rommel. Mijn moeder kwam haar bed niet uit, ik moest mezelf en mijn zusje aankleden, brood voor ons klaarmaken.”

Het is voor de aanwezigen een situatie met veel vragen. Want waar is de huisarts in dit gezin? Waarom is er geen thuiszorg ingeschakeld om elke dag ’s morgens te helpen bij het gehandicapte zusje? Was er geen familie die het zag? Hier blijkt hoe relevant het is om het aan de kinderen zelf te vragen. Kim antwoordt: “Mijn moeder was heel handig in het omzeilen van vragen en ze kon zich verschuilen achter mijn gehandicapte zusje. Ook op school gaf ze dat als excuus voor mijn slechte cijfers. Mijn vader was lief voor me maar altijd weg. Van mijn familie, die ver weg woonde, begreep ik later pas hoe bang ze voor mijn moeder waren.”

Zelf maakte ze zich onzichtbaar. “Ik paste me aan, deed mijn best. Je gaat jezelf de schuld geven als je moeder boos op je is, want dan heb je iets niet goed gedaan. Pas op mijn zestiende, nadat ik ook nog een paar jaar was misbruikt door de buurman, heb ik hulp gekregen. Ik was erg depressief en mijn moeder schakelde het maatschappelijk werk in. Die medewerker heeft iets heel belangrijks gedaan, namelijk



“Je gaat jezelf de schuld geven als je moeder boos op je is, want dan heb je iets niet goed gedaan.”

gezegd: ‘Het is niet jouw schuld’! Ik was zo verbaasd, ik weet het nog goed. Besef allemaal hoe belangrijk het is om dat tegen een kind te zeggen.

Toen begreep ik pas dat mensen niet zomaar aan je mogen zitten of je mogen slaan. Dan ga je pas beseffen wat er is gebeurd. Want je bent loyaal aan je ouders, je houdt van ze. Dankzij hen ben je in leven, hoe gek het ook klinkt maar zo werkt het wel. Nog neem ik het hen niet kwalijk. Je kunt niet zeggen ‘Jij bent schuldig, door jou heb ik een probleem’.” Er waren heus wel mensen die af en toe vroegen hoe het met haar ging. “Natuurlijk wel, maar je voelt dat degene hoopt dat je zegt dat het goed met je gaat. Het gaat niet om de vraag die iemand stelt, maar om wat diegene uitstraalt en of hij of zij werkelijk geïnteresseerd is in hoe het met mij gaat.” Op de vraag wat en/of wie haar overeind heeft geholpen, zegt Kim: “Ik denk dat ik het zelf heb gedaan. Uiteindelijk heb ik nooit het vertrouwen verloren, ik heb altijd hoop gehouden, dat is mijn vechtlust. Ja, ik heb het zelf gedaan vind ik!” Waarop een stevig applaus volgt.

Daarna wordt er een aangrijpend filmpje vertoond met een clip, waarin een meisje zo ernstig mishandeld wordt dat ze uiteindelijk overlijdt. Een song op het scherm vertolkt de tweestrijd van

de kinderen. Het is een lied over twee vaders.
“De een helpt bij mijn huiswerk, koopt cadeaus en neuriet blij, de ander schreeuwt en slaat mijn moeder, mijn broer en soms ook mij. Zo vreemd, ik snap er zelf maar weinig van. De handen die me knuffelen en pijn doen, horen bij dezelfde man. Ik heb één vader maar eigenlijk zijn het er twee. Ik moest huilen omdat ik de rotzak haatte maar de lieve vader niet.”

Niet alleen de aanwezige hulpverleners, ook kinderombudsman Marc Dullaert is onder de indruk. Hij vraagt zich af of er toch niet teveel nadruk ligt op protocollen en krijgt bijval uit de zaal.



Aanpak kindermishandeling Boodschappen van Kinderen

1. We willen geen verhoor op kantoor maar een gesprek op een mooie plek.
2. Neem echt de tijd om vertrouwen op te bouwen en een relatie met ons aan te gaan.
3. We willen het gevoel krijgen dat we er mogen zijn, ook met onze problemen
4. We vinden dat professionals zich echt moeten kunnen inleven en op empathie moeten worden getraind en getest.
5. Praat er open over met kinderen, zeg wat je ziet en stel concrete vragen. Vraag door als kinderen zeggen dat er niks aan de hand is.
6. Luister ook naar kinderen jonger dan twaalf – al dan niet met instemming van ouders.
7. Kies het juiste moment waarop je met onze ouders praat.
8. Spreek ter plekke het kind aan in crisissituaties en leg uit wat er gebeurt.
9. We vinden dat het belang van het kind voorop staat, vóór de regels.
10. Wij willen mee beslissen en zien dat er ook echt iets mee gedaan wordt. Vraag kinderen wat er moet veranderen.

Wat vinden kinderen eigenlijk van de aanpak van kindermishandeling? Het is niet vanzelfsprekend dat hierover met kinderen gesproken wordt. Dat kinderen hier wel degelijk ideeën over hebben blijkt uit de resultaten van het project Stem van Kinderen in de Aanpak Kindermishandeling. Kinderen maakten onder begeleiding van Stichting Alexander stripverhalen, films, een tijdschrift, kistjes en T-shirts met een boodschap voor volwassenen. Op 28 oktober 2013 vond een conferentie plaats waarbij kinderen zelf deze producten presenteerden. De boodschappen van kinderen zijn tijdens de conferentie verzameld. Kinderen en jongeren organiseerden de conferentie met steun van Stichting Alexander en de Bernard van Leer Foundation. www.st-alexander.nl www.bernardvanleer.nl

Want wat blijkt: medewerkers bij het Advies- & Meldpunt Kindermishandeling mogen alleen met kinderen onder de twaalf jaar praten als er toestemming is van de ouders. Gevolg is vaak dat de ouders tegen de AMK-medewerker zeggen dat het allemaal wel meevalt en dat het kind thuis nog heftiger de wind van voren krijgt. De kinderombudsman belooft om in de Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik steeds te vragen: ‘Klinkt in het beleid de stem van kinderen door?’ “Ik ben van mening dat we te weinig echt luisteren. Daarom is vandaag zo belangrijk. Ik vind het heel moedig dat er tien jongeren zijn die hun eigen verhaal durven te vertellen.”

Eén van de jongeren wordt boos. “Ik vind het zo krom. Het is zo moeilijk om er over te praten, dat weet ik zelf, het geeft heel veel spanning. Maar je wilt dat mensen het weten. Ik kan me echt kwaad maken dat, als iemand die zo jong is toch het AMK durft te bellen, ze niet met je mogen praten als je jonger bent dan twaalf jaar. Dat is te gek voor woorden.”

Een ander voegt eraan toe: “Op de een of andere manier geloof je mijn voogd mijn ouders eerder dan mij. Hulpverleners nemen vaak de verkeerde beslissing, ze weten echt niet wat zich thuis afspeelt.”

De hulpverleners op hun beurt geven aan dat ze zich enorm ergeren aan die regels en protocollen. Die veranderen zo vaak dat ze de afspraken met of beloftes aan de kinderen niet kunt nakomen. Ze realiseren zich ook dat de meeste overlegvormen vooral gaan over de hulpverlening, maar bijna nooit over de kinderen. Tegelijkertijd is duidelijk dat de situatie niet te veranderen is als er niet met de ouders samen aan gewerkt wordt. En, zo vraagt iemand aan de kinderen: “Zadel ik je niet met een geheim op als je wel met mij hebt gepraat?” Dat blijkt niet zo te zijn. “We lopen vaak al met een geheim rond over wat er thuis gebeurt. Dus een geheim erbij, zeker als het vooruitgang brengt naar herstel, is beter dan niet geholpen worden.”

Wensenlijst

De aanwezigen gaan in workshops aan de slag om met de kinderen een wensenlijst (zie ‘boodschappenlijst’ elders in dit artikel) op te stellen hoe in de toekomst het beste om te gaan met kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of verwaarlozing. In de workshop onder leiding van Kim komt opnieuw het punt ‘schuld’ aan de orde. Zo vraagt de medewerker van het Openbaar Ministerie: “Zou het een oplossing zijn geweest als jouw moeder was

gestraft voor de verwaarlozing, door bijvoorbeeld een verplichte therapie of door een strafrechtelijke vervolging?” Kim antwoordt: “Regelmatig is bij ons de politie in huis geweest als er geweldsdelicten tussen mijn ouders plaatsvonden. Wij als kinderen werden weggehaald, gingen naar de burens, papa en mamma werden gesust en wij mochten weer terug. Het was weer goed, zei men. Zo moet het volgens mij niet gaan. Jullie, ook de politie, moeten op dat moment met de kinderen praten. Vragen hoe het met mij gaat als kind en vertellen wat er gaat gebeuren. Maar de ouder(s) oppakken? Ik denk persoonlijk dat het geen oplossing is. Mijn moeder is geen crimineel. Ze is labiel, heeft veel stress vanwege mijn gehandicapte zusje. Gaat een gevangenisstraf haar leren dat ze een beter mens kan zijn in deze maatschappij? Mijn ouders hoeven niet gestraft te worden. Inderdaad, al had iemand maar gevraagd: ‘Joh Kim, hoe was jouw ochtend?’ Dan had ik eerlijk kunnen vertellen wat ik zoal moest doen voordat ik op school kwam.”

Zorg dat je er eerder en veel jonger bij bent, adviseren de jongeren. “Wacht niet op signalen, er zijn 119.000 slachtoffers per jaar in Nederland, elke week sterft een kind aan kindermishandeling. Met daarnaast nog een groot vaag gebied met ouders die grote druk op hun kinderen zetten. Alle kinderen hebben het recht om te weten welke rechten ze hebben.”

Zorg voor vertrouwensband

Een aantal hulpverleners lijkt opgelucht om te kunnen zeggen dat het soms verdraaid lastig is om goed in te schatten wat er aan de hand is. Het is lastig als een kind niets zegt, wat moet je dan doen. Sommige kinderen geven aan dat ze het merken als een hulpverlener het moeilijk vindt. Wat hen betreft: zeg dat dan gewoon. “We begrijpen als geen ander hoe moeilijk dit is. En zie ons niet als cliënt met een dossier, maar als persoon. Blijf een vertrouwensband opbouwen, laat het niet los, blijf in de buurt. Ook als een kind het (nog) niet durft te vertellen, er komt een moment dat hij of zij het wel doet”.

“Het is te gek voor woorden dat het AMK niet zonder toestemming van je ouders met je mogen praten als je jonger bent dan twaalf jaar.”

Nederland kent sinds kort twee taskforces met betrekking tot kindermishandeling

De Taskforce Kindermishandeling en seksueel misbruik is ingesteld door de ministeries van Veiligheid en Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om bestuurders, managers en professionals nog meer tot gerichte actie aan te zetten. Dit om mishandeling en seksueel misbruik van kinderen te voorkomen of effectief aan te pakken. De Taskforce startte in september 2012 en gaat door tot en met 2016.

De Nationale Jeugdraad en de Augeo Foundation hebben op 18 november 2013 de Jongerentaskforce kindermishandeling opgericht. Deze bestaat uit tien jongeren van 15 tot 26 jaar en geeft gevraagd en ongevraagd advies aan kinderen en jongeren over preventie en aanpak van kindermishandeling.

Kim weet nog goed dat een vriendin tegen haar zei: ‘Joh, die buurman zit aan jou..’. “Ik klapte helemaal dicht, heb er niets over gezegd. Het was te gevaarlijk om er over te praten, ik voelde blijkbaar aan dat ik het niet moest gaan vertellen. Dat maakt het voor jullie als hulpverleners zo moeilijk. Een kind is bezig met overleven, niet bezig met hulp. Je denkt alleen maar aan hoe het zal zijn als je thuis komt en hoe het morgen gaat.”

Hulpverleners hebben ook moeite met het spanningsveld tussen het ‘niet-pluis-gevoel’ aan de ene kant en de noodzaak voor het Openbaar Ministerie om duidelijke feiten te hebben voordat er iets gedaan kan worden. “Je hebt de juridische kaders nodig om een kind bescherming te kunnen bieden. Maar het is heel onbevredigend en zorgelijke als je bijna zeker weet dat het niet goed gaat en moet wachten op feiten.”

Ook de organisaties op het gebied van kindermishandeling zijn niet tevreden. Want alle overleggen, gesprekken en plannen ten spijt blijven er nog steeds 119.000 slachtoffers per jaar. Reden om de aandacht op een hoger plan te tillen en daarom gaat in november 2013 de Jongerentaskforce Kindermishandeling van start. Deze taskforce bestaat uit tien jongeren van 15 tot 26 jaar die zullen adviseren over preventie en aanpak van kindermishandeling. De toekomstige

voorzitter belooft de aanwezigen om ook de suggesties van vandaag mee te nemen.

Namens de organisatoren (Stichting Alexander, Bernhard van Leer Foundation en GGD Den Haag) vat Jeanet van de Korput van de Bernhard van Leer Foundation de middag samen. “We weten wat ons te doen staat. We weten dat we veel beter moeten luisteren, samen met kinderen moeten bespreken wat goed is voor jullie. Het heeft me diep geraakt dat jullie het aan ons willen vertellen. Blijf erover praten. En ik hoop dat wij van jullie blijven leren!

“Al had iemand maar gevraagd, ‘Joh Kim, hoe was jouw ochtend’?”

Door jullie lef, wijsheid en durf is een grote stap gezet om ons hier meer bewust van te maken en te laten zien wat nodig is voor kinderen die mishandeling hebben meegemaakt.”

Kim en Stephanie zijn blij dat de conferentie zo is verlopen. “Het is bemoedigend dat er mensen zijn die er aan willen werken, zodat de generatie na ons hopelijk niet hetzelfde meemaakt als wij meegemaakt hebben.”

Kindermishandeling dringt door

Tijdens de Conferentie ‘Doorbreek de Cirkel’² presenteerde Prof. L.R.A. (Lenneke) Alink onderdelen van haar onderzoek naar de effecten van kindermishandeling. Alink is bijzonder hoogleraar aan de Vrije Universiteit Amsterdam en de Universiteit Leiden, aandachtsgebied kindermishandeling en is lid van de Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik. Met de titel ‘Kindermishandeling dringt door’ laat ze zien dat bij de 119.000 kinderen die jaarlijks slachtoffer zijn van kindermishandeling emotionele verwaarlozing het meest voorkomend is.³ Ook blijkt dat ongeveer de helft van deze kinderen meer dan één

Prof. L.R.A. (Lenneke)
Alink

type mishandeling meemaakt: bijvoorbeeld naast emotionele verwaarlozing ook fysieke mishandeling. Kindermishandeling kan leiden tot emotionele problemen en gedragsproblemen in de kindertijd, ontwikkeling van psychopathologie in de volwassenheid, gezondheidsklachten en effecten op neurobiologisch gebied. “Deze effecten hangen samen en hebben onder andere te maken met een verstoring in het stresssysteem”, aldus Alink.

Internaliserende en externaliserende problemen

Alink deed onderzoek onder een groep basisschoolleerlingen waarvan een deel mishandeld was en een deel niet. Het onderzoek richtte zich op de effecten van mishandeling, zowel als het gaat om internaliserende problemen (angstig, teruggetrokken en depressief gedrag) als om externaliserende problemen (agressief en tegendraads gedrag). Ook is gekeken welke rol de ontwikkeling van emotieregulatie daarbij speelt. Emotieregulatie wil zeggen dat iemand invloed heeft op het voelen en uiten van emoties. Kinderen die niet goed in staat zijn om hun emoties te reguleren, laten bijvoorbeeld heel ongepaste emoties zien in verschillende situaties.⁴ Alink: “Het onderzoek toont aan dat mishandeling inderdaad invloed heeft op de emotieregulatie, hetgeen kan leiden tot meer internaliserend en meer externaliserend gedrag. Dat was echter niet het geval bij een kleine groep kinderen die op de een of andere manier, bijvoorbeeld door therapie, in staat waren geweest om een veilige relatie met een ouder



op te bouwen. Met andere woorden: kindermishandeling beïnvloedt de emotieregulatie en leidt als gevolg daarvan tot de ontwikkeling van problemen. Een veilige relatie met de ouder kan een buffer zijn tegen deze negatieve effecten.”

Psychopathologie en gezondheidsklachten

Kindermishandeling en met name emotionele verwaarlozing heeft een belangrijk uniek effect op de ontwikkeling van psychopathologie, aldus Alink. “Uit onderzoek blijkt dat mensen die vroeger in hun jeugd mishandeld zijn meer vormen van dysthymie, een milde vorm van depressie, depressie en sociale angststoornis ontwikkelden dan mensen die geen mishandeling hebben meegemaakt.⁵ Dit was vooral het geval voor mensen die slachtoffer waren van emotionele verwaarlozing. Mishandeling en verwaarlozing hebben ook effect op onder andere hart- en vaatziekten, diabetes, infectie en allergieën. Zelfs vroegtijdig overlijden als gevolg van gezondheidsklachten kan een gevolg zijn van mishandeling.”

Effecten op het stresssysteem

In haar uitleg wijst Alink op het feit dat kindermishandeling en verwaarlozing vaak chronische stress betekenen voor het kind. Het stresssysteem staat constant aan, want het kind weet niet wanneer vader of moeder weer zal slaan en hoe zij reageren op de angsten of verdriet van het kind. Dat heeft gevolgen voor de ontwikkeling van het stresssysteem en voor de productie van cortisol, ofwel het stresshormoon.

“In dezelfde groep kinderen in de basisschoolleeftijd hebben we onderzocht wat het effect is van kindermishandeling op de productie van cortisol.⁶

Daaruit bleek dat mishandeling inderdaad gerelateerd was aan een verstoring van het stresssysteem, maar dat de mate van de verstoring afhing van het soort probleemgedrag dat de kinderen lieten zien. Bij kinderen met meer agressief gedrag als gevolg van mishandeling bleek dat er minder cortisolproductie plaatsvond. Bij kinderen met teruggetrokken, angstig of depressief gedrag vond daarentegen meer cortisolproductie plaats.”

Uit recent Canadees onderzoek is verder gebleken dat kindermishandeling invloed heeft op methylatie, ofwel het onderdrukken van de expressie van genen, bijvoorbeeld genen die te maken hebben met de ontwikkeling van een efficiënt functionerend stresssysteem. Dit is bevestigd door onderzoek in de breinen van mensen die suïcide hadden gepleegd en

bij mensen die overleden waren door een ongeluk. “Uit navraag bij familieleden en vrienden naar de ervaringen van deze overleden mensen in hun jeugd werd duidelijk bij welke mensen mishandeling had plaatsgevonden en bij welke mensen niet. Conclusie was dat binnen de groep mensen die suïcide hadden gepleegd en mishandeld waren er meer methylatie had plaatsgevonden van de genen die belangrijk zijn om het stresssysteem goed te laten ontwikkelen.”⁷

Alink vat de bevindingen als volgt samen. “Als iemand wordt mishandeld en blootgesteld aan chronische stress gedurende de kindertijd, heeft dat invloed op de productie van cortisol, het stresshormoon.

Ook kan dat invloed hebben op de manier waarop genen tot expressie komen, bijvoorbeeld genen die nodig zijn om het stresssysteem goed te laten ontwikkelen. Dat stresssysteem is vervolgens belangrijk voor de ontwikkeling van emotionele problemen zoals depressie, agressie, criminaliteit maar ook van gezondheidsproblemen. Bovendien kan kindermishandeling invloed hebben op het gedrag gedurende de ontwikkeling, zoals het niet goed kunnen omgaan met leeftijdsgenootjes, zich terugtrekken uit sociale interacties of overmatig gebruik van alcohol en drugs. Dat kan op zich ook weer stressvol zijn en invloed hebben op de ontwikkeling van psychische en somatische problemen.”

“Mishandeling en verwaarlozing hebben ook effect op hart- en vaatziekten, diabetes, infectie en allergieën.”

Alink eindigt met het gegeven dat interventies, het ingrijpen in gezinnen en het behandelen van kinderen effect kunnen hebben op de werking van het stresssysteem. “Die interventies kunnen de verstoorte werking van het stresssysteem weer stoppen of juist omkeren. We weten echter nog niet of dergelijke interventies zover doordringen dat deze ook effecten op genetisch niveau kunnen omdraaien. Er ligt dus nog een mooie weg voor wetenschappelijk onderzoek.”

REFERENTIES

- 1 Conferentie **'Ik wil je dit vertellen. Stem van kinderen in de aanpak kindermishandeling'** dd 28 oktober 2013. De conferentie werd georganiseerd door kinderen en jongeren met steun van Stichting Alexander en de Bernard van Leer Foundation. Naast een presentatie van producten die kinderen en jongeren maakten, was er vooral uitwisseling tussen professionals en kinderen en jongeren over de wijze waarop de stem van kinderen kan worden gehoord. (www.ikwiljeditvertellen.nl). Het boekje 'Stem van Kinderen in de aanpak Kindermishandeling' is te bestellen bij Stichting Alexander, info@st-alexander.nl
- 2 Op 20 november 2013 vond het symposium **'Doorbreek de cirkel'** plaats, een initiatief van de gemeente Den Haag, de Bernard van Leer Foundation en de Stichting Geheim Geweld. Het symposium ging over de preventieve aanpak van kindermishandeling en de vroegtijdige behandeling van de gevolgen van psychosociale trauma's op de gezondheid van kinderen en volwassenen. Op www.stichtinggeheimgeweld.nl/nieuws staan de presentaties die tijdens het symposium zijn gegeven.
- 3 Alink LRA, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. **Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)**. Leiden: Casimir Publishers. 2011.
- 4 Alink LRA, Cicchetti D, Kim J, Rogosch FA. **Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: Mother-child relationship quality and emotion regulation**. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 831, 2009.
- 5 Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JGFM, Roelofs K, Zitman FG, Van Oppenn P, Penninx BWJH. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103-112, 2010.
- 6 Alink LRA, Cicchetti D, Kim J, Rogosch FA. **Longitudinal associations among child maltreatment, social functioning, and cortisol regulation**. *Developmental Psychology*, 48, 224-236, 2012.
- 7 McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ. **Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse**. *Nature Neuroscience*, 12, 2009.

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. van Dalen werkt onder andere als eindredacteur en redactiesecretaris voor het Epidemiologisch Bulletin.

E-mail: info@koopmansenvandalen.nl

De gezondheidssituatie van de regio Haaglanden in beeld

De afdeling Epidemiologie van de GGD Haaglanden heeft in het kader van de Wet Publieke Gezondheid tot taak om periodiek een overzicht te geven van de gezondheid van de bevolking. Voor Den Haag verschijnt binnenkort de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014. Hierin wordt de actuele gezondheidssituatie van de Haagse bevolking gepresenteerd. De Gezondheidsmonitor bevat onder meer informatie over de lichamelijke en psychosociale gezondheid van Hagenaars, informatie over leefstijl, informatie over zorggebruik en zorgaanbod en gezondheidsinformatie over een aantal specifieke aandachtsgroepen. In een aparte bijlage 'De gezondheid van de Haagse jeugd' is gezondheidsinformatie over de Haagse jeugd gebundeld. Voor de gemeenten Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer zijn in 2013 gemeentelijke factsheets uitgebracht over de gezondheid en het welzijn van inwoners van 19 jaar en ouder.

Alle publicaties zijn (binnenkort) te vinden op:
www.ggdhaaglanden.nl/Over/Publicaties-en-onderzoeken.htm

Jaarcongres Klinisch Psycholoog en Klinisch Neuropsycholoog 'Psycho- en neurotrauma's'

Vanuit diverse invalshoeken wordt tijdens het congres een actueel beeld geschetst van klinisch psychologische en klinische neuropsychologische terreinen, gelinkt aan het thema trauma. De plenaire sessies zullen worden verzorgd door: Bruce Perry, M.D. PhD – Introduction to the Neurosequential Model of Therapeutics. Prof. dr. Marcel van den Hout – De rationale voor de behandeling van PTSD met EMDR en andere interventies. Dr. Joke Spikman – Traumatisch hersenletsel: over ernst van het letsel en adaptief vermogen.

Datum: 4 april 2014, Jaarbeurs Utrecht
 Organisator: ZonderZorg
 Accreditatie is verleend door FGZP en Vereniging EMDR Nederland
 Prijs: € 250
www.zonderzorg.nl

Cursussen NSOPH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in hoogwaardig onderwijs op (post)academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid.

De komende maanden organiseert NSOPH de volgende cursussen en trainingen:

- Debatteren en mondeling argumenteren, 22 april 2014 te Utrecht
- Schrijfvaardigheid en argumentatie, 25 april, 12 en 26 juni 2014 te Utrecht
- Training Adviesvaardigheden, 6 en 20 mei en 24 juni 2014 te Utrecht
- Lobbyen en netwerken, 14 en 21 mei 2014 te Utrecht
- Weerstand begrijpen en ombuigen, 17 en 18 juni 2014 te Utrecht
- Summercourse: Epidemiologie; wat kan ik er mee? 20 t/m 22 augustus 2014 te Zweeloo.

Inlichtingen over alle cursussen bij
 NSOPH: T 030 810 05 00,
 e-mail info@nspoh.nl en zie
www.nspoh.nl

Training Zicht op Evenwicht

De cursus Zicht op evenwicht helpt ouderen om valangst te verminderen. De training is bedoeld voor HBO-gechoolde professionals die werkzaam zijn in de zorg voor ouderen zoals wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. De training leert professionals om de cursus Zicht op evenwicht zelfstandig te geven.

Datum: 1 april 2014, Utrecht
 Organisator: Trimbos-instituut
 Prijs: € 395
www.trimbos.nl/agenda

Congres Kleinschalig zorgen

Het congres zoomt in op de gevolgen van de hervorming langdurige zorg voor managers, professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. Tijdens deze dag zal worden ingegaan op vragen als: Waar liggen kansen? Wat zijn de dilemma's? Zijn kleinschalige voorzieningen de oplossing voor iedere cliënt? Wat betekent het voor de traditionele, grote intramurale instellingen? Wat wordt er van professionals gevraagd? Wanneer gaat het goed tussen 'netwerk' en 'professional', wat kan er mis gaan?

Datum: dinsdag 1 april 2014
Locatie: ReeHorst, Ede
www.zorgbelang-zuid-holland.nl

Wmo Congres

Maakt u zich ook zorgen over de financiële risico's die gemoeid zijn met de nieuwe Wmo? Hoe kunnen we maatwerk bieden zonder dat de kosten oplopen? Laat u tijdens het Wmo congres inspireren door een nieuwe manier van organiseren waarbij maatwerk voorop staat en tegelijkertijd kosten worden bespaard. U krijgt informatie over de actualiteit en concrete ontwikkelingen. U bespreekt concrete uitgewerkte methodes voor in de praktijk en de visie voor de toekomst. U gaat leren van ervaringen van vakgenoten.

Datum: 27 mei 2014, Ede
Kosten: € 199 / € 249 ex btw
www.zorgbelang-zuid-holland.nl

Cultuursensitieve hulpverlening aan migranten met een LVB

Landelijk symposium over hulpverlening aan mensen met een licht verstandelijke beperking uit andere culturen. Bij migranten met een LVB spelen soms naast de aan de beperking gerelateerde factoren, aspecten die voor een extra achterstand kunnen zorgen zoals geen tot weinig kennis van de Nederlandse taal en cultuur en een cultureel taboe op verstandelijke beperkingen. Hierdoor kan de persoon met de beperking in zijn/haar ontwikkeling worden belemmert. Daarnaast is er een risico op onnodig zware druk op het gezin.

Dit symposium gaat onder meer in op de vragen: hoe wordt een beperking 'beleefd' in andere culturen? Hoe krijg je de hulpvraag van migranten met een LVB goed in kaart? Wat is cultuursensitief hulpverlening en hoe doe je dat?
Sprekers: X. Moonen, K. Bouteh, R. Raghoebier, A. Disbudak

Datum: 17 april 2014, Amsterdam, Organisator: Leids Congres Bureau
Prijs: € 330, www.leidscongresbureau.nl

GGZ Kennisdag 2014 'Werken werkt!'

Tijdens de GGZ Kennisdag 2014 worden vraagstukken rond arbeid, psychische problematiek en duurzame inzetbaarheid diepgaand besproken. Voor de ggz-sector en cliënten, maar ook voor werkgevers en werknemers in het algemeen, hogere en lagere overheden en iedereen met een interesse voor werk en participatie.
Sprekers: J. van Weeghel, B. ter Haar, J. Geel, L. Burdorf, e.a.

Datum: 20 maart 2014, Den Bosch
Organisator: Trimbos-instituut
Accreditatie is aangevraagd bij NIP, NVVP, V&VN, SRVB, VSR.
Prijs € 325
www.trimbos.nl/agenda/2014/maart/ggz-kennisdag-2014

Week van de psychiatrie begint met Breingeindag

Op maandag 24 maart 2014 begint de Week van de Psychiatrie met de Breingeindag. Thema is dit jaar 'Baas in eigen leven', ofwel: betekenis geven aan 'eigen regie' en 'eigen kracht'.

De Week van de Psychiatrie is een activiteit van landelijke en regionale cliëntenorganisaties en cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. De Week van de Psychiatrie heeft tot doel de positie van cliënten in de samenleving en in de zorg te versterken.

Datum: 24 maart 2014, Almere
Organisatie: LOC Zeggenschap in zorg, het Landelijk Platform GGz en de stichting PVP.
Deelname: gratis.
www.weekvandeopsychiatrie.nl

Meldingen infectieziekten tijdens het 4^e kwartaal 2013 voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waarin alle aangifteplichtige meldingen geregistreerd worden en op gegevens van het elektronisch patiëntendossier op de GGD.

In dit overzicht worden de gegevens van het 4^e kwartaal besproken. Het aantal meldingsplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de

Inspectie voor de Gezondheidszorg in het 4^e kwartaal 2013 gemeld (62), is lager dan het aantal in dezelfde periode in 2012 (95). Belangrijkste reden voor deze afname is het aantal meldingen van chronische hepatitis B en van kinkhoest.

Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Hepatitis A

Drie patiënten met hepatitis A zijn gemeld. Twee patiënten zijn in Marokko besmet en één van hen was waarschijnlijk de besmettingsbron voor de derde patiënt.

Hepatitis B

Eén patiënt met acute hepatitis B, waarschijnlijk opgelopen na onveilig homoseksueel contact, werd gemeld. Het aantal patiënten met chronische hepatitis B (30) is vergelijkbaar met het aantal meldingen tijdens de zelfde periode in 2012 (33). Mannen zijn meer vertegenwoordigd dan vrouwen. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. Doorgaans bestaat het vermoeden dat de ziekte via de moeder of in het gezin is opgelopen.

Invasieve groep A-streptokokkeninfectie

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder bloedvergiftiging met orgaanfalen (toxic shock syndroom) of uitgebreide zeer moeilijk te behandelen infecties van het onderhuidse weefsel (fasciitis necroticans). Eén 67-jarige patiënt met het ziektebeeld toxic shock syndroom

werd gemeld. De daarvoor in aanmerking komende contacten van deze patiënt hebben preventief antibiotica gekregen.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (10) is veel lager dan het aantal in dezelfde periode in 2012 (38). In 2012 heeft landelijk een belangrijke verheffing plaatsgevonden van deze ziekte die in 2013 sterk is teruggelopen. Hoewel de meeste patiënten ouder dan vijf jaar zijn, werden toch twee jongere patiëntjes gemeld. De patiënten onder de leeftijd van 18 jaar waren allemaal gevaccineerd tegen kinkhoest.

Malaria

Er werden drie mannen gemeld. Allen zijn besmet in Afrika. De patiënten zijn afkomstig uit Afrika en besmet omdat zij geen profylaxe geslikt hebben tegen malaria.

Mazelen

Er is één 17-jarige patiënt met mazelen gemeld. Hij was niet gevaccineerd wegens geloofsovertuiging. Hij is zeer waarschijnlijk besmet in een school buiten Den Haag waar mazelen heerst.

Psittacose

Eén 52-jarige patiënt met deze ziekte die kan leiden tot een longontsteking werd gemeld. Hij is zeer waarschijnlijk besmet door een zieke eigen duif.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Vijf vrouwen en zes mannen, allen van leeftijden boven vijf jaar werden gemeld. Zeven van hen zijn in het buitenland besmet. De besmettingsbron van twee patiënten die in Nederland besmet zijn lag in het eigen gezin, van de overige is de bron onbekend gebleven.

Voedselinfecties

Bij een kind met gastro-enteritis is salmonella vastgesteld. Zijn broertje kreeg rond de zelfde tijd gastro-enteritis. De besmettingsbron was mogelijk een restaurant.

Infectieziekten gemeld door instellingen in het 4^e kwartaal 2013.

Aandoening	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Verpleeg- en verzorgingshuis	Totaal
Anders	1			1
Huiduitslag	5	3		8
Luchtweginfectie	1			1
Maag-darm aandoening	3		4	7
Vlekjesziekten	3	1		4
Totaal	13	4	4	21

In de tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 4^e kwartaal 2013. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Het aantal meldingen uit instellingen (21) is hoger dan het aantal meldingen in dezelfde periode in 2012 (15). De uitbraken van maag-darmaandoening

(gastro-enteritis) betroffen allemaal buikgriep waar- bij in drie van de vier uitbraken in de verpleeg- en verzorgingshuizen het norovirus is aangetoond. In de kinderdagverblijven is geen onderzoek verricht naar de verwekker van de gastro-enteritis. De gemelde huiduitslag betrof ringworm, krentenbaard en scabiës. Drie meldingen van vlekjesziekten betroffen hand-, voet- en mondziekte, één betrof vermoeden op de vijfde ziekte (parvovirus). De uitbraak van luchtweginfectie in de kinderopvang was veroorzaakt door het respiratoir syncytiaal virus (RSV).

Meldingen infectieziekten tijdens het 4^e kwartaal 2013 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

Er zijn in het vierde kwartaal geen meldingen van bof geweest. Na de uitbraak van bof onder studenten in Delft in de jaren 2010 (92) en 2011 (45), is het aantal bof-meldingen verminderd in 2012 (25) en nu in 2013 beperkt gebleven tot 4 gevallen.

Hepatitis B

Er zijn 9 meldingen van hepatitis B geweest. Het gaat in alle gevallen om dragerschap. In de meeste gevallen was de meest waarschijnlijke transmissieroute een verticale transmissie in het land van geboorte.

Hepatitis C

Er is één keer een acute hepatitis C gemeld. Het ging om een MSM man. Seksuele overdracht was het meest waarschijnlijk. Een bron was niet te achterhalen.

Invasieve GAS

Er is één keer een invasieve Groep A Streptokok gemeld. Het ging om een toxisch shock syndroom.

Kinkhoest

Er zijn 33 meldingen van kinkhoest geweest. Het aantal meldingen is stabiel.

Legionellose

Er zijn drie patiënten met legionellose gemeld. Bij twee patiënten lag de meeste waarschijnlijk bron in het buitenland (Spanje en Indonesië (Bali)). De andere patiënt was niet in het buitenland geweest. Bij deze patiënt is er geen bron gevonden.

Malaria

Er is vier keer malaria gemeld. Het ging in alle gevallen om malaria tropica (*Plasmodium falciparum*). De malaria is in alle gevallen in Afrika opgelopen (drie keer in Oeganda en een keer in Nigeria). Drie patiënten hadden geen malariaprofylaxe gebruikt, één patiënt had Malarone volgens schema geslikt.

Mazelen

Er is in het vierde kwartaal 26 keer een patiënt met mazelen gemeld. Sinds mei is er sprake van een mazelenepidemie in Nederland. Zoals verwacht is het aantal patiënten dat gemeld is in de regio van de GGD Zuid-Holland West in het najaar toegenomen. Dit beeld was ook landelijk te zien. Sinds mei zijn er bij de GGD Zuid-Holland West 32 kinderen met mazelen gemeld. In vrijwel alle gemelde gevallen (29) ging het om ongevaccineerde kinderen vanwege religieuze redenen. De meeste kinderen zaten op dezelfde school met een lage vaccinatiegraad. Drie kinderen hadden één keer een BMR gehad maar toch mazelen gekregen. Waarschijnlijk hebben veel meer kinderen mazelen gekregen maar zijn deze kinderen nooit naar de huisarts geweest, waardoor er geen melding naar de GGD heeft kunnen plaatsvinden.

Meningokokkose

Er zijn twee meldingen van meningokokkose geweest. Het ging om een kind met een meningokokkensepsis (type B). De andere patiënt was een vrouw van 50 jaar. Typering bleek niet mogelijk.

Psittacose

Er is één melding van psittacose geweest. De waarschijnlijk bron waren de duiven.

Shigellose

Er is 10 keer een shigellose gemeld. Er was een cluster van vier gevallen binnen één familie. Zij waren niet in het buitenland. Het ging om een *Shigella sonnei*. In de andere gevallen ging het patiënten die de ziekte op de Nederlandse Antillen, Ethiopië, Marokko en Soedan hadden opgelopen. Verder was een patiënt die een *Shigella flexneri* in Nederland had opgelopen en een patiënt die een *Shigella sonnei* in Nederland had opgelopen.

STEC

Er is 1 keer shiga-toxine producerende E-Coli gemeld. Het gaat om een patiënt met bloederige diarree en een hemolytisch uremisch syndroom (HUS). Nadere typering bleek helaas niet mogelijk. Door een wijziging in de indicatie voor PCR diagnostiek in één van de laboratoria is het aantal STEC meldingen in 2013 afgenomen ten opzichten van de jaren daarvoor.

Voedselinfectie

Er is één keer een voedselinfectie. Twee personen zijn ziek geworden na het eten van zalm.

Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek

Er is één keer de klassieke vorm van de Ziekte van Creutzfeld-Jacob gemeld.

Aan deze rubriek werken mee: E.J.M. de Coster, K.B. Yap, E.M. Huisman

OVERZICHT AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN REGIO HAAGLANDEN

Ziekte	Het 4e kwartaal 2013			Voorgaande 4 kwartalen				T/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 4e kw. 2013	GGD Zuid Holl. West 4e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 1t/m 4e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 1t/m 4e kw. 2012
A-ZIEKTEN									
Nieuwe Influenza A (H1N1)									
B-ZIEKTEN									
bacillaire dysenterie	11	10	21	16	8	2	6	37	47
buiktifus			0	1		1	2	3	
Creutzfeld-J's disease		1	1		3		0	4	1
hepatitis A	3		3	4	2	4	1	10	10
hepatitis B *) **)	31	9	40	47	31	51	40	162	193
hepatitis C **)		1	1				1	2	1
kinkhoest	10	33	43	103	63	30	66	202	751
legionella pneumonie		3	3	2	2	4	14	23	10
meningokokkose	1	26	27		7		11	45	
mazelen		2	2	3		1	0	3	8
paratyfus A,B,C			0		1		0	1	4
tuberculose	15	5	20	13	16	21	12	69	84
voedselinfectie	1	1	2	2	2		3	7	9
invasieve GAS	1	1	2	2	2	2	5	11	5
West-Nilevirus			0		1		0	1	
brucellose			0				1	1	
C-ZIEKTEN									
E-coli 0157		1	1	8	8	9	15	33	63
leptospirose			0				1	1	2
malaria	3	4	7	5	3	4	2	16	22
ornithose/psittacose	1	1	2	2	1		0	3	4
Q-koorts			0				0	0	1
rode hond			0				0	0	
bof			0	3	1	1	3	5	31
Listeriose			0		2	3	0	5	7
invasieve pneumokokken			0	2	2	1	0	3	5
inv. Haemophilus influenzae type b			0		1		0	1	1
MRSA			0		1		1	2	
Totaal	77	98	175	213	157	134	184	650	1259

*) inclusief dragers

**) zijn gecorrigeerd t.o.v. de cijfers in het Epidemiologisch Bulletin nr 4, 2013

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag

GGD Zuid-Holland West doet opgave over de gemeenten Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland, Zoetermeer.

COLOFON

Maart 2014, 49^{ste} jaargang nr. 1

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum Haaglanden
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
drs. L.M.J. Staal, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
mw. M. van der Werff MSc, Stichting Lijn 1
dr. F.P. de Winter, ParnassiaGroep

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Secretariaat EG: T 070 353 72 66, F 070 353 72 92
e-mail: jessica.roos@ggdhaaglanden.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet:

[www.ggdhaaglanden.nl/Over/Publicaties-en-onderzoeken/
Epidemiologisch-bulletin-1.htm](http://www.ggdhaaglanden.nl/Over/Publicaties-en-onderzoeken/Epidemiologisch-bulletin-1.htm)

Ontwerp: Ontwerpwerk

Fotografie:

GGD Haaglanden, Marc de Haan, Dik Koopmans, W.C.M. de Lange

Uitgave:

GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

Op www.awpgnzh.nl/epibul kunt u aangeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch bulletin kosteloos wilt ontvangen. Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adresbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219

BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Van Bleyswijkstraat 93^e
2613 RR Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

T (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl