



Jaarverslag

Infectieziektebestrijding in Kennemerland

2015

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag 2015 van het team Infectieziektebestrijding van GGD Kennemerland.

GGD Kennemerland vindt het belangrijk dat ketenpartners en burgers op de hoogte zijn van de rol en de activiteiten van de GGD op het gebied van infectieziektebestrijding. Daarom brengen wij ieder jaar onder meer een jaarverslag uit. Het jaarverslag bevat o.a. informatie over de stand van de infectieziektebestrijding in regio Kennemerland. Een regio met een hoog risicoprofiel op het gebied van infectieziekten, vanwege de aanwezigheid van de luchthaven Schiphol, het Noordzeekanaal, de havens en de snel- en spoorlijnen die de regio doorkruizen. Er is door de lucht, over het water en de weg een open verbinding met vele landen. De regio is een Point of Entry voor verspreiding van infectieziekten in ons land. Daarmee bestaat er een groot belang om goed toegerust te zijn op de voorbereiding op en de bestrijding van een uitbraak van infectieziekten.

Ik wens u veel plezier toe bij het lezen van dit jaarverslag. Mocht u vragen hebben naar aanleiding van het verslag, dan kunt u contact opnemen met de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Kennemerland.

Bert van de Velden
Directeur Publieke Gezondheid

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1. Meldingsplichtige ziektes en surveillance	4
1.1 Meldingen uit groep A	
1.2 Meldingen uit groep B1 en B2	
1.3 Meldingen uit groep C	
1.4 Meldingen in het kader van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid	
2. Advies	20
2.1 Vragen van burgers en partners	
2.2 Afhandeling beroeps gebonden besmettingsaccidenten	
3. Aanvullende activiteiten in 2015	23
3.1 Oefeningen van het team IZB in samenwerking met Schiphol	
3.2 Europees congres infectieziektebestrijding luchtvaart	
3.3 Activiteiten in 2015 t.g.v. de ebola-uitbraak	
3.4 Jaarlijkse tekencampagne	
3.5 Declarabele zorg	
3.6 Publieke Gezondheid asielzoekers en infectieziektebestrijding	
4. Kwaliteit	28
4.1 Kwaliteitsbeleid IZB en TBC	
4.2 Kwaliteitsregistratie taakveld IZB (afdeling team IZB en TBC)	
4.3 Het team	

1. Meldingsplichtige ziektes en surveillance

Wat houdt een meldingsplicht in?

Artsen en laboratoria zijn volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) verplicht om, als zij daar in hun praktijk mee geconfronteerd worden, bepaalde infectieziekten bij de GGD te melden. In Nederland zijn 43 infectieziekten meldingsplichtig. Voor de meeste ziekten geldt dat deze vastgesteld moeten zijn in het laboratorium. De afdeling infectieziektebestrijding (IZB) van de GGD handelt deze meldingen af. De artsen en verpleegkundigen van deze afdeling geven de meldingen door aan het RIVM, onder andere ten behoeve van de landelijke surveillance.

Door de meldingsplicht kan de GGD tijdig maatregelen nemen om verspreiding te voorkomen. De meldingsplichtige ziekten zijn verdeeld over vier categorieën: groep A, groep B1, groep B2 en groep C. Afhankelijk van de groep waaronder de infectieziekte valt, kunnen (passende) maatregelen worden opgelegd om de volksgezondheid te beschermen.

Bijvoorbeeld, in instellingen waar kwetsbare groepen voor één of meer dagdelen per etmaal verblijven, is het belangrijk in een zo vroeg mogelijk stadium een ongewoon aantal zieken op te merken. Infectieziekten kunnen voor deze groepen ernstige gevolgen hebben. Door vroegtijdig een signaal af te geven aan de GGD, kan worden onderzocht om welke ziekte het gaat en kan de ernst van de situatie worden beoordeeld. Gevolgen kunnen worden beperkt door het nemen van maatregelen op het gebied van hygiëne, door brononderzoek, informatieverstrekking of door het aanbieden van vaccinaties. Op basis van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid dient de leiding van een dergelijke instelling, de GGD (afdeling IZB) op de hoogte te stellen van een ongewoon aantal zieken.

Wat gebeurt er met een melding?

Naar aanleiding van een melding verricht de afdeling IZB zo nodig bron- en contactonderzoek en neemt maatregelen ter voorkoming van verdere verspreiding. De afdeling beoordeelt of er besmettingsgevaar dreigt en/of er aanvullende maatregelen nodig zijn ter bescherming van de volksgezondheid. De afdeling maakt daarbij gebruik van de richtlijnen van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI), onderdeel van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM.

De tabel biedt een overzicht van het aantal meldingen van meldingsplichtige infectieziekten in regio Kennemerland, van de afgelopen drie jaar.

Overzicht van meldingsplichtige infectieziekten. Regio Kennemerland		2013	2014	2015
Groep A	Pokken; Polio; SARS; MERS; Virale hemorragische koorts (o.a. ebola)			
Groep B1	Difterie			
	Humane infectie dierlijke influenzavirus			
	Pest			
	Rabiës (hondsdoelheid)			
	Tuberculose	13	22	25
Groep B2	Buiktyfus	1	1	1
	Cholera			
	Hepatitis A	3	1	6
	Hepatitis B Acuut	3	1	2
	Hepatitis B chronisch	36	40	21
	Hepatitis C Acuut	2	3	3
	Invasieve Groep A- streptokokkeninfectie	11	7	4
	Kinkhoest	93	218	211
	Mazelen	26	10	1
	Paratyfus A			
	Paratyfus B	1		1
	Paratyfus C			
	Rubella (rode hond)			
	STEC / enterohemorragische E.coli	3	1	5
	Shigellose	11	11	7
	Voedselinfectie/-vergiftiging	1		3
	Groep C	Antrax		
Bof		1	4	4
Botulisme				
Brucellose				1
Gele Koorts				
Hantavirusinfectie		1	1	0
Invasieve <i>Haemophilus influenzae</i> B		1		
Invasieve pneumokokkenziekte		1		1
Legionellose		10	26	19
Leptospirose			2	2
Listeriose		2	2	3
MRSA-infectie (clusters buiten ziekenhuis)				1
Malaria		2	5	15
Meningokokkenziekte		3	4	2
Psittacose (papegaaienziekte)				6
Q-koorts			1	
Tetanus				
Trichinose				
West-Nilevirusinfectie				
Ziekte van Creutzfeld-Jakob – Klassiek				
Ziekte van Creutzfeld-Jakob - Variant				
	Totaal meldingsplichtige ziekten	225	360	344

1.1 Meldingen uit groep A

Indien een arts of een laboratorium een vermoeden heeft van een persoon die lijdt aan een infectieziekte die valt onder groep A, dient dit direct (telefonisch) aan de GGD te worden gemeld. De GGD geeft deze melding door aan het aan de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM.

Bij een melding van een ziekte uit groep A kan gedwongen opname in isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, gedwongen quarantaine (inclusief medisch toezicht) of verbod van beroepsuitoefening vanuit de Wet publieke gezondheid (WPG) worden opgelegd.

In de regio Kennemerland zijn in 2015 twee meldingen gedaan met een vermoeden van MERS. Dit is een ziekte die valt onder groep A. Na laboratoriumdiagnostiek bleek het niet om MERS te gaan.

Middle East Respiratory Syndrome (MERS)

Het vermoeden van MERS bij een patiënt, opgenomen in een ziekenhuis, dient direct gemeld te worden bij de GGD van de woon- of verblijfplaats van de patiënt. MERS valt onder de groep A meldingsplichtige ziekten. Dit stelt de GGD in staat om direct maatregelen te nemen met als doel verdere transmissie te voorkomen. De GGD dient binnen 24 uur de melding telefonisch door te geven aan de LCI. De LCI coördineert in geval van een melding van een A-meldingsplichtige ziekte de respons.

MERS wordt net als SARS veroorzaakt door een Coronavirus, dat vaak wordt afgekort tot CoV. In 2012 is het virus ontdekt als verwekker van ernstige luchtweginfecties in het Midden-Oosten, vooral in Saoedi-Arabië. Mensen kunnen worden besmet door contact met dromedarissen of het drinken van de melk van deze dieren, maar het is ook van mens op mens overdraagbaar. Ziekenhuisinfecties worden veel gezien.

Per 4 januari 2016 zijn er volgens de WHO 1625 gevallen vastgesteld en zijn minstens 586 mensen eraan overleden (een sterftepercentage van bijna 40%).



In 2015 werd aan GGD Kennemerland twee keer melding gedaan van verdenking van patiënten met MERS. Beide patiënten waren opgenomen in het ziekenhuis, hadden bij MERS passende klinische verschijnselen met in de anamnese een reëel transmissie risico. De patiënten werden in het ziekenhuis in isolatie geplaatst. Contacten werden in beeld gebracht in afwachting van de uitslag van de diagnostiek. Bij geen van de patiënten werd MERS vastgesteld.

In verband met de Hadj (de bedevaartstocht naar Mekka) reizen veel moslims in het najaar af naar Saoedi-Arabië. GGD Kennemerland organiseert jaarlijks een preventiecampagne om pelgrims naar de Hadj te informeren over de gezondheidsrisico's die zij lopen tijdens deze reis en hoe zij deze risico's zoveel mogelijk kunnen verkleinen.

In het kader van de campagne wordt informatiemateriaal in verschillende talen via moskeeën verspreid.

Vanwege de opkomst van het MERS-Coronavirus is aan het informatiemateriaal een brief toegevoegd met specifieke informatie over het MERS-coronavirus.

Pelgrims naar Mekka komen voor hun reis langs bij De Reispoli, vanwege de verplichte vaccinatie tegen meningokokkenziekte. Tijdens dit consult worden ook de gezondheidsadviezen ten aanzien van MERS besproken.

Ebola

Tot op de dag van vandaag heeft de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) ebola uitgeroepen tot een Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). De getroffen landen zijn minstens éénmaal ebola vrij verklaard, maar staan in ieder geval het eerste kwartaal van 2016 nog onder toezicht van de WHO.

Ebola is een virus dat kan leiden tot een viraal hemorragische koorts. De klachten beginnen meestal met hoofdpijn, spierpijn en koorts, waarna men klachten kan krijgen van braken, diarree en bloedingen in het lichaam. Er is geen medicijn dat bewezen effectief is. Behandeling bestaat uit ondersteunende therapie en behandeling van complicaties. Er zijn experimentele behandelingen. Ebolavirus is besmettelijk via direct contact met lichaamsvloeistoffen. Het virus is voor het eerst gedetecteerd in 1976 in Congo bij de rivier Ebola. In Afrika heeft het in de afgelopen decennia tot verschillende lokale uitbraken geleid. Het reservoir van het virus is waarschijnlijk de vleermuis.

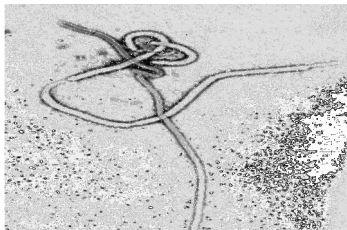
De ebola-uitbraak in het westen van Afrika begon in december 2013. Een 2-jarig jongetje in een dorpje in Guinee, niet ver van de grens met Sierra Leone en Liberia, overleed aan een ernstig ziektebeeld. Er bestond een kans dat hij besmet is geraakt met ebola na direct contact te hebben gehad met vleermuizen. Het virus verspreidde zich verder van mens op mens.

Tot december 2015 zijn meer dan 28.000 mensen besmet geraakt met het ebola virus. Hiervan zijn ruim 11.000 mensen overleden. Een mortaliteit van circa 39%.

Een viraal hemorragische koorts is een meldingsplichtige ziekte A, wat inhoudt dat bij een vermoeden op Ebola een behandelend arts dit direct moet melden aan de GGD.

In 2015 zijn in regio Kennemerland geen patiënten gemeld met ebola of een vermoeden van ebola.

De uitbraak heeft ook in 2015 de nodige inspanningen en interventies gevraagd van de afdeling IZB van GGD Kennemerland. Verder in het verslag leest u een uitgebreide beschrijving van deze activiteiten.



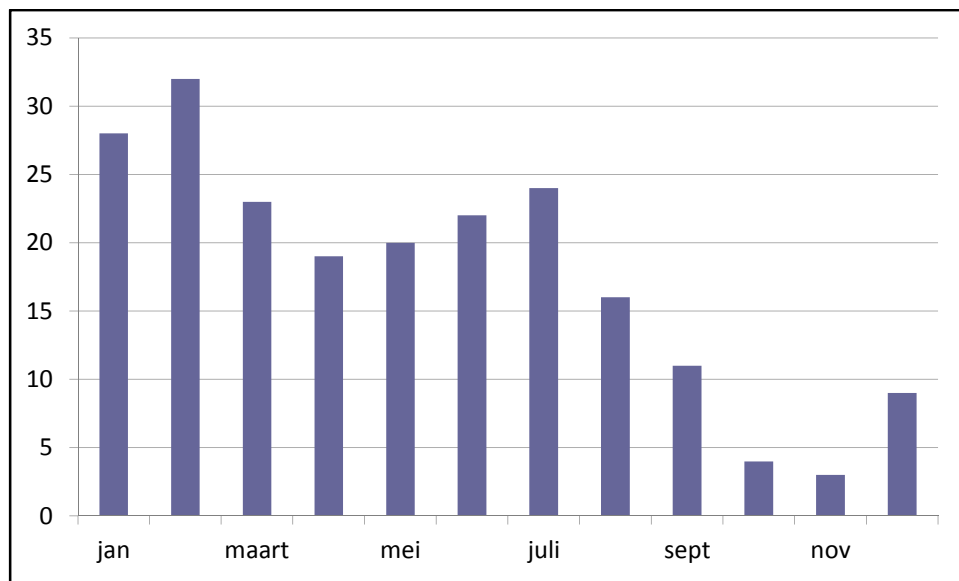
1.2 Meldingen uit groep B1 en B2

Als een arts of laboratorium een infectieziekte uit groep B vermoedt of vaststelt is hij/zij verplicht dit binnen een werkdag te melden aan de GGD. De GGD geeft ook deze melding door aan de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM.

Bij melding van ziektes uit groep B1 kan gedwongen isolatie, medisch onderzoek en/of werkverbod worden opgelegd. Bij meldingen uit groep B2 kan slechts een werkverbod worden opgelegd. Uit de categorie B1-ziekten zijn er in Kennemerland alleen meldingen binnen gekomen van tuberculose.

Kinkhoest

Kinkhoest is de meest voorkomende meldingsplichtige ziekte. Daarbij is bekend dat er een grote onderrapportage is van meldingen van kinkhoest. Via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) worden kinderen in Nederland gevaccineerd tegen kinkhoest. Met name pasgeboren zuigelingen lopen risico op het krijgen van complicaties bij een kinkhoestinfectie. Ondanks de vaccinaties is kinkhoest al jaren (een van) de meest gemelde infectieziekteziekte. Wel is er een golfbeweging, zoals te zien is in onderstaande tabel. In 2015 waren er in de regio Kennemerland 211 meldingen van kinkhoest. In de meldingen waren alle leeftijdsgroepen vertegenwoordigd. In regio Kennemerland werden twee zuigelingen met kinkhoest in het ziekenhuis opgenomen.



Hepatitis A

Hepatitis A wordt veroorzaakt door het Hepatitis A virus. Het komt veel voor in niet-westerse landen waar het wordt overgedragen door slechte hygiëne en besmet voedsel of water. In landen waar het hepatitis A virus veel voorkomt worden kinderen meestal in hun eerste levensjaren besmet en worden dan immuun voor de rest van hun leven. Kinderen hebben weinig last van deze ziekte, maar volwassenen kunnen erg ziek worden en complicaties ontwikkelen door deze ziekte. Dat is de reden dat reizigers naar niet-westerse landen worden gevaccineerd.

In 2015 werden vier gevallen van Hepatitis A gemeld. Bij twee gevallen was er risico voor verspreiding. Naar aanleiding van deze gevallen heeft de GGD vaccinatie aangeboden aan de kinderen van een lagere school in Nieuw-Vennep en aan een gastgezin in Haarlem om verdere verspreiding tegen te gaan.

Ieder jaar in april biedt GGD Kennemerland het Hepatitis A vaccin tegen een gereduceerde prijs aan voor kinderen die op reis gaan en voor kinderen van niet-westerse ouders. Deze laatste groep wordt ieder jaar actief uitgenodigd voor vaccinatie. Hierdoor voorkomen we ziekte en uitbraken door mensen die het virus van hun reis of familiebezoek meenemen naar Nederland. Naast vaccinaties door De Reispoli werden in 2015 via deze campagne voor kinderen van niet-westers ouders bijna 400 kinderen gevaccineerd.

Hepatitis B

Er zijn in 2015 in totaal 23 meldingen van hepatitis B binnengekomen. Bij 21 meldingen ging het om chronisch dragerschap en bij twee meldingen was sprake van een acute infectie.

Chronisch (of onbekend) dragerschap

Een chronische dragerschap van hepatitis B is alleen meldingsplichtig indien deze voor het eerst in Nederland wordt vastgesteld. Deze personen worden op de GGD uitgenodigd voor een counselinggesprek. Het gesprek heeft als doel om bron- en contactonderzoek in te zetten. De cliënt wordt tijdens het gesprek geïnformeerd over hepatitis B. Belangrijke informatie zoals de wijze van overdracht van het virus en het voorkomen van overdracht worden met de cliënt besproken. Hepatitis B kan worden overgebracht via bloed-bloed contact, via seksueel contact of tijdens de bevalling van moeder op kind. Bij een chronische infectie is het achterhalen van de bron niet eenvoudig. Nadruk ligt dan ook op het opsporen en screenen van de contacten. Contacten worden door vaccinatie beschermd zodat er geen verdere verspreiding kan plaatsvinden. Vergoeding van deze vaccinaties vindt plaats via de basisverzekering.

Van de 23 meldingen van chronische hepatitis B in 2015 is 66% (14) man en 33% (7) vrouw. De leeftijd varieert van 29 tot 87 jaar. Het geboorteland van 90% van de meldingen was niet in Nederland. Drie meldingen zijn afkomstig uit een zwangerschapsscreening.

Bij deze meldingen is het van groot belang dat de baby direct na geboorte extra beschermd wordt tegen hepatitis B. De verloskundige dient antistoffen en vaccinatie toe aan de baby, direct na de geboorte. De huisarts controleert na een jaar of er inderdaad geen overdracht heeft plaatsgevonden. De rol van de afdeling infectieziektebestrijding is hierin informierend en coördinerend.

Acute hepatitis B

De acute hepatitis B is twee keer gemeld. De besmetting heeft dan minder dan zes maanden geleden plaatsgevonden. De meest aannemelijke bron in deze meldingen is dat het virus via onveilig seksueel contact is overgedragen. Bij een acute infectie is de kans groot dat het lichaam zelf het virus klaart. Belangrijk bij een acute infectie is het zo snel mogelijk opsporen van de bron.

Hepatitis C

Hepatitis C is een leverontsteking veroorzaakt door het hepatitis C virus. Dit virus wordt overgedragen via bloed-bloed contact en seksueel contact. Hepatitis C kan ook chronisch verlopen. Alleen de acute hepatitis C is meldingsplichtig. Bronopsporing bij een chronische infectie heeft namelijk geen nut. Alleen bij infecties die korter dan jaar geleden zijn opgelopen is bronopsporing nog zinvol. In 2015 is drie keer een acute hepatitis C gemeld.

Casus

Voedsel gerelateerde uitbraak

Bij een logistiek bedrijf in onze regio met ongeveer 130 medewerkers heeft zich begin 2015 een voedsel gerelateerde uitbraak voorgedaan. Na het nuttigen van een gezamenlijk lunch, verzorgd door een externe cateraar, ontwikkelden ruim de helft van het personeel klachten van braken en diarree. Door de GGD werd ontlastingsonderzoek ingezet waaruit bleek dat de klachten veroorzaakt werden door het Norovirus.

Het Norovirus is zeer besmettelijk en bevindt zich in ontlasting en braaksel van mensen die het virus bij zich dragen. Door slechte (hand)hygiëne kan het virus in voedsel terecht komen, maar ook direct van mens-op-mens worden overgedragen.

Om de bron van de uitbraak te vinden werd vragenlijstonderzoek verricht. De analyse hiervan toonde geen specifiek voedingsmiddel als verklaring voor het aantal zieken. Tevens werden door de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) monsters afgenomen bij het cateringbedrijf. Ook daar werd Norovirus op oppervlaktes aangetroffen. Helaas waren er geen voedingsmiddelen van de lunch overgebleven, waardoor de exacte oorzaak niet gevonden is.

Tuberculose



Tuberculose (tbc) is een ernstige, soms besmettelijke bacteriële infectieziekte veelal veroorzaakt door *Mycobacterium tuberculosis*. De meest voorkomende vorm van actieve tbc is longtuberculose. Long-tbc kan besmettelijk zijn. Andere vormen vrijwel nooit. Tbc wordt overgebracht door hoesten of niezen. Tbc kan goed behandeld worden met een combinatie van anti-tbc middelen. Er zijn ook resistente vormen van tbc, waarvan de behandeling veel moeilijker is. Deze komen in Nederland heel weinig voor, maar zijn in andere delen van de wereld, zoals Centraal Azië, een groot en groeiend probleem. Als tbc niet of niet goed wordt behandeld kan de ziekte dodelijk zijn.

Ongeveer 10% van de mensen die besmet raken met tbc, krijgt tbc als actieve ziekte. De overige hebben een slapende infectie; latente tuberculose infectie (LTBI). Deze latente infectie kan behandeld worden om te voorkomen deze in een later stadium alsnog over kan gaan in actieve ziekte.

Tbc in Nederland

Het aantal patiënten met tuberculose in Nederland neemt sinds 1994 gestaag af. In 2014 zijn 823 patiënten met tuberculose geregistreerd. De meest besmettelijke vorm (open tuberculose) kwam in 2014 voor bij 201 patiënten. Bijna driekwart van het totale aantal tbc-patiënten in Nederland komt uit gebieden waar deze bacteriële infectieziekte veel voorkomt, zoals delen van Afrika en Azië. De grootste groep patiënten is, net als voorgaande jaren, afkomstig uit Somalië (105), gevolgd door Marokko (82) en Eritrea (53). Dit blijkt uit de cijfers over 2014 (*Uit: Tuberculose in Nederland 2014 – Surveillancerapport, RIVM, Bilthoven gepubliceerd 2015*).

De cijfers van 2015 zijn nog niet vastgesteld, maar naar verwachting zal het aantal gemelde patiënten met actieve tbc uitkomen op ongeveer 850.

Tbc en tbc-bestrijding in het werkgebied van GGD Kennemerland

De afdeling tbc-bestrijding heeft drie hoofdtaken:

1. De behandeling en begeleiding van patiënten met actieve tbc en latente tbc infectie, ook patiënten die door ziekenhuisspecialisten worden behandeld, worden door de GGD begeleid.
2. Bron- en contactonderzoek.
3. Screening en preventie.

Behandeling- en begeleiding van patiënten

Patiënten met actieve tbc:

In 2015 werden 25 patiënten gemeld bij de GGD Kennemerland, waarvan twee overgedragen door een andere GGD. Van deze 25 hadden er 13 long-tbc.

In 2014 werden 22 patiënten gemeld (aanvankelijk 29, maar zeven bleken uiteindelijk toch geen tbc te hebben), waarvan twee overgedragen door een andere GGD. Van deze 22 hadden er 10 long-tbc.

Opvallend in deze twee jaren was dat maar liefst vijf patiënten tot een en dezelfde transmissieketen (cluster) behoorden. Dit bleek uit het contactonderzoek en werd bevestigd door DNA onderzoek dat uitwees dat zij dragers waren van dezelfde bacteriestam. De eerste 'schakel' in deze keten was een man van Marokkaanse origine die begin 2014 werd gediagnosticeerd met long-tbc. Hij bleek al vele maanden symptomen te hebben gehad, maar was daarmee niet eerder naar de dokter gegaan. Deze man had zeer veel contact met andere mannen uit de Marokkaanse gemeenschap onder andere in een koffiehuis dat hij vaak bezocht. Onder deze vrienden en kennissen zijn met het contactonderzoek veel besmettingen gevonden en een aantal van hen heeft dus ook actieve tbc ontwikkeld. De vierde patiënt in de keten, gediagnosticeerd in 2015, bezocht vaak een ander koffiehuis. Ook bij hem heeft het een aantal maanden geduurd voordat duidelijk werd, dat hij open (besmettelijke) tbc had. Ook onder de bezoekers van dit koffiehuis zijn vele besmettingen gevonden.

Patiënten met Latente Tbc Infectie (LTBI)

In 2015 behandelde en/of begeleidde de afdeling tbc-bestrijding in totaal 60 personen met LTBI. Van hen zijn 23 gevonden in het contactonderzoek rondom de vierde patiënt uit het bovengenoemde cluster.

In 2014 behandelde en/of begeleidde de afdeling in totaal 59 personen met LTBI. Maar liefst 37 van hen werden gevonden in het contactonderzoek rondom de eerste patiënt van het genoemde cluster. Bij dit grote aantal gevonden besmettingen dient wel aangetekend te worden, dat gezien afkomst (Marokko) en leeftijd van de onderzochten, het niet ondenkbaar is dat een aantal van hen al eerder in hun leven een besmetting heeft opgelopen. De gebruikte testen kunnen niet aantonen wanneer een besmetting heeft plaatsgevonden. Niettemin waren er sterke aanwijzingen dat het in dit geval wel degelijk om veel recente besmettingen ging.

Bij het gebruik van afweerremmende medicijnen (bijv. voor de ziekte van Crohn) kan een latente TBC-infectie overgaan in actieve TBC-infectie. Hierdoor neemt het aantal personen, dat getest en behandeld wordt voor LTBI toe. In 2015 werden 11 van de 60 patiënten om deze reden getest en behandeld, in 2014 vijf van de 59.

Bron- en contactonderzoek

De GGD voert bron- en contactonderzoek uit rondom de patiënten uit het eigen werkgebied, maar ook, op verzoek, onder contacten van patiënten van andere GGD 'en als die in de regio Kennemerland wonen, bijvoorbeeld als de patiënt werkt bij een bedrijf of instelling in onze regio.

In 2015 heeft GGD Kennemerland in totaal 281 personen onderzocht in het kader van bron- en contactonderzoek. In 2014 waren dat er 200.

De twee grootste contactonderzoeken in deze twee jaren vonden plaats rondom de twee bronnen uit het eerder genoemde cluster.

Contactonderzoek luchtreizigers

De GGD Kennemerland indiceert en organiseert contactonderzoek onder medepassagiers van luchtreizigers met besmettelijke TBC die op Schiphol zijn aangekomen (in samenwerking met de LCI-RIVM en de KNCV-TF). Zo'n contactonderzoek vindt nog maar zeer zelden plaats, omdat in de meeste gevallen het ingeschatte besmettingsrisico op basis van de criteria van de Europese gezondheidsautoriteiten (ECDC) en de WHO niet hoog genoeg is.

In 2015 is de GGD geraadpleegd over zes vluchten. Voor geen van deze bleek een contactonderzoek geïndiceerd. In 2014 ging het om zeven vluchten, waarbij in een geval een contactonderzoek is georganiseerd onder de medepassagiers.

Screening en preventie

Andere belangrijke activiteiten van de afdeling tbc-bestrijding zijn; screening en vervolgonderzoek onder immigranten uit landen met veel tbc (2015: 606, 2014: 774), de vaccinatie van kinderen van ouders uit deze landen (2015: 548, 2014: 493) en de advisering, vaccinatie en screening van reizigers naar de betreffende landen (2015: ca. 97, 2014: ca. 117).

Wegens de geplande vestiging van noodopvanglocaties voor asielzoekers in het werkgebied van de GGD, zal het aantal vervolgscreeningen naar verwachting in 2016 toenemen.

Daarnaast heeft de afdeling tbc-bestrijding een rol bij advies en nader onderzoek met betrekking tot de ingeslotenen in de penitentiaire inrichtingen in haar werkgebied. In 2014 waren dat de Koepelgevangenis in Haarlem en het Justitieel Complex Schiphol. In de loop van 2015 is de Koepelgevangenis gesloten. In 2015 heeft de GGD voor deze categorie cliënten 27 keer nader onderzoek uitgevoerd en 29 keer in 2014.

1.3 Meldingen uit groep C

Als een arts of laboratorium een infectieziekte uit groep C vermoedt of vaststelt is hij/zij verplicht dit binnen een werkdag te melden aan de GGD. De GGD geeft ook deze melding door aan de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM.

Bij melding van ziektes uit groep C kunnen dwingende maatregelen niet worden opgelegd. Maar melding en persoonsgegevens zijn nodig om de inzet van vrijwillige/te adviseren maatregelen rondom de patiënt of anderen in de gemeenschap mogelijk te maken.

Bof

Bof (*parotitis epidemica*) wordt veroorzaakt door het bofvirus. Het is een besmettelijke ziekte, die gekenmerkt wordt door een ontsteking van de speekselklier bij het oor. Mensen kunnen elkaar besmetten door hoesten en niezen. Nadat bofvaccinatie in 1987 werd opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma, nam het voorkomen van de ziekte in Nederland sterk af. De laatste jaren zijn landelijk enkele uitbraken onder studenten gemeld. Het vermoeden bestaat dat het vaccin niet meer afdoende werkzaam is. Door de meldingsplicht, onderzoek en surveillance wordt dit kaart gebracht.

De afdeling IZB is 29 keer geconsulteerd naar aanleiding van een vermoeden van bof of vragen over de ziekte en de risico's. Er is achttien keer diagnostiek ingezet. Negen keer door de huisarts, waarvan één patiënt positief was voor bof. Door de GGD is negen keer diagnostiek ingezet, waarvan ook één patiënt positief werd bevonden voor bof.

Parotitis (zwellings van de speekselklier) heeft meerdere oorzaken. Het is goed bof uit te sluiten dan wel te bevestigen, zodat mensen die een verhoogd risico lopen op een ernstiger beloop gewaarschuwd en geïnformeerd kunnen worden.

In totaal zijn in 2015 in de regio Kennemerland vier meldingen van bof gedaan, die door middel van diagnostiek zijn bevestigd. Hiervan was één patiënt een student die recent op de stageplek in het buitenland contact had gehad met iemand met bof. De drie andere patiënten hadden geen duidelijke bron; één van hen had wel beroepsmatig contact met studenten.

Legionellose (Legionella-longontsteking; veteranenziekte)

In 2015 zijn er minder meldingen van legionellose dan in 2014. Vanwege een opvallend aantal longontstekingen, veroorzaakt door de legionella bacterie, in een bepaald postcodegebied en omdat geen ander gezamenlijke potentiële bronnen waren vastgesteld, is een koeltoren in dat gebied bemonsterd. In het water van de koeltoren was geen legionellabacterie aantoonbaar. Daarmee blijft het ongewone aantal ziektegevallen in één postcodegebied onopgelost. Mogelijk dat het weer, een warme zomer gevolgd door plots hevige regenval, een rol heeft gespeeld, maar kan het ook met toeval te maken hebben.

Een van de gevallen van legionellose is waarschijnlijk opgelopen tijdens opname in een ziekenhuis buiten onze regio, met als bron een koeltoren.

Twee personen liepen mogelijk de legionellose op in hun woonvoorziening. Na het eerste geval in het begin van het jaar werd de bacterie in het water gevonden en zijn uitgebreide maatregelen genomen. Toch trad er nog een tweede geval op in oktober. De Legionellabacterie werd toen niet in het water aangetroffen. Maar de bacterie bij de tweede patiënt was van het zelfde type als de bacterie die in het begin van het jaar was aangetroffen in het water.

Brucellose

Brucellose wordt veroorzaakt door een bacterie genaamd *Brucella*. Verschillende soorten komen voor, behorend bij verschillende diersoorten. De mens kan de bacterie binnenkrijgen via voeding, door inademen of via de huid als er wondjes zijn. Dit kan door het consumeren van ongepasteuriseerde melk(producten) die van geïnfecteerde runderen, schapen of geiten afkomstig zijn. Ook door contact met besmette dieren (runderen, schapen, geiten, varkens) of door contact met geaborteerde foetussen, placenta's en vruchtwater van dieren kan de mens besmet raken met brucellose. Overdracht tussen mensen is niet mogelijk.

Voor het eerst sinds 2008 heeft de GGD in zijn huidige vorm in 2015 één patiënt met brucellose gemeld gekregen. De bron bleek een genuttigde kaas in Turkije te zijn geweest. De patiënt is in Nederland met de behandeling gestart.

MRSA-infectie, cluster buiten ziekenhuis

MRSA staat voor *Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus*. Een stafylokok is een huidbacterie die veel voorkomt bij gezonde personen. De MRSA is bijzonder omdat hij ongevoelig is voor de meeste antibiotica. Mensen kunnen MRSA bij zich dragen zonder ziek te zijn. De bacteriën zijn vooral te vinden op de huid en in de neus van 'dragers', maar kunnen ook in de keel, darmen en urine voorkomen. Dit MRSA-dragerschap is meestal van tijdelijke aard; men raakt de bacterie vaak ook weer vanzelf kwijt. MRSA kan ook infecties veroorzaken zoals een huidinfectie of urineweginfectie. In zeldzame gevallen kan een bloedvergiftiging, botinfectie of longontsteking ontstaan. Overdracht van de bacterie vindt voornamelijk plaats door direct huidcontact, met name via de handen. Soms kan MRSA via huidschilfers of niezen in de lucht komen en zo ingeademd worden. Dit leidt zelden tot besmetting. Patiënten met een MRSA-infectie zijn meestal besmettelijker dan personen die MRSA-drager zijn. MRSA is vanwege de resistentie voornamelijk een probleem voor ziekenhuizen en verpleeghuizen. Sommige buitenlandse ziekenhuizen hebben veel last van MRSA. Iedereen kan drager worden van MRSA, maar voor gezonde mensen is het risico klein om hier klachten van te krijgen.

Voor MRSA is een meldingsplicht indien er sprake is van een cluster van infecties buiten het ziekenhuis. Er moeten dan klinische verschijnselen aanwezig zijn, de infectie buiten het ziekenhuis ontstaan en aanwijzingen voor een onderlinge besmetting of besmetting vanuit een gemeenschappelijke bron. MRSA infectie die ontstaan is binnen het ziekenhuis en MRSA dragerschap zijn niet meldingsplichtig.

In 2015 kwam er bij de GGD Kennemerland één officiële melding binnen van een woonzorg-centrum waarbij bij meerdere bewoners een MRSA was gevonden en klachten hadden van een urineweginfectie, huidinfectie of dragerschap.

De instelling heeft de verantwoordelijkheid het contactonderzoek te organiseren. Hiervoor kunnen verschillende deskundigen infectieziektepreventie betrokken zijn en in dit geval was ook een andere GGD gecontracteerd. In samenwerking met alle partijen is de uitbraak in kaart gebracht en bestreden.

De MRSA, die een rol speelt bij de antibiotica resistentie (ABR) problematiek, krijgt komende jaren veel aandacht.

Meningokokkenziekte

Deze ziekte wordt veroorzaakt door een bacterie en kan zeer ernstig verlopen in de vorm van een hersenvliesontsteking of een sepsis (bloedvergiftiging). De rol en taak van de afdeling IZB is het inventariseren van de risicocontacten, adviseren over en voorschrijven van een preventieve behandeling met antibiotica. Tevens geeft de afdeling IZB informatie en beantwoordt vragen over de transmissieroute en preventie maatregelen.

In 2015 zijn er twee meldingen van meningokokkenziekte binnengekomen van twee kinderen van 10 en drie jaar. Eén van de kinderen heeft aan de infectie een evenwichtsstoornis en gehoorbeschadiging overgehouden. In de directe omgeving van de kinderen is niemand ziek geworden door de meningokok.

Psittacose

Psittacose, ook wel papegaaizenziekte genoemd, wordt veroorzaakt door een bacterie die voorkomt in de ontlasting, het snot of het oogvocht van besmette vogels. Via inademing van besmette stofdeeltjes kan de bacterie worden overgedragen op mensen en leiden tot milde of ernstige klachten die lijken op de griep. Een belangrijke maatregel ter voorkoming van psittacose is het gebruik van mondkapjes en adequate reiniging van vogelverblijven. Poep van geïnfecteerde vogels kan namelijk wel acht maanden lang besmettelijk blijven. Psittacose is in het algemeen goed te behandelen met antibiotica.

In 2015 ontving de afdeling IZB zes meldingen van psittacose. Ten opzichte van 2013 en 2014 is dat een flinke stijging. In deze jaren is geen psittacose gemeld. Een uitbraak onder vrijwilligers van het Vogelhospitaal in Haarlem had hierin een groot aandeel (zie kader).

Casuïstiek psittacose

Eén melding betrof een patiënt die aan het begin van jaar een Agapornis had gekocht. Deze dwergpapegaai heeft de patiënt doorverkocht en een dag na overname is de papagaai overleden. Er is daarom helaas door de NVWA geen onderzoek meer kunnen doen op deze vogel. De eerste eigenaar kreeg pas klachten na het overlijden van de vogel. Een andere papegaai van de patiënt is zes weken behandeld met antibiotica. De NVWA heeft contact gelegd met de verkoper van de Agapornis.



Een tweede melding betrof een patiënt die regelmatig bij een duivenhoudende buurman een kopje koffie dronk. Bij onderzoek van de duiven door de NVWA is de bacterie aangetoond. De duivenmelker heeft een behandelingverplichting en een uitvliegverbod van de duiven opgelegd gekregen. Na zes weken bleken zijn duiven weer gezond en mochten weer uitvliegen.

Casus

Psittacose in een vogelopvang

Aan het einde van de zomer ontwikkelden verschillende vrijwilligers van het Vogelhospitaal in Haarlem klachten als koorts, hoofdpijn en keelpijn. Opvallend was dat deze vrijwilligers werkzaam waren geweest op de afdeling voor jonge vogels. De GGD heeft contact opgenomen met de vrijwilligers en in overleg met hun behandelaars werd laboratoriumonderzoek naar psittacose ingezet. Van de 12 mensen met klachten passend bij psittacose werd bij acht uitgebreid onderzoek in het laboratorium verricht. Bij vier van hen is de diagnose psittacose gesteld, bij vier anderen gaven de ingezette testen geen uitsluitsel.

Om meer informatie te verkrijgen over de klachten en blootstelling van vrijwilligers werd een vragenlijstonderzoek uitgezet onder vrijwilligers met en zonder klachten. De analyse van de vragenlijst bevestigde dat de meeste mensen met klachten werkzaam waren geweest in de ruimte met jonge vogels.

Direct na bevestiging van psittacose in het laboratorium, is contact gelegd met de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) en is bij het Vogelhospitaal onderzoek gedaan op de afdeling voor jonge vogels. Daar werd de psittacosisbacterie aangetroffen op oppervlaktes.

Hierop werd het Vogelhospitaal tijdelijk gesloten zodat adequate reinigingsmaatregelen genomen konden worden. Het Vogelhospitaal was recent verhuisd naar een nieuwe locatie. Mogelijk heeft het niet goed functioneren van het ventilatiesysteem een rol gespeeld bij de omvang van de uitbraak.

1.4 Meldingen in het kader van artikel 26 van de Wet Publieke Gezondheid

Volgens artikel 26 in de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn hoofden van instellingen verplicht om bij het optreden van een ongewoon aantal zieken de GGD op de hoogte te stellen. Het gaat hierbij om instellingen waar kwetsbare groepen zoals zieke mensen, jonge kinderen, verstandelijk gehandicapten en ouderen verblijven of samenkomen. Dit kan dus een verpleeghuis, instelling voor (verstandelijk) gehandicapten, opvang voor dak- en thuislozen, of bijvoorbeeld een kindercentrum zijn.

De rol van de GGD hierin is om te onderzoeken om welke ziekte(verwekker) het gaat, advies te geven over bijvoorbeeld hygiënemaatregelen en maatregelen te nemen om verspreiding te voorkomen.

In 2015 zijn bij de afdeling in totaal 53 meldingen onder artikel 26 gemeld. Dit varieerde van uitbraken van diarree veroorzaakt door het noro-virus, meldingen van huidinfecties (bijvoorbeeld krentenbaard en hand-voet-, mondziekte) en scabies.

Casus

Scabiës (schurft) in een woongroep voor mensen met een verstandelijke beperking

Bij een cliënt in een woongroep voor mensen met een verstandelijke beperking werd in augustus scabiës (schurft) vastgesteld. Bij navraag bleken twee andere cliënten ook klachten te hebben die pasten bij schurft.

In samenspraak met de woongroep werd een uitbraakteam samengesteld en een behandelplan gemaakt. De behandeling van scabiës is lastig, omdat naast medicijnen en crème ook strikte was- en luchtvoorschriften gelden. In een hechte woongroep is dat logistiek lastig te regelen.

De woongroep bestond uit 12 cliënten, met in totaal 13 begeleiders. Uit voorzorg werd de gehele woongroep, inclusief begeleiders, behandeld tegen scabiës. Door de GGD werd geïnventariseerd welke andere contacten mee behandeld moesten worden. Dit betrof een aantal familieleden.

Zes weken na de behandelinterventie werd wederom scabiës vastgesteld bij dezelfde cliënt en werd hij opnieuw behandeld. Dit is niet vreemd; het komt bij scabiës regelmatig voor dat de behandeling de eerste keer niet aanslaat.

Schurft (ook wel scabiës genoemd) is een ongevaarlijke huidziekte die echter veel klachten kan veroorzaken, met name forse jeuk. Het wordt veroorzaakt door een klein beestje, de schurftmijt, die gangetjes graaft onder de huid en daar eitjes legt. Door direct huidcontact (> 15 minuten) kan de mijt worden overgedragen naar andere personen. De ziekte is goed te behandelen met medicijnen of crème. Daarnaast is het belangrijk kleding en beddengoed volgens voorschriften te wassen.

Casus

Een tropische aandoening

In het voorjaar van 2015 werd de GGD gebeld door de Eerste Hulp van een ziekenhuis in de regio. Hier hadden zich enkele jongeren met recidiverende huidinfecties gepresenteerd. De jongeren verbleven in de haven in onze regio op een zeilboot. De klachten waren begonnen na een bezoek aan een indianendorp. Tijdens de reis waren al diverse medische posten bezocht in verschillende landen. Een diagnose werd gedurende de reis niet gesteld. De zeilers waren inmiddels extra alert op hygiëne, maar de huidinfecties bleven terugkeren. De arts en verpleegkundige IZB van de GGD hebben de zeilboot in de haven bezocht en verschillende kweken van de infecties genomen. Extra hygiënemaatregelen werden geadviseerd en voorlichtingsmateriaal werd meegegeven. De groep ging de volgende dag uiteen. Bij typering van de kweken bleek het om een gewone huidbacterie te gaan, die onder deze speciale omstandigheden zijn kans had gegrepen. Tijdens de reünie van de zeilers bleek er geen verder verspreiding te hebben plaatsgevonden.

2. Advies

Als andere partijen wel te maken krijgen met infectieziekten, maar de verantwoordelijkheid op dit gebied niet (kunnen) waarmaken fungeert de GGD, namens de gemeente, als vangnet. De vangnetfunctie van infectieziektebestrijding is in veel andere taken al verwerkt. Zoals onder meer in de bron- en contactopsporing en de daaruit voortvloeiende maatregelen. Kenmerkend voor deze taak is dat het ad hoc wordt uitgevoerd.

In de praktijk speelt de afdeling Infectieziektebestrijding voornamelijk bij besmettingsaccidenten door bloed-bloed contact bij mensen (bv door een prikaccident met een gebruikte naald) of bij beten/krabben door zoogdieren, een uitvoerende en adviserende of doorverwijzende rol.

2.1 Vragen van burgers en partners

Dagelijks wordt de afdeling IZB van GGD Kennemerland gebeld met verzoek om informatie en advies. Veelal hebben de vragen betrekking op de lopende meldingen, maar even zo vaak beslaan de vragen uiteenlopende onderwerpen. Vaak kunnen deze vragen direct worden beantwoord. Soms is actie vanuit de GGD nodig, zoals bijvoorbeeld het verifiëren van een diagnose bij de behandelaar. Of er moet behandeling door de GGD worden ingezet, zoals bij een beet door een zoogdier.

In 2015 zijn buiten de beantwoorde vragen omtrent meldingen in totaal 779 registraties gemaakt van overige binnengekomen vragen via telefoon en mail. Deze vragen hadden betrekking op uiteenlopende infectieziekte gerelateerde onderwerpen en kwamen van diverse partijen.

In de onderstaande tabel is te zien over welke onderwerpen de afdeling IZB in 2015 tenminste 10 keer benaderd.

Onderwerp	Aantal
Prik-, snij-, spat en bijtaccidenten	71
Reis-gerelateerde vragen	57
Overig	55
Rabiësprofylaxe	49
Kinkhoest	35
Bof	29
Krentenbaard	27
Schurft/scabiës	26
Vaccinatievragen niet-reis gerelateerd	25
Gastro-enteritis	20
Gordelroos	10
Waterpokken	18
MRSA dragerschap	17
Hepatitis C	16
Virale Hemorragische koorts, o.a. Ebola	16
Rabiës	15
Streptokokken groep A infectie	15
Hand, voet mondziekte	14
Hepatitis B	14
Norovirus	12
Legionellose	11
Rode hond	11

Tetanus	11
Tuberculose	11

Net als in voorgaande jaren waren veruit de meeste vragen afkomstig van particulieren. Andere partijen die de GGD geraadpleegd hebben bij vragen rondom infectieziektebestrijding zijn huisartsen, kindercentra, scholen, verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen, verloskundigen, Justitieel Complex Schiphol, Airport Medical Services Schiphol, apotheken, NVWA, politie, GGD 'en uit een andere regio, GGD medewerkers intern, RIVM, streeklaboratorium en thuiszorgorganisaties.

2.2 Afhandeling beroeps gebonden besmettingsaccidenten

De afdeling infectieziektebestrijding ondersteunde afgelopen jaren instellingen, organisaties en bedrijven in de regio bij de afhandeling van prikaccidenten en andere accidentele bloedcontacten. Als een medewerker op welke wijze dan ook een risico had gelopen bood de afdeling advies en regelde alle activiteiten die daarbij kwamen kijken. Bijvoorbeeld de mogelijkheid snel bloedcontroles te doen en vaccinaties toe te dienen.

Per 1 mei 2015 is de afdeling gestopt met de afhandeling hiervan. In beginsel is dit namelijk een taak die onder verantwoordelijkheid van een werkgever en/of door een Arbodienst afgehandeld dient te worden. Alle betrokken (thuis)zorginstellingen, huisartsen, apothekers en tandartsen binnen de regio Kennemerland zijn schriftelijk van de beleidswijziging op de hoogte gebracht.

Particulieren en professionals kunnen nog steeds 24 uur per dag 7 dagen per week bij de afdeling IZB terecht voor niet-beroeps gebonden incidenten. Zij ontvangen een advies op maat.

Casus

Profylaxe na een vleermuisbeet. Een casus op Schiphol.

In China is een Europese man op een werkplatform op zee in zijn nek gebeten door een vleermuis. Hij is bang voor hondsdolheid en zonder veel na te denken stapt hij in het vliegtuig naar huis. Hij vliegt in eerste instantie alleen naar Schiphol om daar direct hulp te zoeken. Tijdens de vlucht is hij gespannen en heeft hoofdpijn. Hij wordt opgemerkt door de crew, die hiervoor direct contact opneemt met Airport Medical Services op Schiphol. Hoewel de klachten niet van hondsdolheid kunnen zijn wordt de situatie wel als ernstig ingeschat en wordt de GGD ingeschakeld. Bij aankomst van het vliegtuig op Schiphol wordt snel actie ondernomen door de GGD, samen met Airport Medical services, en wordt medicatie tegen hondsdolheid toegediend.

Hondsdolheid is een absoluut dodelijk ziekte die door vleermuizen kan worden overgedragen. Vooral bij beten in het hoofd en halsgebied kan de ziekte zich snel ontwikkelen en is snelle actie nodig om dit te voorkomen. Een goede preventieve behandeling is niet overal in de wereld beschikbaar. Door een goede samenwerking tussen Airport Medical Services en de GGD is deze man snel en adequaat op Schiphol geholpen en kon hij veilig zijn reis vervolgen.

Casus

Een bijtaccident op de peuterspeelzaal

De afdeling IZB krijgt een telefonische melding van een leidster van een peuterspeelzaal. Een driejarig kind heeft een medepeerter in zijn lip gebeten. De lip bloedt.

De afdeling IZB heeft voor de risico-inschatting antwoord nodig op de volgende vragen:

- Wat is er precies gebeurd?
- Tijdstip van de beet?
- Wat is de aard van de verwonding?
- Wat weten we van het kind dat gebeten heeft?
- Wat weten we van het kind dat gebeten is?

Aan de hand van de landelijke richtlijn Prikaccidenten (RIVM) wordt een risico-inschatting gemaakt op hepatitis B, hepatitis C en hiv.

Het is mogelijk om bij het kind dat in zijn lip is gebeten een onderzoek te doen naar de bloed-overdraagbare infectieziekten hepatitis B, C en hiv. Als geen van de virussen niet aantoonbaar is in het bloed is de casus afgehandeld. Er bestaat dan geen risico op de overdracht van een van deze bloed-overdraagbare aandoeningen.

Het kind dat gebeten heeft loopt namelijk een hoger risico op een besmetting omdat hij met zijn mondslijmvlies mogelijk bloed van degene die hij heeft gebeten in zijn mond gekregen heeft. Indien geen onderzoek is gedaan bij het kind dat gebeten is, zou bij de bijter na drie en zes maanden een bloedonderzoek gedaan kunnen worden. Dit om te controleren of hij door dit bijtaccident besmet is geraakt met hepatitis B, C of hiv.

Wanneer de kinderen volgens het Nederlandse RVP zijn gevaccineerd, zijn ze beschermd tegen hepatitis B. Hiermee is er geen risico dat hepatitis B overgedragen is. Omdat het risico op besmetting met hepatitis C en hiv in deze casus heel erg klein is, is besloten geen bloedonderzoek te doen.

3. Aanvullende activiteiten in 2015

3.1 Oefeningen van het team IZB in samenwerking met Schiphol

In 2015 heeft de afdeling IZB, in samenwerking met partijen op Schiphol, een aantal vruchtbare oefeningen gedraaid.

Oefening in het kader van de Wet publieke gezondheid

Eén van de terugkerende doelstellingen is de samenwerking tussen Airport Medical Services, Amsterdam Airport Schiphol, de luchtvaartmaatschappijen en de GGD te intensiveren en, indien nodig, op belangrijke punten te verbeteren zodat alle betrokkenen goed zijn voorbereid wanneer er moet worden opgetreden tegen een infectieziekte.

In 2015 hebben de oefeningen zich gericht op procedures ten aanzien van het opvragen van passagierslijsten- en gegevens en contactopsporing.

Er zijn twee oefeningen gedraaid. Beide oefeningen hebben geleid tot het leggen van nieuwe contacten op de luchthaven en een update in het Draaiboek infectieziektebestrijding Wpg Schiphol ten aanzien van procedures rondom het opvragen en genereren van passagierslijsten.

Eén van de scenario's:

“Een dame van middelbare leeftijd wordt opgenomen in een ziekenhuis en de diagnose MERS wordt gesteld. Drie dagen voor opname is ze met het vliegtuig vanuit Mekka naar Amsterdam Airport Schiphol gereisd. Ze bleek tijdens de vlucht al besmettelijk voor MERS te zijn.

De afdeling IZB van de GGD dient een contactonderzoek in te zetten aan de hand van de contactgegevens die opgevraagd worden bij de luchtvaartmaatschappij.”

De algemeen gedeelde conclusie over de oefeningen op Schiphol was dat het zeer leerzaam en verhelderend was om met de belangrijkste, bij dit scenario betrokken, partners om tafel te zitten. De rollen werden helder toegelicht en de hierbij behorende verwachtingen met de partners gedeeld. Het belang van het vlot paraat hebben van de contactgegevens van de passagiers, met de juridische kaders vanuit de wet publieke gezondheid, kon worden toegelicht door de GGD.

Op deze wijze met partners oefenen maakt dat voor alle betrokken partijen duidelijk is wie betrokken zijn bij de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de passagier en het beschermen van de volksgezondheid.

3.2 Europees congres Infectieziektebestrijding luchtvaart

Van maandag 23 tot en met 26 maart heeft GGD Kennemerland de organisatie op zich genomen van het vierde CAPSCA/Europe congres. De afdeling IZB heeft in de organisatie een belangrijke rol gespeeld. Het congres werd bezocht door 122 deelnemers uit 42 verschillende landen en vond plaats op de luchthaven Schiphol.

CAPSCA (Collaborative Arrangement for the Prevention and management of public health events in Civil Aviation) is een initiatief om met internationale luchtvaartspecialisten en mensen van de public health te zoeken naar wegen om transmissie van infectieziekten via het vliegverkeer terug te dringen. Het initiatief is langzaam ontstaan na de SARS periode en met de komst van de International Health Regulations (IHR) in 2005. Jaarlijks is er een ontmoeting van gemotiveerde betrokkenen. Luchthavens van Parijs, Frankfurt en Bern zijn, in samenwerking met de Public Health van desbetreffende landen, GGD Kennemerland voorgegaan in het organiseren van het CAPSCA congres.

Het interessante van een dergelijke bijeenkomst is de mix van verhalen vanuit de luchtvaart in combinatie met public health casuïstiek. Bijvoorbeeld hoe vindt een risico beoordeling van de zieke passagier aan boord van een vliegtuig plaats en wanneer kan vanuit de lucht medische assistentie van de public health worden gevraagd. Wanneer vormt een zieke passagier een gevaar voor de volksgezondheid? Wanneer kiest een public health authority (GGD) ervoor om alle passagiers te registreren en is het registratie formulier van IATA niet veel te uitgebreid? De dreiging van ebola van afgelopen jaar die nog steeds speelt en de voorbereidingen van luchthavens in samenwerking met de public health authorities speelden een grote rol op het CAPSCA congres.

Ook het AIRSAN project waar de GGD, AMS en AAS bij betrokken zijn speelde een grote rol. (www.AIRSAN.eu)

Luchthavens die vanwege de directe verbinding met de Ebola getroffen landen hebben, gaven een toelichting en heldere presentaties over de entrescreening op luchthavens. De samenwerking met de public health kwam goed aan bod en als gastland hebben we mooie presentaties gegeven over onze intensieve samenwerking tussen AAS, Airport Medical Services, de GGD en het RIVM.

Het congres werd afgesloten met een Demonstration Assistance visit waarbij een afvaardiging van de deelnemers een rondleiding over de luchthaven kreeg en een presentatie over de implementatie van de IHR op de luchthaven Schiphol.

Kijk voor de presentatie op www.icao.int/EURNAT/Pages/Other-Meetings.aspx (CAPSCA-EUR>CAPSCA-EUR04).

3.3 Activiteiten in 2015 ten gevolge van de ebola uitbraak

Ook in 2015 is de afdeling IZB intensief bezig geweest met de ebola uitbraak in het westen van Afrika. Met name vanwege de luchthaven Schiphol in de regio. Schiphol is een door de WHO aangewezen Point of Entry. Dit houdt in dat introductie via de luchthaven zou kunnen worden verwacht. GGD Kennemerland volgt de internationale ontwikkelingen dan ook nauwlettend. Het scenario dat een reiziger, die verdacht wordt van ebola, via Schiphol reist is opgenomen in de jaarlijkse oefencyclus van de afdeling IZB. De primaire taak van de afdeling IZB is het maken van een risico-inventarisatie indien een melding binnenkomt over een van ebola verdacht persoon op de luchthaven Schiphol.

Een melding die op verschillende manieren bij de GGD terecht kan komen. De belangrijkste taak voor de afdeling IZB is het registreren van contacten die in contact zijn geweest met deze van ebola verdachte persoon.

Op de afdeling IZB zijn ook in 2015 vele vragen beantwoord die betrekking hadden op ebola. Bijvoorbeeld:

- Er was onrust op een basisschool. Een gezin was op vakantie in Soedan geweest. Verschillende ouders maakten zich zorgen of ebola via dit schoolgenootje op school geïntroduceerd kon worden.
- Ook vanaf verschillende partijen van luchthaven Schiphol zijn veel vragen gesteld. De vragen hadden in de meeste gevallen betrekking op passagiers die uit Afrika kwamen en ziek waren geworden aan boord of zich met klachten hadden gemeld bij de medische dienst op Schiphol (Airport Medical Services).

Samenwerking met partners op Amsterdam Airport Schiphol

In opdracht van het ministerie van VWS zijn informatieflyers ontwikkeld en uitgegeven bij de gate van binnenkomende vluchten die een indirecte verbinding hadden met één van de ebola getroffen landen. Reizigers komende uit endemische landen werden vanaf het najaar van 2014 tot januari 2016 door middel van flyers actief geïnformeerd over de ebola.

Informatievoorziening en afstemming waren dus ook in 2015 belangrijke speerpunten tijdens de ebola epidemie. Gedurende het hele jaar is er regelmatig contact geweest met de medewerkers van Airport Medical Services, Amsterdam Airport Schiphol, KLM health services, Koninklijke Marechaussee en luchtvaartmaatschappijen.

Monitoring van personen die in het ebolagebied een risico hebben gelopen

In 2015 zijn drie personen binnen onze regio onder monitoring geplaatst. Voor de GGD betekent dat goede uitleg geven aan deze personen en regelmatig contact houden. Voor deze personen gold dat ze zichzelf tot drie weken na terugkeer tweemaal daags moesten temperatuur meten. Meten ze een temperatuur die hoger is dan 38 °C dan moet de GGD (afdeling IZB) gebeld worden zodat de afdeling IZB verdere stappen kon ondernemen om na te gaan wat de oorzaak is van de koorts. Bij een verdenking op ebola wordt direct actie ondernomen door de zieke persoon in isolatie te plaatsen.

Samenwerking met andere partners in de regio

Net als in 2014, is ook in 2015 de intensieve samenwerking en het contact met ketenpartners voortgezet. Bijvoorbeeld in de vorm van het gezamenlijk schrijven van draaiboeken voor de ambulancedienst, het beoefenen van het werken met persoonlijke beschermende middelen en het geven van adviezen voor schoonmaakprotocollen.

3.4 De jaarlijkse tekencampagne

De bos en duingebieden in onze regio worden veel bezocht voor ontspanning en vermaak. Kinderen gaan er op kamp en scholen organiseren er allerlei avontuurlijke uitjes. Kinderen lopen daarbij het hoogste risico op tekenbeten en daarmee op de ziekte van Lyme. De GGD heeft in 2015 materialen beschikbaar gesteld op de website van GGD Kennemerland ten behoeve van voorlichting en lessen voor schoolkinderen.

Door middel van een schrijven aan alle scholen in regio Kennemerland en het geven van presentaties is dit ruim onder de aandacht gebracht. Scholen kunnen materialen naar eigen inzicht gebruiken. Het aanbod van materialen zal jaarlijks worden herzien.

3.5 Declarabele zorg

Op basis van de in 2013 ingevoerde beleidsregel 'overige geneeskundige zorg' kunnen de artsen van de GGD individuele zorg bij TBC en enkele algemene infectieziekten direct declareren bij de zorgverzekeraars. Dit maakt het mogelijk dat de GGD zelf taken kan oppakken waarvoor voorheen naar de huisarts werd verwezen. Het grote voordeel voor de volksgezondheid is dat de GGD sneller kan starten met een preventieve behandeling van risicocontacten.

3.6 Publieke Gezondheid Asielzoekers en infectieziektebestrijding

In 2015 zijn in de regio Kennemerland vluchtelingen opgenomen. Omdat de immigranten uit gebieden afkomstig zijn waar de bescherming tegen infectieziekten nog niet op een voldoende niveau ligt, kan de opvang risico's met zich meebrengen. Zoals verspreiding van infectieziekten onder vluchtelingen, maar mogelijk ook onder de bewoners van de regio. Landelijk heeft er een inventarisatie plaatsgevonden van de mogelijke risico's met betrekking tot de verspreiding van infectieziekten. De conclusie was dat, behoudens tuberculose en schurft bij asielzoekers uit Eritrea en Ethiopië, de additionele risico's zeer beperkt zijn. GGD Kennemerland heeft afgelopen jaar goede afspraken gemaakt met de tijdelijke crisisnoodopvanglocaties in gemeenten over surveillance en melding van infectieziekten. Er is, samen met de afdeling Technische Hygiënezorg, ruim aandacht besteed aan te nemen hygiënemaatregelen. Bovendien is nauw samengewerkt met de GHOR, de huisartsen in de regio en de Jeugdgezondheidszorg om tot goede surveillance en adviezen te komen.

In de regio Kennemerland zijn in 2015 de volgende centra voor vluchtelingen geopend:

De Koepel, Haarlem

In oktober is er in de voormalige Penitentiaire Inrichtingen/ Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) de Koepel, een Proces opvang locatie (POL) geopend voor de opvang van asielzoekers. Het COA heeft afspraken met de GGD voor taken op het gebied van de volksgezondheid, waaronder ook de infectieziektebestrijding valt. Het COA is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de gezondheidszorg aan asielzoekers die in deze opvang verblijven. De afdeling IZB heeft afspraken gemaakt met de huisartsen en de medische dienst van de Koepel over het uitwisselen van informatie. Zo blijft de afdeling IZB goed op de hoogte wat zich voordoet op het gebied van infectieziekten en blijven uitbraken van infectieziekten door goede surveillance zo veel mogelijk beperkt.

Crisisnoodopvang

De afdeling infectieziektebestrijding was betrokken bij de drie crisisnoodopvangen die in 2015 in regio Kennemerland zijn geopend (Vijfhuizen, Zandvoort en Heemskerk). In het bijzonder is ondersteuning verleend op het gebied van het geven van voorlichting en adviezen ten aanzien van hygiëne, behandeling van schurft en diarree.

4. Kwaliteit

4.1 Kwaliteitsbeleid Infectieziektebestrijding en Tuberculosebestrijding

Kwaliteitsbeleid is onderdeel van de werkprocessen van infectieziektebestrijding algemeen en tuberculosebestrijding. Door de inzet van diverse kwaliteitsinstrumenten wordt de kwaliteit van de infectieziekte- en tuberculosebestrijding in de regio van GGD Kennemerland gewaarborgd. Kwaliteitsinstrumenten zijn bijvoorbeeld registratie van FONA (fouten of near accidents) meldingen, behandelen van klachten en klantideeën en het voeren van een verbetercyclus .

In 2015 is de kwaliteit van de afdeling IZB getoetst middels een intercollegiale visitatie door GGD collega's uit het land. Zowel voor wat betreft infectieziektebestrijding als TBC heeft een audit op diverse werkprocessen plaatsgevonden.

Visitatie

De intercollegiale visitatie van de algemene infectieziektebestrijding is een instrument, dat is voortgekomen uit het landelijke door VWS gefinancierde project 'Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding'. Het doel van de visitatie is te komen tot kwaliteitsverbetering van het professioneel handelen binnen de algemene infectieziektebestrijding door zelfreflectie, ondersteund door collega's.

In oktober 2015 is de afdeling IZB algemeen gevisiteerd door een interdisciplinair samengestelde groep collega's van afdelingen Infectieziektebestrijding uit andere GGD-en. Ter voorbereiding op de visitatie heeft de afdeling een self-assesment op individuele basis uitgevoerd en is in een plenaire bespreking een verbeterplan met korte en lange termijndoelstellingen voor de afdeling opgesteld. Deze doelstellingen zijn deels in 2015 behaald, andere zijn in het jaarwerkplan voor 2016 opgenomen. Na drie jaar vindt de volgende visitatie plaats en wordt de ontwikkeling van de GGD vastgesteld.

Audits

In 2015 is een interne audit uitgevoerd op het taakveld IZB algemeen (betreft telefonische bereikbaarheid, effectiviteit maatregel inzet pager en overdragen lopende casuïstiek) en een interne audit op het taakveld TBC (inwerkprogramma medisch technisch medewerker en oproepen BCG kinderen). De interne audit op het taakveld IZB heeft niet geleid tot verbetermaatregelen. De interne audit op het taakveld TBC heeft geleid tot zes bevindingen, waarbij op vier bevindingen een verbetermaatregel is uitgezet.

4.2 Kwaliteitsregistraties taakveld infectieziektebestrijding (afdelingen IZB algemeen en TBC)

FONA meldingen

FONA meldingen zijn meldingen van fouten en (bijna) ongelukken in de uitvoer van het werk. Er zijn drie FONA meldingen geweest vanuit IZB algemeen in 2015, die in de FONA commissie zijn besproken en waarop maatregelen zijn geadviseerd. De FONA commissie oordeelde dat de oorzaak van de fout lag in: één in externe factoren, één in samenloop van omstandigheden en één in overig. De maatregelen zijn opgenomen in de verbetercyclus.

Klachten & complimenten

Er zijn geen klachten, noch complimenten geregistreerd.

Verbetermaatregelen

In 2015 zijn voor het taakveld IZB algemeen vier verbeterrapporten ingediend. Drie verbetermaatregelen zijn naar aanleiding van een FONA melding en één verbetermaatregel naar aanleiding van het klanttevredenheidsonderzoek bij kindercentra uit 2014. Eén verbetermaatregel is nog niet afgehandeld.

Voor het taakveld Tuberculosebestrijding zijn in 2015 vier verbetermaatregelen naar aanleiding van de interne audit uitgezet. Deze maatregelen zijn nog niet afgehandeld.

4.3 Het team

Het team bestaat uit gedreven en goed opgeleide professionals met ieder zijn eigen aandachtsgebied binnen de infectieziektebestrijding.

Artsen Maatschappij en Gezondheid	Rolf Appels Jeroen den Boer Isabel Brederije (i.o) Daisy Ooms (i.o) Jeanette Ros Anne de Vries
Sociaal Verpleegkundigen infectieziekte bestrijding	Saskia van Egmond Nicole Leerssen Katja van der Meiden Marloes Molenaar
Arts tuberculosebestrijding	Marijne Zandbelt
Sociaal verpleegkundigen tuberculosebestrijding	Rob Broeder Barbara Cooper
Medisch technisch medewerker TBC	Chantal van Krimpen Uschi Rietkerk Peter Zuid
Secretariële ondersteuning:	Linda Fokker

Het werkgebied van GGD Kennemerland omvat de volgende tien gemeenten: Beverwijk, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmermeer, Haarlemmerliede & Spaarnwoude, Heemskerk, Heemstede, Uitgeest, Velsen en Zandvoort, met totaal ruim 527.000 inwoners.