

KNCV 100 jaar  
Jubileumuitgave

# Tegen de Tuberculose



NR. 3/4

JAARGANG 99 • 2003

K N C V



TUBERCULOSEFONDS

Samenwerken aan  
een betere wereld

# Van harte!

*you've made the  
world a little better*

*Well done!*



## NIC Inkoop Facility

NIC is specialist op het terrein van inkoop en inkoopadvisering met het oog op goederen en dienstverlening.

- gezondheidszorg en onderzoek
- schoonmaak
- drukwerk
- ICT
- catering
- et cetera

*KNCV Tuberculosefonds* verrichtte veel goeds de afgelopen eeuw. En ook nu nog: mede dankzij haar inspanningen verliest TBC steeds meer terrein. Wij vinden het een eer dat de vereniging al sinds 1990 gebruik maakt van onze diensten.

Natuurlijk blijven wij ons in de komende jaren graag inzetten voor *KNCV Tuberculosefonds*. Niet alleen binnen onze grenzen, ten behoeve van GGD'en, maar ook daarbuiten. Zo verloopt onze samenwerking bij het project in Tanzania alvast voorspoedig. Ook in andere landen zijn tal van nieuwe projecten in ontwikkeling.

Met het succesvolle *KNCV Tuberculosefonds* slaan wij graag de handen ineen. Wij onderschrijven haar doelstellingen van harte. Gefeliciteerd!

*The people of KNCV Tuberculosis Foundation achieved quite a lot during the passed 100 years. They actually made the world a little better, by constantly fighting - and of course eventually conquering - one of the worst diseases mankind has ever known.*

*We feel honoured to have played a minor part in that development: since 1990 KNCV Tuberculosis Foundation and NIC are partners on a buying-level. In the years to come we would like to keep putting our hands together. In order to help them doing their healing work thoroughly.*

*Patience is a virtue. But never be patient. Whatever it takes, keep up the good work.*



#### Bij de voorpagina:

In de afgelopen jaren zijn verschillende landen, waarvoor KNCV Tuberculosefondsen zich inzet, op de sluitzegels afgebeeld. In dit jubileumjaar staat Nederland centraal.

# Tegen de Tuberculose

NR. 3/4

#### Uitgever

Tegen de Tuberculose is een uitgave van KNCV Tuberculosefondsen en verschijnt eenmaal per kwartaal. Met deze uitgave wil KNCV Tuberculosefondsen de strijd tegen de tuberculose in Nederland en de ontwikkelingslanden onder de aandacht brengen.

#### Redactieraad

- mevrouw H.W.M. Baars, arts-tuberculosebestrijding,
- de heer H.J.M. de Lange, sociaal-verpleegkundige tuberculosebestrijding,
- de heer G.P.M. Luiken, arts,
- mevrouw J.M.A. Nijhuis-Heddes, longarts,
- mevrouw M.M.G.G. Šebek, verpleegkundig-consulent.

#### Eindredactie

KNCV Tuberculosefondsen  
mevrouw M.J. Havermans  
Postbus 146  
2501 CC Den Haag  
Telefoon: 070-416 72 22  
Fax: 070-358 40 04  
E-mail: [info@kncvtbc.nl](mailto:info@kncvtbc.nl)  
Internet: <http://www.tuberculose.nl>

#### Tekstredactie en realisatie

Mediselect bv  
Postbus 63  
3830 AB Leusden  
Telefoon: 033-422 99 00  
Fax: 033-422 99 22  
E-mail: [info@mediselect.nl](mailto:info@mediselect.nl)  
Sluitingsdatum kopij  
voor TdT 1/2004: 5 december 2003

#### Ontwerp en vormgeving

Pre Press Buro Booij, Huis ter Heide

#### Drukwerk

Den Haag Offset, Rijswijk

#### Abonnementen

Tegen de Tuberculose wordt op aanvraag toegezonden aan allen die belangstelling hebben voor of betrokken zijn bij de tuberculosebestrijding in Nederland of elders.

#### Oplage

5.600 exemplaren

ISSN 0040-2125

jaargang 99 | nr. 3/4 2003

**KNCV**  **TUBERCULOSEFONDSEN**

- 2** Voorwoord Jaap Broekmans.
- 3** Pioniers van het particuliere initiatief.  
Interview met Ernest Hueting.<sup>3</sup>
- 8** Een sturende hand en een luisterend oor.  
Interview met Jo Koeslag.<sup>3</sup>
- 11** Sociaal-verpleegkundigen in de TB-bestrijding.  
Interview met Leny Hellinga.<sup>3</sup>
- 14** Tuberculineonderzoek onder Nederlandse rekruten.  
Interview met Matthijs Bleiker.<sup>3</sup>
- 17** Pioniers in het uitzetten van landelijk beleid.  
Interview met Ank Schepp.<sup>3</sup>
- 20** KNCV heeft hoofdrol in de internationale TB-bestrijding.  
Interview met Annik Rouillon.<sup>3</sup>
- 24** Van 'geldschietter' tot gerenommeerd instituut.  
Interview met Jaap Broekmans.<sup>3</sup>
- 29** Van consultatiebureau naar GGD.  
Interview met Hans de Goeij.<sup>3</sup>
- 33** Een relatie die al meer dan 25 jaar duurt.  
Interview met Hamza Chum.<sup>1</sup>
- 36** 'We kunnen nog echt niet zonder die ondersteuning'.  
Interview met Rosmini Day.<sup>5</sup>
- 40** Tuberculosebestrijding in Ethiopië.<sup>2</sup>
- 50** Registratie draagt bij tot effectieve TB-bestrijding.  
Interview met Nico Kalisvaart.<sup>3</sup>
- 54** Een nieuw beeld, dezelfde strijd.<sup>4</sup>
- 56** KNCV Tuberculosefondsen ook in de toekomst TB-kenniscentrum.  
Interview met Kitty Lambregts.<sup>3</sup>
- 60** Opsporen TB-patiënten kan eenvoudiger en goedkoper.  
Interview met Martien Borgdorff.<sup>3</sup>
- 64** De gezichten van KNCV Tuberculosefondsen en hun visie op de toekomst.

Voor de rubriek Doorlopende Agenda verwijzen wij u naar [www.tuberculose.nl](http://www.tuberculose.nl). De overige rubrieken vindt u weer in TdT 1-2004.

<sup>1</sup> M.R.A. van Cleeff, arts-consulent KNCV Tuberculosefondsen, Den Haag.

<sup>2</sup> J. van den Hombergh, arts, Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT), Amsterdam.

<sup>3</sup> F. Koelewijn, journalist, Totaal tekstproductie & redactie, Alphen aan den Rijn.

<sup>4</sup> M.M.G.G. Šebek, verpleegkundig-consulent KNCV Tuberculosefondsen, Den Haag.

<sup>5</sup> J.E.J. Voskens, arts-consulent KNCV Tuberculosefondsen, Den Haag.

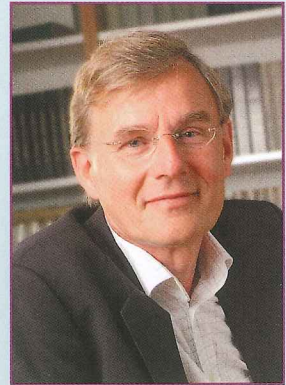
# Voorwoord

KNCV 100 JAAR

Vele betrokkenen uit de tuberculosebestrijding in Nederland, maar ook daarbuiten, berichten al bijna 100 jaar via Tegen de Tuberculose over de ontwikkelingen in de tuberculosebestrijding. In dit feestelijke jubileumjaar, waarin de KNCV haar 100-jarig bestaan viert, mag een speciale uitgave van Tegen de Tuberculose dan ook niet ontbreken.

Dit nummer heeft het karakter gekregen van een tijdsdocument. Het is een uitgave geworden die vooral de betekenis weergeeft van 100 jaar KNCV voor de tuberculosebestrijding in binnen- en buitenland, in verleden, heden en toekomst. Hiertoe is onder andere gesproken met een aantal prominente personen uit de nationale en internationale tuberculosebestrijding. Aan de hand van een tijdbalk wordt u door de afgelopen eeuw geleid. Boven de tijdbalk vindt u allerlei wetenswaardigheden, dagboekfragmenten en berichten uit andere bronnen, en onder de tijdbalk een aantal interviews en artikelen. Dit alles heeft geleid tot een dubbeldikke uitgave van Tegen de Tuberculose waarbij de nummers 3 en 4 zijn samengevoegd.

We hopen van harte dat u dit nummer met hetzelfde plezier leest als waarmee het door de redactieraad is voorbereid.



Jaap Broekmans.

In memoriam

## Johan Stekelenburg

(31 oktober 1941 - 22 september 2003)



Met het overlijden van Johan Stekelenburg verliest de Nederlandse tuberculosebestrijding een zeer betrokken en beminlijk bestuurder en ambassadeur.

Johan werd in 1997 voorzitter van het Nederlands Tuberculose Fonds. Onder zijn leiding werden Stichting de Emmabloem, de Stichting Landelijke Geldinzameling voor de Tuberculosebestrijding in Ontwikkelingslanden (SLGTO) en de Kerstzegelactie van de KNCV samengevoegd tot één Nederlandse fondsenwervende organisatie voor de wereldwijde tuberculosebestrijding. Bestuurlijk leidde hij op ervaren en innemende wijze het Nederlands Tuberculose Fonds en was hij een groot voorstander van de verdere integratie van de activiteiten van het Tuberculose Fonds en de KNCV.

Door zijn eigen ervaring met de ziekte was Johan een overtuigend pleitbezorger voor de aanpak van het enorme tuberculoseprobleem in Oost-Europa, Afrika en Azië. Als kind leed hij aan tuberculose en was hij lange tijd opgenomen in een sanatorium. Zoals hij zelf vertelde, verbleef hij daar tijdens die opname de eerste maanden zonder medicatie, die was er toen nog niet, en pas maanden later kreeg hij medicijnen en genas hij. Vanuit die ervaring was hij een voorbeeld voor onze donateurs.

Zijn inzet zullen we zeer missen. De strijd tegen de tuberculose zetten wij in zijn geest voort.

J.F. Broekmans, arts  
directeur KNCV Tuberculosefonds

Tijdens de eerste internationale tuberculoseconferentie in Londen wordt onder andere gepleit voor de oprichting van landelijke, overkoepelende tuberculoseorganisaties.

Op 9 mei wordt in Rotterdam het eerste consultatiebureau in Nederland opgericht. Het consultatiebureau houdt driemaal per week kosteloos spreekuur en heeft een draaibare veranda ter beschikking voor tuberculosepatiënten. Het registreert de meest voorkomende ziektegevallen, doet onderzoek op bacillen en geeft voorlichting. Daarnaast ondersteunt het bureau 'onvermogenen' en laat huisbezoek doen bij alle patiënten in observatie.

Met de oproep van de bijeenkomst in 1901 in Londen in gedachten, nemen in Nederland drie particuliere organisaties, te weten de besturen van de sanatoria in Hellendoorn en Hoog-Laren en de plaatselijke Vereeniging tot bestrijding der tuberculose in Rotterdam, het initiatief tot oprichting van een landelijke vereniging: op 27 september wordt het Nederlands centraal comité opgericht.

Het Nederlands centraal comité besluit via een poster op ruimschaal raadgevingen voor een gezonde levenswijze te verspreiden. Tevens doet ze een oproep om lid te worden van het Nederlands centraal comité en om plaatselijke verenigingen geldelijk te steunen. Vreemd genoeg wordt op de poster de ongezonde levenswijze gesymboliseerd door een geleerde die zit te studeren achter een gesloten raam met draperieën, en niet bijvoorbeeld door een krotwoning.

1901

1903

1905

**Veertig jaar NCV in een notendop**

## Pioniers van het particuliere initiatief

**Dat in Nederland niemand aan TB hoeft te sterven, lijkt nu heel gewoon. Maar de 'witte pest' gaf zich begin vorige eeuw niet zonder slag of stoot gewonnen. Het duurde twintig jaar voordat de pioniers van de NCV het gevoel hadden dat ze op de goede weg zaten, en nog eens twintig jaar voordat er een goedwerkend opsporings- en bestrijdingsapparaat was opgebouwd.**

Anno 2003 telt Nederland zo'n 1.500 TB-patiënten per jaar. Deze patiënten worden in het ziekenhuis of bij de GGD gevonden (of gediagnosticeerd) en krijgen een medicijnkuur. Als alles goed gaat, zijn zij na een half jaar genezen. Hoe anders was het een eeuw geleden. Jaarlijks stierven toen naar schatting 10.000 mensen aan TB, onder de meest erbarmelijke omstandigheden. 'Van een georganiseerde bestrijding was geen sprake', zegt Ernest Hueting, 'al waren er sinds de ontdekking van de tuberkelbacterie door Robert Koch in 1882 al wel sanatoria opgericht. De overheid zegde toe er iets aan te zullen doen, maar kwam niet in actie. Daarom besloten de besturen van de sanatoria in Hellendoorn

en Hoog-Laren en de net opgerichte Rotterdamse Vereeniging tot bestrijding der tuberculose dat het tijd was voor een particulier initiatief. Op 27 september 1903 richtten zij het Nederlandsch centraal comité op; de voorloper van KNCV Tuberculosefonds was geboren.'

### **Wantrouwen en verdeeldheid**

Hueting kent de geschiedenis van de TB-bestrijding op zijn duimpje. Tien jaar geleden schreef hij samen met Agnes Dessing het boek *Tuberculose, negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland*, ter ere van het negentigjarige bestaan van de KNCV. 'Ik was goed op de hoogte van de sociale historie in Nederland, maar wist weinig van TB, alleen maar dat

De statuten van het Nederlands centraal comité worden zodanig gewijzigd dat alle verenigingen en stichtingen die zich de tuberculosebestrijding ten doel stellen een vertegenwoordiger kunnen aanwijzen in een Raad van Bestuur, die op zijn beurt het dagelijks bestuur samenstelt. Ook wordt het lidmaatschap mogelijk voor die plaatselijke kruisverenigingen die de tuberculosebestrijding als neven doel in hun activiteiten hebben opgenomen. Het Nederlands centraal comité heet voortaan: de Nederlandse Centrale Vereeniging (NCV).

De Tweede Kamer heeft kritiek op de ondoelmatige wijze waarop de aan de tuberculosebestrijding verleende subsidie zou worden besteed. Kamerleden wensen een plan dat een doelmatige verdeling van de subsidie garandeert. De NCV wordt verzocht een dergelijk plan op te stellen. Hoogleraar Nolen presenteert tijdens een bijeenkomst van de NCV een 'Plan van bestrijding der tuberculose als volksziekte in Nederland'.



Jan van Zutphen  
(Koperen Steelen Fonds).

Onder de bezielende leiding van Jan van Zutphen komt het Koperen Stelen Fonds tot grote bloei. Achterliggende gedachte van het fonds is om leden van de Algemeene Nederlandse Diamantbewerkerbond op massale wijze de restantjes koperdraad die overblijven bij het slijpen van diamanten (de steeltjes) te laten verzamelen. Een netwerk van ongeveer 800 geld- en stelenbussen wordt opgezet en vormt de financiële basis van het fonds.

1907

1908

1909

het een infectieziekte is. Gaandeweg raakte ik erg onder de indruk van de pioniers die zo heldhaftig vochten tegen TB, terwijl hun strijd lange tijd toch weinig waardering kreeg. Onder huisartsen, bijvoorbeeld, heerste de eerste decennia veel wantrouwen tegenover de TB-bestrijders, mede ingegeven door de angst voor concurrentie en het verlies van inkomsten. Sommigen twijfelden openlijk aan het infectierisico en vonden dat het volk werd opgezaald met een overmatige 'bacillenvrees'. Andersom lieten de bestrijders zich laatdunkend uit over de huisartsen, omdat deze volgens hen niets van TB afwisten.' Maar ook intern was er verdeeldheid. Vanaf 1903 schoten de plaatselijke consultatiebureaus (CB's) als paddestoelen uit de grond. Zij konden lid worden van het Centraal Comité, maar het Rotterdamse CB bleef als enige in het comité vertegenwoordigd. 'Dat was de nieuwe CB's een doorn in het oog', zegt Hueting. 'Haarlem dreigde zelfs met de oprichting van een eigen Centrale Raad van CB's. Om dit ge-

vaar af te wenden, werden de statuten van het Centraal Comité veranderd en kreeg het een nieuwe naam: de Nederlandsche Centrale Vereeniging (NCV).'

#### Voorkomen of genezen?

De NCV herbergde zowel de sanatoria als de nieuwe plaatselijke CB's. Waar de eerste zich met name richtten op genezing van de ziekte, hamerden de laatste vooral op het belang van de profylaxe, het voorkomen van TB via voorlichting en hygiënische opvoeding. 'Die tegenstelling leidde binnen de NCV tot felle discussies over hoe TB bestreden moest worden', vertelt Hueting. 'Toen ook de Tweede Kamer zich ermee ging bemoeien – tot woede van sommige Kamerleden beperkte de overheid haar subsidie voor de particuliere organisaties tot 25.000 gulden, terwijl voor de TB-bestrijding onder de veestapel twee ton werd uitgetrokken – kwam hoogleraar Nolen in 1908 met een nieuw bestrijdingsplan waarin het voorkomen van infecties meer nadruk kreeg. De CB's moesten het publiek

op dit punt voorlichten via de inzet van huisbezoeksters, er moesten speciale TB-ziekenhuizen komen, en er waren wettelijke voorschriften nodig om het infectierisico in bijvoorbeeld scholen in te dammen.' In 1910 startte de NCV met een op-

**'Begin vorige eeuw mocht je een TB-patiënt geen hand geven; we weten nu dat dat helemaal geen kwaad kan'**

leiding tot huisbezoekster, bedoeld voor zowel gediplomeerde wijkverpleegsters als niet-gediplomeerden. Na de opleiding ging de huisbezoekster werken voor een CB of een van de kruisverenigingen die op het platteland actief waren. Hueting: 'In de cursus leerden ze alles over de tuberculosebestrijding, hygiëne, het geven van voorlichting en dergelijke. Hun adviezen aan het publiek gingen tamelijk ver: zo mocht je een TB-patiënt geen hand geven,

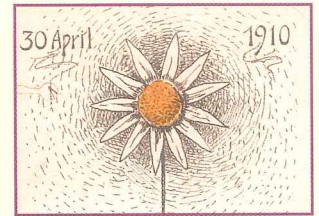
In januari begint de eerste cursus in het kader van de vakopleiding huisbezoekster. Mevrouw M.A. Sparnaay, pionierster van het georganiseerde huisbezoek in Nederland, verzorgt de praktische opleiding. Mevrouw dr. H.J. Schagen van Soelen verzorgt het theoretische gedeelte. De cursisten krijgen ook les in het bereiden van eenvoudige maaltijden aan de Haagse Huishoudschool en in de praktijk der ontsmetting. Na afloop volgt



een colloquium met een commissie uit het Dagelijks Bestuur, waarna, wanneer dit bevredigend verloopt, een diploma en een insigne worden uitgereikt.

Mevrouw M.A. Sparnaay, met om haar hals het huisbezoekstersinsigne.

De Amsterdamse koopman H.J. Roelofs wijst de NCV op een actie in Zweden, waar op 1 mei celluloid bloempjes worden verkocht ten bate van de 'lijdende menscheid'. De NCV kiest 30 april, de verjaardag van het jonge prinsesje Juliana, als collectiedag ten bate van de tuberculoselijders. De eerste collecte met celluloid bloempjes wordt in 74 gemeenten gehouden en brengt f 47.000,- op. Koningin Emma verklaart zich, op verzoek van de NCV, bereid haar naam aan het bloempje te verbinden.



Het eerste bloempje is een madeliefje met witte blaadjes en een oranje hartje.



In de brochure 'Helpt ons de tuberculose bestrijden' wordt op zeer suggestieve wijze de ellende van een kinderrijk gezin in een krotwoning uitgebeeld, waarvan de vader met longtuberculose in bed ligt. Tekening: J. Hoynk van Papendrecht.

## 1910

iets waarvan we nu weten dat het absoluut geen kwaad kan.' Als thuisverpleging mogelijk was – wat vanwege de hoge sanatoriumkosten de voorkeur had – onderwierp de huisbezoekster de patiënt en diens huisgenoten aan een streng regime van hygiënische maatregelen.

### De Hollandse kuur

Patiënten die naar het sanatorium gingen, wachtte een nog strengere behandeling. Zo schrijft Hueting in zijn boek over een student die tijdens zijn ligkuur probeert te studeren en van de geneesheer-directeur te horen krijgt: 'Je wordt alleen beter als je doodstil blijft liggen, doodstil liggen en niet denken. Vooral niet denken. Voor gewone mensen is dat al niet goed, maar voor jullie is het de pest!' 'Eigen initiatief van de patiënt werd niet op prijs gesteld', verklaart Hueting. 'Vanuit het perspectief van de sanatoria was dat begrijpelijk, want ze wilden mensen genezen. Stil liggen was geen pretje, maar had wel effect. De vermaarde longarts Bronkhorst toonde aan dat geïnfecteerde long-



Ernst Hueting.

delen, de zogeheten cavernes, spontaan konden genezen als de patiënt rust nam. Deze wijze van kuren, volgens heel strenge leefregels, werd wel de Hollandse kuur genoemd. Blijkbaar kende men dit niet in het buitenland.' Een van de mensen die Hueting voor zijn boek interviewde, vergeleek de aangetas-

te long met een nylonkous waar een ladder in zit. 'Zolang je de kous laat liggen, wordt de ladder niet groter, maar ga je er aan trekken en bewegen, dan gaat het van kwaad tot erger.'

### Fondsenwerving

Een probleem was dat de sanatoria maar een beperkt aantal mensen konden helpen. Ze namen bijvoorbeeld alleen de lichte gevallen op, omdat ernstig zieke patiënten zo lang zouden moeten kuren dat het voor hen financieel niet haalbaar was. 'Als mensen al geld hadden, dan was dat met een half jaar wel op', legt Hueting uit. 'Er waren wel fondsen waaruit ligkuren voor minder draagkrachtigen werden bekostigd, maar die waren zeker niet onuitputtelijk.' Een van die fondsen was de landelijke Emmabloemcollecte, die de NCV in 1910 naar Zweeds voorbeeld instelde en die elk jaar op 30 april, de verjaardag van prinses Juliana, werd gehouden. Bekend was ook het Koperen Stelen Fonds van de Algemeene Nederlandsche Diamantbewerkers-

Omdat er behoefte ontstaat aan een eigen vakorganisatie, richten de gediplomeerde en bezoldigde huisbezoeksters op 3 december de Bond van Tuberculose-Huisbezoeksters op. De bond treedt voor het eerst in de openbaarheid op de in Amsterdam gehouden tentoonstelling 'De Vrouw 1813-1913', ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan van de onafhankelijkheid van Nederland.

De naam Emmabloem wordt voor het eerst gebruikt.

De NCV begint met de uitgifte van het Jaarboek omdat, volgens het Dagelijks Bestuur 'bij herhaling is gebleken dat het voor de Vereenigingen groote moeilijkheid gaf, bij de steeds toenemende uitbreiding van de werkzaamheden der Centrale Vereeniging, den weg te vinden in de verschillende jaargangen van het Tijdschrift, in circulaires enz., teneinde de bepalingen en voorschriften die in den loop der jaren zijn vastgesteld, te leeren kennen.'



Het eerste Jaarboek van de NCV verschijnt.

1911

1912

bond. Hueting: 'Leden van de bond verzamelden bij diamantslijpers restjes koperdraad in 'stelenbussen'. Het koper werd verkocht.' Deze fondsen hebben een rol gespeeld tot 1941; pas toen kwam de overheid met het ziekenfondsbesluit, dat voorzorg in een basisverzekering voor minder draagkrachtige patiënten.

#### Een sociale ziekte

Geldgebrek speelde de NCV in haar begintijd danig parten. De subsidies van de overheid, zo'n twee ton per jaar (in guldens), waren een drup-

organiseren. Dit duurde tot na de Eerste Wereldoorlog. 'In de oorlog nam het aantal TB-patiënten en sterfgevallen sterk toe', zegt Hueting. 'Dit deed de kritiek op de NCV, die de jaren ervoor enigszins verstomd was, weer oplaaien. Al ten tijde van het plan-Nolen waren er artsen van sociaal-democratische huize die vonden dat de NCV haar pijlen niet alleen moest richten op het directe infectiegevaar. TB was volgens hen een sociale ziekte, die met sociale middelen moest worden bestreden. In 1918 pleitten zij wederom voor zaken als een betere woningwet, bestrijding van alcoholisme, arbeidswetgeving en een ziekteverzekering. De oorlog had immers bewezen dat een verslechtering van de sociale omstandigheden direct haar weerslag had op de TB-situatie!'

#### De overheid grijpt in

Kortom, de NCV was verdeeld. Die verdeeldheid heeft er volgens Hueting mede toe bijgedragen dat de overheid ingreep. 'Gealarmeerd door de sterke toename van TB en

geconfronteerd met een weinig doeltreffende TB-bestrijding, begon de overheid zich af te vragen welke gevolgen het zou hebben voor de economie en de concurrentiepositie met het buitenland, als de arbeidende bevolking op grote schaal door een TB-infectie getroffen werd. Er moest iets gebeuren, vond men. Als de NCV het niet deed, dan maar de overheid zelf.' Er werd een staatscommissie geïnstalleerd die opdracht kreeg te onderzoeken welke wettelijke maatregelen er nodig waren voor een meer regelend en steunend optreden van de staat op het gebied van de TB-bestrijding. Ook moest de commissie zich buigen over de vraag welke wijze van bestrijding en behandeling nu eigenlijk het effectiefst was. Veel van de commissieleden waren afkomstig uit de NCV-gelederen, waaronder de voorman van het eerste uur, Heynsius van den Berg.

De veranderde opstelling van de overheid ging gepaard met een forse verhoging van de subsidies. Rond 1920 spendeerde de overheid 1,1 miljoen gulden aan TB-bestrij-

### 'Pas sinds 1941 kent Nederland een basisziektekostenverzekering voor minder draagkrachtigen'

pel op een gloeiende plaat, en de fondsenwerving bracht bij lange na niet genoeg geld op om de bestrijding op een doeltreffende wijze te





De eerste druk van het 'Leerboek der tuberculosebestrijding' verschijnt.

In de huisbezoekverslagen van mevrouw Sparnaay vinden wij een intuïtief begrip voor de diepere achtergrond van de verschillende persoonlijke, huishoudelijke en maatschappelijke problemen. Een goed voorbeeld vindt u in het volgende verslag.

*Deze patiënte voelde zich steeds moe en toen zij daarbij begon te hoesten en op te geven, besloot de vrouw naar het consultatiebureau te gaan. Zij sprak er met haar huisdokter over, die het goed vond. De vrouw werd onderzocht en ontving de raad, 3 maal daags naar de wijk-*

*zuster te gaan, om temperatuur te laten opnemen; zij kreeg een temperatuurlijstje en een sputum-fleschje. Na 8 dagen moest zij terug komen met het door de wijkzuster ingevulde briefje en met het sputum-fleschje, dat de laatste dag door haar gebruikt moest worden. Gelukkig waren de resultaten van temperatuuroopname en sputumonderzoek nog al gunstig, zoodat er alle hoop bestond, dat na een flinke rustkuur de vrouw er wel bovenop zou komen. Bij mijn eerste bezoek trof ik de patiënte alleen thuis, geheel terneergeslagen, lusteloos met betraande oogen. "Wel vrouw C.", begon ik "wat ziet u*

# 1913

ding. Hueting: 'Dat was het begin van de omslag naar een samenhangend opsporings- en bestrijdingsbeleid, uitgevoerd door een landelijk netwerk van districtsconsultatiebureaus en kringbureaus. De opbouw van dat netwerk was een langzaam en soms moeizaam proces, dat zeker tien jaar in beslag heeft genomen.'

## 'De NCV werd in haar begintijd geplaagd door geldgebrek en interne verdeeldheid'

### De eerste bevolkingsonderzoeken

Tegelijkertijd veranderde ook de rol van de huisbezoeksters. Omdat men had geconstateerd dat de ziekte snel kon terugkeren als de patiënt zich niet in acht nam, kwam in de jaren twintig de nazorg van de grond. Nazorg was in eerste instantie een taak voor de huisbezoekster. De NCV-opleiding voor huisbezoeksters werd hierop aangepast. De sanatoria kregen steeds

meer de functie van ziekenhuis, doordat zij naast het verplegen van patiënten ook operaties gingen uitvoeren. 'Dit werd mogelijk door nieuwe operatiemethoden, zoals de collaps therapie waarbij men delen van de long liet inklappen', legt Hueting uit. 'Een andere noviteit was het röntgenonderzoek, dat zowel in sanatoria als bij de CB's sterk bijdroeg tot een snellere en betere opsporing en diagnose. In de jaren dertig, toen het mogelijk werd om röntgenfoto's op kleinbeeldfilm vast te leggen, lag deze techniek aan de basis van de eerste grote bevolkingsonderzoeken.' Directe aanleiding voor het uitvoeren van dergelijke onderzoeken vormden enkele TB-explosies onder schoolkinderen begin jaren dertig. Eind jaren dertig werden jaarlijks tienduizenden leerkrachten, bedrijfsmedewerkers en andere groepen Nederlanders 'doorgelicht'.

### Een ziekte met een happy end

Aan het eind van het gesprek staat Hueting nog even stil bij de spanningen van de NCV op het

vlak van de volksvoorlichting over TB. 'Die voorlichting was begonnen met het tijdschrift Tuberculose, dat in 1904 voor het eerst verscheen en dat vanaf 1921 *Tegen de Tuberculose* ging heten. In de periode tussen de twee wereldoorlogen kwam er een ware propagandamachine op gang. Zo bracht de NCV een groeiende reeks brochures en wandplaten uit. Vermeldenswaard is de brochure *Gezondheid is de grootste schat, met prachtige illustraties in sprekende kleuren.*' Dat de NCV met haar tijd meeding, blijkt volgens Hueting uit het feit dat de vereniging ook drie films liet maken: *Achter de wolken schijnt de zon* (1925), *Waar een wil is, is een weg* (1931) en *Wit Wint* (1939). 'Alledrie heel opvoedkundig van karakter, over TB-patiënten die genezen terugkeren van een behandeling in het sanatorium. Een happy end dus; men was er zeer op gespist dat de films geen angstgevoelens onder de bevolking mochten aanwakkeren. Een explosie van 'bacillenvrees' moest koste wat kost voorkomen worden.'

► er bedrukt uit, ik heb gebeld, ik heb geklopt, maar u hoorde mij niet, gelukkig dat de deur openstond. Mag ik een stoel nemen, ik kom eens met u praten, vindt u dat goed?"

"Och ja, juffrouw, maar 't geeft niks, of u hier komt, mijn man wil toch niet, dat ik ga liggen".

"Uw man denkt misschien alleen aan de moeilijkheden en niet aan de mogelijkheid, dat het wel te schikken zal zijn. U woont in een frissche straat, dit huisje is lief, in het voorkamertje zou u heel rustig liggen".

"Ja, 't huis is lief genoeg juffrouw, maar de huur is zwaar, f 2,25 en dan

mijn man, die op de fabriek maar 10 gulden verdient, en mijn oudste meisje is 13, die dient halve dagen en brengt 15 stuivers thuis en we zijn in een fonds, waar we alle weken bij de 2 kwartjes aan moeten betalen".

"Waar werkt uw man?" De vrouw noemde de fabriek en vertelde, welk werk haar man daar verrichtte. Ik maakte de opmerking, dat de verdiensten niet 10 maar 13 gulden bedroegen, waarop de vrouw antwoordde: "'t Kan zijn, juffrouw, maar hij geeft er 10 van af en met de rest kleedt ie zich en betaalt ie z'n scheergeld en z'n tabak en 's winters zorgt ie voor brand; hij is

niet van de kwaadsten, maar hij wil niet, dat 'k ga liggen".

"En toch moet het gebeuren vrouw C., want er is alle hoop op genezing". "U krijgt het toch niet van h'm gedaan, juffrouw; eerst had ik er ook geen zin in, maar nou 'k beter kan worden, wil ik wel gaan liggen, een mens hangt toch aan 't leven. De dokter gaf nog al hoop, maar daar wilde mijn man niet eens naar luisteren. O! als ik vertelde wat ie allemaal gezegd heeft".

"Neen, dat moet u voor u houden, vrouw C., vertel mij liever het een en ander van uw kinderen; zijn zij allen gezond?"

1913

De TB-huisbezoekster moest van alle markten thuis zijn

## Een sturende hand en een luisterend oor

Het huisbezoek heeft altijd een belangrijke rol gespeeld in de TB-bestrijding. De huisbezoekster moest van alle markten thuis zijn. Uiteraard beschikte zij over de nodige medische kennis, maar ze wist ook alles over de bestrijding en de hygiënische maatregelen die nodig waren om infectie te voorkomen. 'Het allerbelangrijkste was misschien wel dat je je moest kunnen inleven in de patiënt en een luisterend oor had voor de problemen en het verdriet', zegt oud-huisbezoekster Jo Koeslag.

Jo Koeslag (88) begon tijdens de Tweede Wereldoorlog als wijkverpleegster in Oude Pekela en maakte daar een explosie van TB mee. 'Al tijdens mijn opleiding fascineerde deze ziekte me, maar ik had er toch voor gekozen om als allround wijkverpleegster ervaring op te doen. Na die explosie wist ik echter zeker dat mijn hart bij de TB-bestrijding lag.' In 1946 trok ze naar Hilversum, waar ze tot 1970 huisbezoekster was in dienst van de plaatselijke vereniging voor TB-bestrijding. De opleiding tot huisbezoekster, die de NCV al sinds 1910 verzorgde, heeft ze nooit gevolgd. 'In de tijd dat ik de opleiding wijkverpleegkunde deed, was TB-bestrijding al een verplicht examenonderdeel.'

### Kuren, maar waar?

De taak van de huisbezoekster begon op het moment dat het consultatiebureau (CB) bij een doorverwezen patiënt TB vaststelde. 'Ik ging dan op bezoek om de patiënt te vertellen dat hij moest gaan kuren', zegt Koeslag. 'De CB-arts had dat ook al verteld, maar veel patiënten waren zo dizzy door het nieuws dat ze TB hadden, dat het meeste van wat de arts zei langs hen heen ging.' Was de patiënt eenmaal over de schok heen, dan volgde de vraag: hoe moet er gekuurd worden? Eén mogelijkheid was opname in een sanatorium, maar de wachtlijsten waren lang. 'Soms was een patiënt al beter op het moment dat hij aan de beurt was. Dus ik keek eerst of ie

► “Ja juffrouw, 2 zijn er nou naar school en mijn meisje van 13 jaar is in haar dienst, maar die zei gisteren ook al: ik kom niet thuis, ik heb het in mijn dienst te veel naar mijn zin. Ze zijn allemaal tegen me, maar ik lach ze uit; en ik heb vandaag geen eten voor ze gekookt; ze moeten 't nou maar met een boterham doen”.

“Dat zal de stemming van manlief ook niet verbeteren; hij komt zeker om 12 uur thuis; nog 10 minuten, dus kan ik hem wel opwachten; laten we onderwijl over het voorkamertje spreken, hoe dat in orde moet gemaakt worden”.

“Ja, dat weet ik wel, juffrouw; 't karpert

op en alle snuisterijen en pronkjes er uit, en dan schoonmaken, maar 't zal wel niet gebeuren met zo'n stijfkop van een man, al zou 'k nou gaan huilen en 't op de zenuwen krijgen, hij laat zich toch niet overhalen”.

“Dat vind ik juist flink van uw man; velen laten zich met tranen en flauwvallen om de tuin leiden, in plaats van te denken: als mijn vrouw zulke middelen moet gebruiken, om wat van mij gedaan te krijgen, dan heeft zij er zeker geen recht op. Er zijn in alle standen meisjes en vrouwen, die met al die kunstmiddeltjes van: lief-schijnen, tranen, het op de zenuwen krijgen, flauw-

vallen, trachten de mannen om hun vinger te winden, doe daaraan niet mee. Wij vrouwen moeten ons werk goed doen, onze plichten nauwgezet vervullen en dan mogen wij eischen, dat de mannen vriendelijk en goed voor ons zijn. Wanneer een getrouwde vrouw zorgt, 's morgens het eerste op te zijn, om voor haar man een warm kopje drinken gereed te maken en zijn boterhammenzakje te vullen, en daarna flink aan het werk tigt, de kinderen frisch wascht, bedden afhaalt, woonkamer, keuken en gangetje schoonmaakt en met zorg het eten kookt, zoodat haar man bij zijn thuiskomst alles ►



Jo Koeslag.

mand thuis kon kuren. Was er een geschikte ruimte in huis, was er een bed? Net na de oorlog hadden de mensen gebrek aan allerlei goederen, zoals lakens en dekens en soms zelfs bedden. Die zaken werden door het CB beschikbaar gesteld. Verder vertelde ik wat men moest doen om infectie van huisgenoten te voorkomen. De regels waren streng. Alles wat de patiënt gebruikte moest bijvoorbeeld apart gehouden worden: borden, bekens, bestek, noem maar op. Als men die instructies

goed opvolgde, kwamen er doorgaans geen nieuwe infecties bij.’

Was de patiënt kostwinner, dan kon dat een flink gat slaan in de huishoudportemonnee. Koeslag lichtte daarom ook altijd de financiën door. ‘Ik herinner me een taxichauffeur die een heel laag loon had en eigenlijk van zijn foaien leefde. Toen hij ziek werd, had hij nog maar 80% van zijn loon, veel te weinig. Door mijn goede contacten bij de afdeling Sociale Zaken kon ik voor elkaar krijgen dat zo'n man een TB-toeslag kreeg van vijf gulden per week.’

### Vertrouwenspersoon

Thuisverpleging was niet altijd mogelijk of wenselijk. De patiënt moest dan toch naar een sanatorium. Dat kon voor het gezin een financiële aderlating betekenen. Koeslag: ‘Het ziekenfonds vergoedde namelijk niet alle kosten. In Hilversum bood Sociale Zaken de mogelijkheid om een aanvullende verzekering af te sluiten, zodat men 100% verzekerd was. Dat regelde ik vaak voor de patiënten.’ Veel patiënten ervoeren de kuur in het sanato-

rium als een beproeving. Koeslag had goede contacten met sanatorium Zonnegloren in Soest. ‘Ik werd soms door familie gebeld of ik langs wilde komen omdat een patiënt weg wilde. Dan ging ik erheen om die persoon tot andere gedachten te brengen. Voor veel patiënten was ik een vertrouwenspersoon, de enige met wie ze over hun ziekte konden praten.’ Zoals die strenggelovige patiënt die net ontslagen was uit het sanatorium, maar bij controle toch nog ziek bleek. ‘Ik kwam hem vertellen dat een operatie nodig was. Het huis zat vol visite, hij was zoveel jaar getrouwd. Hij heeft niemand iets verteld, maar toen hij naar het ziekenhuis kwam, zei hij: “Ik voel dat ik niet door de operatie heen kom; ik kan niet geloven dat God liefde is.” Ik weet niet waarom, maar ik zei: “U zult vandaag nog weten dat het zo is.” Hij haalde het inderdaad niet en toen ik 's middags bij zijn vrouw thuis kwam om het nieuws te brengen, was het eerste wat ze zei: “En toch is God liefde.” Dat greep me aan, ik vond het heel frappant.’

► knap en in orde vindt, dan is het goed. Na een gezellig middagmaal gaat hij dan tevreden heen en heeft de vrouw weer al de tijd voor het omwasschen van het vaatwerk, voor haar wasch en voor het naaiwerk; 's avonds wacht zij haar man vriendelijk op; nu, dan zullen de meesten liever thuis blijven bij vrouw en kinderen dan in de kroeg hun zuur verdiende geld verteren en zich ziek maken door slechte drank en ongezonde tabaks- en menschenlucht. Wordt een brave huisvrouw ziek en moet zij rust nemen, dan schikt zoo'n man er zich in, omdat hij alle redenen heeft, om zijn vrouw lief te hebben".

"U kunt wel gelijk hebben, juffrouw, maar kwaad ben ik toch nooit voor mijn man geweest; 't is maar zelden dat 'k geen eten kook".

"Nu, dan zal het wel in orde komen; blijft u nu maar hier, dan wacht ik uw man in het voorkamertje op".

Nauwelijks stond ik voor het raam, of ik zag de 2 jongens binnen gaan en kort daarop stond de man voor de deur. Ik deed open, en vroeg hem, even in het voorkamertje te komen wat de man blijkbaar nog al vreemd vond.

Ik vertelde hem, wie ik was en dat de doktoren hoop hadden, dat zijn vrouw door een flinke rustkuur weer in orde

zou komen; ik legde hem verder uit, dat het best geschikt kon worden. Het voorkamertje is frisch, zijn dochttertje kon voor eenige tijd thuis werken en hij had misschien wel een familielid, die met het eten koken en de wasch een handje kon helpen; ik zou daar dan naar toe gaan om het vriendelijk te vragen.

Maar de man schudde zijn hoofd en zei: "Denkt u maar niet, juffrouw, dat die vrouw van mij zal blijven liggen, daar is ze veel te druk en te zenuwachtig voor". Toen ik hem daarop meedeelde, dat zijn vrouw bereid was, om te gaan liggen en dat ik wel zorgen zou, ►

## 1913

### Koffie met zeepsop

Koeslag werd ook een keer gebeld door de dochter van een patiënt die die ochtend geopereerd moest worden. 'Ze zei: "Pa wil niet. Kunt u komen praten, want naar u luistert hij wel." Ik heb twee uur als Brugman zitten praten en toen zijn we samen naar het ziekenhuis gegaan.' De huisbezoekster ging meestal mee de operatiekamer in, om de patiënt emotioneel te steunen. 'Het was niet niks voor een patiënt om een deel van de longen te moeten missen. Door mijn aanwezigheid waren ze minder zenuwachtig: dokter kon hun dan geen kwaad doen, dat idee zat erachter.' Vond ze het niet moeilijk dat er zo'n emotioneel beroep op haar gedaan werd? 'Soms wel, maar het is ook heel mooi als mensen hun hart bij je uitstorten. Je moet wel oppassen dat je de problemen en het verdriet niet mee naar huis neemt 's avonds. Dat kostte me in het begin wel moeite.'

Koeslag is ervan overtuigd dat haar inlevingsvermogen ervoor zorgde dat ze haar werk goed kon doen. 'Je moet in dit werk gespitst zijn op ge-

voeligheden. Sommige huisbezoeksters weigerden bijvoorbeeld een kop koffie te drinken bij een patiënt. Die dacht dan: "Zuster is zeker vies van ons!" Dat was natuurlijk niet erg bevorderlijk voor de verstandhouding. Ik heb zelfs wel eens een kop koffie gedronken waar de zeepsopresten nog inzaten, alleen omdat ik die vrouw niet voor het hoofd wilde stoten. Dan zet je gewoon even je tanden op elkaar.'

### Van de pliesie?

Het opsporen van de bron van een infectie behoorde ook tot de taak van de huisbezoekster. Voor de bronopsporing was contactonderzoek nodig onder familie, vrienden en kennissen van de patiënt. Koeslag: 'Zo'n tuberculineonderzoek kon zeer intens en omvangrijk zijn. Ik heb bijvoorbeeld heel wat scholen moeten bezoeken om onderzoek te doen onder alle schoolgenoten van een patiënt.' Ze vertelt een vermakelijk verhaal over de kinderen van een oude 'asociale' man die rochelend bij het CB binnenliep. 'Hij had TB en ik moest naar zijn huis om het gezin

op te roepen naar het CB te komen. Zijn zoon deed open, de deur op een kier. "Ben je van de pliesie?" Toen ik uitlegde wat ik kwam doen, liet hij me binnen: "Komter dan maar in."

### 'De regels waren streng, alles wat de patiënt gebruikte moest apart gehouden worden'

Toen alle kinderen volgens afspraak bij het CB kwamen opdagen, zeiden ze: "We komme langs omdat zuster hep gevraagd of we hier klant wille worde."

Is ze zelf nooit bang geweest om TB op te lopen? 'Nee, want ik was als kind al positief. Mijn vader was hoofd van een school en een van de leraressen woonde bij ons in. Zij had TB en heeft alle kinderen geïnfecteerd. Mijn zusje is nog geopereerd aan niertuberculose. Ik had dus antistoffen, en misschien is dat wel mijn geluk geweest.' 📖

► dat zijn vrouw bleef liggen, antwoordde de man: "Het kan toch niet gaan, juffrouw; dat meisje verdient nou al haar boterham en elke week 15 stuivers, en dan familie over de vloer, daar heb ik een broertje aan dood; ze komen wanneer ze willen en gaan weg wanneer 't hun goeddunkt en ik en mijn kinderen lijen gebrek".

"Je zult je alleen wat moeten schikken C. Als je vrouw dood was, zou je dat toch ook moeten doen; wat wel kan als iemand op het kerkhof ligt, moet ook kunnen, als zoo iemand door een paar maanden volkomen rust er weer bovenop kan komen. Als een man van zijn

vrouw houdt, dan heeft hij dat gaarne voor haar over. Blijft uw vrouw aan het werk, dan bestaat er alle vrees, dat zij geheel bedlegerig wordt en dan is uw leed niet te overzien; want zoo'n ziekbed kan jaren in plaats van maanden duren".

"Aan dat beter worden hecht ik toch niet veel geloof, juffrouw".

"Dat komt, omdat er moeilijkheden mee gepaard gaan. Wezenlijk C., wij menschen redeneeren altijd wel zoo'n beetje in ons eigen voordeel, voor ons eigen gemak. Kom, u moet mij maar eens vrijheid van handelen geven, dan bespreek ik alles met uw vrouw en zul-

len wij zorgen, dat u er niet te veel onder lijdt; want ik begrijp heel goed, dat een man, die van 's morgens 6-12 en van 's middags 1.30-7 uur aan het werk is, graag een beetje gemak heeft na die werkuren. Geef mij nu eens een goed antwoord".

"Schikt u het dan maar zooals u het hebben wilt, juffrouw".

"Dank u wel C. en nu zult u wel vriendelijk tegen uw vrouw zijn, dat is allemaal bevorderlijk voor haar genezing. Uw vrouw is een beetje verdrietig; het is ook niet alles voor een huisvrouw, de huishouding over te geven en eenige weken te gaan liggen. Zij was van mor-

**'We hebben niet voor niets gevochten, er is veel goed werk verzet'**

## Sociaal-verpleegkundigen in de TB-bestrijding

**In de strijd tegen TB werken in Nederland artsen, verpleegkundigen, medisch-technische medewerkers, tuberculinetams, sanatoria, afdelingen TB, inspecteurs, overheden en natuurlijk KNCV Tuberculosefonds zij aan zij, met maar één doel voor ogen: de uiteindelijke eliminatie van TB. Leny Hellinga heeft in haar werk als adjunct-inspecteur met vrijwel alle geledingen TB-bestrijding nauw contact gehad, vooral met sociaal-verpleegkundigen.**

Hellinga was ruim dertig jaar betrokken bij de TB-bestrijding, van 1954 tot en met 1985. De eerste tien jaar zat ze bij TNO, waar ze als verpleegkundige onder dokter Bleiker tuberculineonderzoek deed. 'Elke twee maanden onderzochten we een lichter rekruten voor het Nederlandse leger, maar we kwamen ook bij bedrijven, scholen, kindertehuizen en later discotheken. In januari 1965 kwam ik bij de hoofdinspectie van het ministerie van Volksgezondheid, als verpleegkundige adjunct-inspecteur bij de afdeling TB-bestrijding.'

### **Van sanatorium tot ambulante zorg**

In die functie had Hellinga veel contact met de sociaal-verpleegkun-

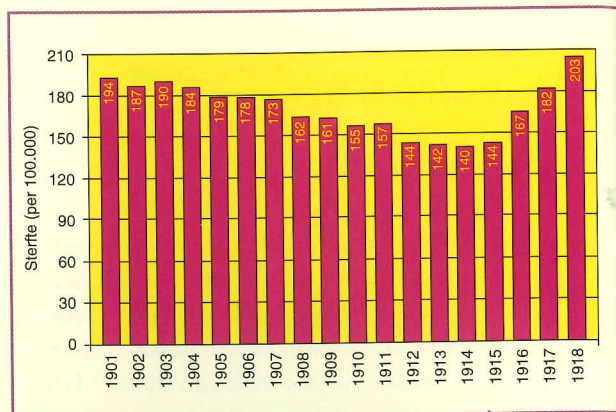
digen die de TB-patiënt en de gezinsleden moesten begeleiden. 'In de begintijd, toen patiënten nog naar het sanatorium gingen om te kuren, ging het vooral om de begeleiding van het thuisfront. Omdat opname zo duur was, moesten gezinnen vaak bijgestaan worden met kleding, voedsel en dergelijke. Was de patiënt eenmaal uit het sanatorium ontslagen, dan kreeg de sociaal-verpleegkundige er de nazorg voor de patiënt bij. Ze moest in de gaten houden of deze zich goed bleef voelen. Zo niet, dan was onderzoek nodig. Dat gebeurde op het consultatiebureau.'

Toen de ambulante behandeling in zwang raakte, kregen sociaal-verpleegkundigen meer aandacht voor

► gen zoo van streek, dat het eten koken er bij ingeschoten is; daar zegt u nu maar niets van; wij, gezonde mensen, moeten het verstandigst zijn". C. begreep mij best, hij lachte even en met een hartelijke handdruk nam ik afscheid, om 's middags weer te verschijnen, ten einde met de vrouw te be-raadslagen. 🍷

Tijdens de Eerste Wereldoorlog neemt de sterfte aan tuberculose in alle lagen van de bevolking sterk toe: van 140 per 100.000 inwoners in 1914 tot 203 in 1918. Algemeen wordt een combinatie van slechte voeding, slechte hygiëne, een benarde woningsituatie en de oorlogsstress als oorzaak aangewezen. Vooral in de grote steden was de situatie dramatisch. Opvallend was de grotere sterfte onder vrouwen. Er kwam kritiek op de NCV: die zou zich in de bestrijding van TB te passief opstellen. Na veel discussie werd een staatscommissie ingesteld en besloot de overheid een actievere rol te gaan spelen.

Tuberculose sterftecijfers (per 100.000), Nederland, 1901-1918.



## 1914-1918

de patiënt. Hellinga: 'Ze moesten er bijvoorbeeld op toezien dat mensen hun medicijnen bleven innemen. Veel patiënten gingen zich na verloop van tijd beter voelen en wilden stoppen met slikken, maar het afmaken van de kuur was absoluut nodig om helemaal beter te worden en om resistentie te voorkomen.' De overgang van sanatoriumbehandeling naar ambulante verpleging verliep overigens niet geruisloos. 'Het was voor de sociaal-verpleegkundigen een hele omslag', aldus Hellinga. 'Ze moesten wennen aan het feit dat ze minder aandacht hoefden te geven aan de gezinnen van patiënten, en dat begeleiding van de patiënt nu centraal stond. Het sanatoriumbezoek liep terug, in plaats daarvan kwamen er medicijnen; dat was compleet nieuw. Er werd dus een andere manier van zorg geven verwacht, en dat moesten de sociaal-verpleegkundigen gaandeweg onder de knie krijgen.'

### Contactonderzoek

Sociaal-verpleegkundigen regelden ook de contactonderzoeken, waarin



Leny Hellinga.

mensen in de naaste omgeving van de patiënt op TB werden getest. 'Dat was een hele organisatie', zegt Hellinga, 'want de contacten zaten soms door het hele land verspreid. Gelukkig was er een uitstekend netwerk van consultatiebureaus die het tuberculineonderzoek in de eigen regio konden uitvoeren en aan elkaar rapporteerden. Het onderzoek gebeurde volgens het 'ringprincipe'. Eerst onderzochten we de gezinsleden, de eerste ring. Werd daar geen TB gevonden, dan had verder onderzoek bij de familie of op het

werk geen zin. Zo konden we overbodig onderzoek vermijden.'

Hellinga was belast met het toezicht op de tuberculinetams en verzorgde zelf ook de opleiding van de teamleden. 'Voor de betrouwbaarheid van de resultaten uit het tuberculineonderzoek is het heel belangrijk dat er volgens standaardmethoden gewerkt wordt. Die standaardwerkwijze leerden de teams in de opleiding.'

### Eigenaardig publiek

Hellinga had soms ook te maken met degenen die de tuberculineonderzoeken moesten ondergaan, of met mensen in hun omgeving. De reactie van het publiek was wel eens wat moeilijk te doorgronden. 'Ik herinner me dat er ergens een TB-explosie was en dat het consultatiebureau bij me klaagde over een man die zich doorlopend met het onderzoek bemoeide. Ze werden er helemaal tureluurs van. Op een goede dag kreeg ik telefoon: was het die man met een heel verhaal dat alles anders moest, dat er niets klopte van de organisatie. Ik wilde hem

In een indringende vergadering legt de NCV verantwoording af over de gevolgde koers. Er wordt een commissie ingesteld die de samenstelling en de organisatie van de NCV gaat onderzoeken. De NCV doet een dringend beroep op de overheid om haar passieve houding te laten varen en vraagt de jaarlijkse rijkssubsidie van f 160.000,- te verhogen.

Op 23 juli wordt de Staatscommissie op tuberculose geïnstalleerd. Daarmee wordt tot uitdrukking gebracht dat de strijd tegen de tuberculose op een bredere basis en met een grotere intensiteit wordt gevoerd. De Staatscommissie richt zich op mogelijke wettelijke maatregelen en op de wijzen van bestrijding. Daartoe worden vier subcommissies ingesteld die zich respectievelijk gaan richten op de directe bestrijding, op de indirecte bestrijding, op de behandeling en op de wettelijke maatregelen. De jaarlijkse subsidie aan de NCV wordt verhoogd naar f 220.000,-.



### Tonen vol van dood

*O! T.B.C., wat hebt ge al niet misdreven!  
Hoe heftig haalt uw gifstof door het leven heen!  
Gij vreet maar voort door harde en weeke deelen,  
stijft de gewrichten, boort door merg en been.  
dan stort ge uw bend', van machtig booze machten,  
in 's levens vochten, drijft de ziel uit 't bloed,  
en sloopt met koortsgloed hoopvol jonge krachten,  
'k Vloek u, o, T.B.C. uit vol gemoed!  
Bah, T.B.C., ik wil u diep verachten:  
wat sluipt gij sluw door onze woonstee, foei!  
Lang ligt uw haardvuur, smeulend stil te wachten  
in top van 't borstgewelf, waar zachte luchtstroom woei;  
dan ruischt er scherpe tocht door hooge toren,  
een ruw gereutel door een holle goot;  
en als de hamerslag zijn klank laat hooren,  
klinkt het gedempt in tonen vol van dood.*

(Dr. V. te Z., Voorjaarsklanken, Utrecht 1917, p. 19)

## 1917

uitleggen dat dat voor buitenstaanders wat lastig te beoordelen is, maar de lijn werd opeens heel slecht. Ik zei: "Ik bel u zo terug", en legde neer. Toen ik hem weer belde, zei hij: "Eindelijk iemand die me aandacht geeft." Hij legde neer en ik heb nooit meer iets van hem gehoord. Heel eigenaardig, die beste man had gewoon behoefte aan aandacht.'

### 'KNCV Tuberculosefonds heeft altijd veel bijgedragen aan onze strijd tegen TB'

#### Vruchtbare samenwerking

Hellinga stond ook in contact met de TB-artsen bij de consultatiebureaus. Welk beeld heeft zij van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen? 'Over het algemeen verliep dat heel goed. De meeste artsen waardeerden de inbreng van de verpleegkundige. Natuurlijk, het was een andere tijd,

zeker toen ik net begon bij het ministerie. Artsen konden op hun strepen gaan staan, met zo'n houding van: "Ik als arts weet toch wel wat het beste is voor de patiënt." Dat gaf soms aanleiding tot wrijving. Maar als er een conflict was tussen arts en verpleegkundige kwam dat meestal toch doordat het op het persoonlijke vlak niet boterde. Artsen vroegen mij wel eens om met de verpleegkundige in kwestie te praten.'

De samenwerking met de KNCV heeft ze altijd als zeer vruchtbaar ervaren. Zo uit ze haar waardering voor het werk van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding, die zich onder meer sterk heeft gemaakt voor de uniformiteit in het beleid en de uitvoering van het tuberculineonderzoek. 'Maar ook financieel heeft de KNCV veel bijgedragen. In de jaren vijftig en zestig moesten medewerkers met 55 jaar al met pensioen. De pensioenen waren, mede door die lage pensioenleeftijd, nogal schamel, en dat was voor velen een zure appel na zoveel jaren trouwe dienst. De

KNCV is toen ingesprongen en heeft een afvloeiingsregeling gefinancierd.'

#### Alert blijven

De afname van TB in die tijd bracht sommigen ertoe te pleiten voor ontmanteling van het bestrijdingsapparaat. Plaatsvervangend hoofdinspecteur Van Geuns verzette zich daar heftig tegen en waarschuwde juist voor een al te drastische inkrimping. Hellinga: 'Huisartsen stelden steeds minder vaak de diagnose TB, omdat ze de ziekteverschijnselen niet herkenden. Patiënten kwamen daardoor pas maanden later bij het consultatiebureau. Bij de inspectie hielden wij de cijfers over dit zogeheten 'doctor's delay' en 'patient's delay' bij in een kaartstelsel. Met die gegevens in de hand konden we aantonen dat alertheid nog steeds geboden was. Van Geuns had een scherpe blik: het werk is nog steeds nodig, dat blijkt wel uit de stijgende TB-cijfers onder buitenlanders en asielzoekers in ons land. We hebben niet voor niets gevochten, er is veel goed werk verzet.'



Het tijdschrift *Tuberculose* heet voortaan *Tegen de Tuberculose*.

De NCV richt KINABU (Kinderen Naar Buiten) op, een stichting ter bevordering van ondersteuning van kinderen uit arme gezinnen.

De eerste rijksinspectrice TB-bestrijding gaat aan het werk.

De in 1917 geïnstalleerde Staatscommissie publiceert haar eindrapport. Deze commissie wordt, vanwege het grote aandeel van haar secretaris, de Amsterdamse consultatiebureau-arts Heynsius van den Berg, ook wel de commissie Heynsius van den Berg genoemd. De commissie doet een reeks van aanbevelingen betreffende de behandeling en directe en indirecte bestrijding van tuberculose.

1919

1921

1922

**Matthijs Bleiker, de man achter de Mantoux-test**

# Tuberculineonderzoek onder Nederlandse rekruten

Wie zich verdiept in de geschiedenis van de KNCV, komt al snel de naam Matthijs Bleiker tegen. Deze bevlogen tuberculosearts was maar liefst vijftig jaar lang verbonden aan KNCV Tuberculosefonds, onder meer als directeur en bestuursvoorzitter. Met zijn tuberculineonderzoek onder rekruten in het Nederlandse leger verrichtte hij baanbrekend werk.

Zijn eerste confrontatie met het fenomeen 'infectieziekte' was in 1949, vlak na het behalen van zijn doctoraal geneeskunde. 'Ik was assistent van een scheepsarts op een schip vol soldaten die vanuit Indonesië huiswaarts keerden. Na twaalf dagen op zee werden er drie ernstig ziek: pokken. Ze bleken niet ingeënt.' Of deze gebeurtenis zijn verdere loopbaan blijvend heeft beïnvloed, laat Bleiker in het midden, maar eenmaal terug op de wal besloot hij zich na zijn studie te wijden aan de bestrijding van een andere dodelijke ziekte: tuberculose.

## Wildgroei aan keuringen

Voor een TB-arts was het een boeiende periode. Door de komst

van grote bevolkingsonderzoeken, nauwkeuriger opsporingsmethoden en vooral door de nieuwe medicijnen kwam de TB-bestrijding in een stroomversnelling. 'Eigenlijk stamden die onderzoeken al van voor de oorlog', herinnert Bleiker zich. 'Toen voerde professor Burger van Philips reeds bedrijfskeuringen uit, waarbij natuurlijk nieuw ontwikkelde röntgenapparatuur gebruikt werd. Dit leidde in 1939 tot de oprichting van het Centraal Bureau voor Keuringen op Medisch-hygiënisch gebied. Na de oorlog gingen ook consultatiebureaus keuringen doen; elke provincie had wel een röntgenbus rondrijden. In een poging de wildgroei in te dammen richtte de NCV in 1948 een eigen coördinerend Bureau voor





Het rapport van de commissie Heynsius van den Berg dwingt het bestuur van de NCV tot aanpassing van de opleiding tot huisbezoekster. Naast de cursus van elf maanden tot specifiek huisbezoekster komt er een cursus van acht maanden om (wijk)verpleegsters op te leiden tot huisbezoeksters.

De voorlichtingsfilm 'Achter de wolken schijnt de zon' schetst de teeloorgang van een arbeidersgezin, waarvan de vader, een thuiswerkende schoenmaker in dienst van een baas, TB krijgt. De titel van de film wordt door de arts J.A. Putto, die ook de redactie van het blad Tegen de Tuberculose voert, verklaard: 'Zwaar hingen in den beginne de wolken neer; er was nog wel een zon, maar de zonnestrallen wilden niet doorbreken (...) Langzaam maar zeker is de hemel opgeklaard en diep dringt de overtuiging tot den schoenmaker door, eene overtuiging die iedere zieke, iedere tuberculoselijder in zich moet voelen, namelijk dat achter de wolken de zon schijnt, die op een gegeven ogenblik haar weldoende stralen zal uitgieten over allen en alles.'

In de jaren twintig komen nazorgcomités in zwang. De nazorg, in de vorm van arbeidstherapie, richt zich op herstellende patiënten zowel in sanatoria als in de steden. Doel is niet alleen de ledigheid tijdens de ziekte te bestrijden, maar ook de overstap naar werk gemakkelijker te maken. In 1925 wordt daartoe het Centraal Comité van Nazorg-Organisaties opgericht. De NCV heeft zitting in dit Comité.

## 1923

het Bevolkingsonderzoek op. De Wet op het Bevolkingsonderzoek uit 1951 bracht uiteindelijk de gewenste orde en samenwerking.'

'Ongericht massaonderzoek werd in de loop der jaren echter minder zinvol', vervolgt Bleiker. 'In het begin werden veel infecties opgespoord, maar na een paar jaar stopte dat. De periode tussen onderzoeken was ook te lang, iemand kon makkelijk open TB ontwikkelen en anderen infecteren.'

### Tuberculineonderzoek

Na zijn studie ging Bleiker in 1953 in militaire dienst. Daar kreeg hij de opdracht om een onderzoek te doen naar het ontwikkelen van de beste methode om TB in het leger te beteugelen. 'Ik trad toe tot de werkgroep tuberculineonderzoek TNO, die het onderzoek uitvoerde in opdracht van de Gezondheidsraad. Het uiteindelijke doel was om te bepalen of BCG-vaccinatie voor de hele bevolking gewenst was. Zo ja, dan zouden alleen mensen die geen antistoffen hadden en – zo dachten we toen nog – dus meer gevaar lie-

## 1925

pen om ziek te worden, een vaccinatie krijgen. Het onderzoek vond plaats onder rekruten, omdat het leger een extra kwetsbare groep was. Denk maar aan het feit dat ze met velen op één slaapzaal lagen. Donker en warm: ideaal voor de tuberkelbacterie.'

### Uniforme werkwijze

De aanwezigheid van een doorgemaakte infectie is te meten met een Mantoux-test, waarbij een kleine hoeveelheid extract van dode bacteriën, tuberculine, in de huid van de linkerarm wordt gespoten. Het is Bleikers verdienste dat hij met zijn jarenlange werk onder rekruten (40.000 controles per jaar!) een internationale standaardisatie van de Mantoux-test heeft bewerkstelligd. 'Het is belangrijk om in tuberculineonderzoek een uniforme werkwijze te hanteren, op alle fronten: de wijze van doseren, de plaats op de huid waar de injectie wordt gegeven, het aflezen en interpreteren van de reactie. Ook moet de tuberculine gestandaardiseerd zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie WHO heeft des-



Matthijs Bleiker.

tijds het Staatsseruminstituut in Kopenhagen opdracht gegeven om deze tuberculine te maken. Ze produceerden 750 gram gereinigd tuberculine (RT23); van die voorraad gebruiken we nu nog steeds.'

Van een BCG-vaccinatie is het overigens nooit gekomen. Een positief neveneffect van het onderzoek was dat de TB in het leger in korte tijd al met de helft afnam. 'Zodra een nieuwe lichtung binnenkwam, werd van iedere rekrut een röntgenfoto gemaakt en bekeken, nog voordat hij de slaapzaal op mocht. Infecties



'Lieve lezers, lezeressen,  
Als u naar de stembus gaat  
En u ziet een lieve dame,  
Die daar met een mandje staat,  
Zeg dan niet: Wéér een collecte!  
Zeg dan niet: Ik doe niet mee  
Laat uw stem niet blanco wezen;  
Stem dan tegen – T.B.C.

Lezeressen, als u daar dat  
Kleine Emma-bloempje ziet,  
Toe, tast even in uw taschje,  
Zóóveel tijd kost u dat niet.  
Zegt niet: 't Kleurt niet bij mijn mantel  
Lezeressen, zegt niet: "Nee",  
Zelfs al vloekt de bloem bij 't hoedje  
Denkt eens aan de T.B.C.

Lezers, als u op dien Woensdag  
Haastig naar de stembus gaat,  
Doet dan g'rust een duit in 't zakje,  
Pap eens even aan op straat.  
'n Zachte vrouwenhand geeft bloemen,  
Is dat niet een fijn idee?  
't Lieve lachje mag u houden,  
't Geld is voor de T.B.C.'

(Bussumsche Courant, 1927)

De NCV brengt de brochure 'Gezondheid is de grootste schat' uit. Deze brochure bevat tal van raadgevingen over de verzorging van zuigelingen en kinderen, informeert over de eerste verschijnselen van tuberculose, wijst op het belang van reinheid en vroegtijdig medisch onderzoek, en waarschuwt tegen spuwen en alcoholisme.



Op 15 augustus wordt de aantekening wijkverpleegster wettelijk beschermd. De tuberculosebestrijding is een facultatief onderdeel van het leerprogramma en de NCV raakt haar zeggenschap over de opleiding tot huisbezoekster kwijt.

## 1927

pikten we er zo uit. Daardoor was het leger nog veiliger dan de burgermaatschappij. Vaccineren bleek overbodig.'

### Disco-infecties

De Mantoux-test speelde een belangrijke rol bij twee methodes die werden ontwikkeld door de befaamde longarts Van Geuns: de gerichte bronopsporing en het contactonderzoek volgens het 'ringprincipe'. De eerste methode houdt in dat, uitgaande van een geïnfecteerd persoon, via contactonderzoek wordt gezocht naar de bron van de infectie. De tweede methode werkt net andersom, daar is de bron van de infectie het uitgangspunt. Bleiker: 'Het ringprincipe houdt in dat je de relaties met andere mensen in een aantal cirkels kunt indelen. De binnenste cirkel is het gezin, de tweede cirkel zijn de vrienden en verwanten, de derde het werk, enzovoort. Je bekijkt eerst de binnenste cirkel: als de kinderen in een gezin bacterievrij zijn, heeft het weinig zin om in de andere cirkels verder te zoeken omdat daar de kans op infectie

kleiner is. Is er wel een infectie, dan betrek je de volgende cirkel erbij.' Gerichte opsporing van recentelijk geïnfecteerde personen werd veel toegepast bij TB-explosies, maar door de opkomst van de disco in de jaren zestig werd dat steeds lastiger. 'Jongeren zwermden uit, dus het gezin als binnenste cirkel was niet meer zo'n betrouwbare indicator. Daar komt bij dat TB in die donkere en vochtige disco's goed gedijt. We kregen te maken met 'disco-infecties'; daar gingen we dan grootschalig tuberculineonderzoek doen.' Bleiker prijst de solidaire opstelling van de disco-eigenaren. 'Ik herinner me bijvoorbeeld dat alle disco's in een bepaalde gemeente meededen aan zo'n onderzoek, terwijl maar in één ervan een infectie was geconstateerd. Dat was om te voorkomen dat die ene disco schade zou ondervinden door het wegblijven van klanten.'

### Liever lantarenpalen

Als bestuursvoorzitter van de KNCV kreeg Bleiker eind jaren zeventig te maken met een ingrijpende her-

structurering van het TB-bestrijdingapparaat. De overheid stelde een 'toekomstcommissie' in die moest onderzoeken hoe het bestaande landelijke netwerk het beste kon worden veiliggesteld: via integratie in de kruisverenigingen óf in de GGD'en. De commissie koos voor dat laatste. 'Vanaf dat moment werd financiering een probleem, omdat de overheidssubsidie via het Gemeentefonds werd verdeeld en niet meer via een subsidie aan de provinciale en grootstedelijke verenigingen', zegt Bleiker. 'Zo kwam het voor dat gemeenten zeiden: "Wij hebben hier geen TB, we kopen voor dat geld liever lantarenpalen." Een hellend vlak: voor je het weet, ben je ook je kennis en expertise over TB kwijt. Je moet er geld insteken om dat op peil te houden, ook al ben je TB-vrij. Het behoort dan ook tot de taak van KNCV Tuberculosefonds als kenniscentrum om, samen met de overheid, ervoor te blijven zorgen dat een solide netwerk van hoogwaardige TB-bestrijding ter beschikking van de bevolking in al zijn geledingen blijft functioneren.'

## 1929

De tweede Nederlandse tuberculosefilm 'Waar een wil is, is een weg', een echte speelfilm met beroepsacteurs, wordt in opdracht van de NCV vervaardigd. De film speelt zich af in een Amsterdamse volksbuurt. In een van de daar wonende arbeidersgezinnen is de vader net aan tuberculose overleden. Ook dochter Elsje blijkt door deze ziekte getroffen. Doordat zij echter in het sanatorium haar kuur kan afmaken, geneest zij, terwijl broer Karel door een onverstandige levenswijze uiteindelijk bezwijkt aan tuberculose.

Dr. Burger, hoofd bedrijfsgeneeskundige dienst bij Philips, voert de eerste tuberculoscreening onder het personeel uit. De uitkomst van dat onderzoek leidt tot meer actieve opsporing van TB en de wens van een onafhankelijk doorlichtingsbureau.

Er komt één Geneeskundige Inspectie voor de tuberculosebestrijding, andere besmettelijke ziekten, de bestrijding van geslachtsziekten en de hygiëne van het kind.

De tuberculosebestrijding begint vruchten af te werpen. De tuberculosesterfte neemt af en de overheid besluit de subsidie – inmiddels opgelopen tot f 1.300.000,- per jaar – vanwege de economische malaise jaarlijks te verminderen. De NCV pleit voor 'dijkbewaking', maar gaat niet in op een oproep van de leden een landelijk congres te organiseren ter verkrijging van een breed draagvlak.

De NCV benoemt een propagandacommissie ter bevordering van de belangstelling voor de tuberculosebestrijding. Alom pleit men voor particulier initiatief nu de overheid zich terugtrekt.

1931

1932

## Vijftig jaar Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding

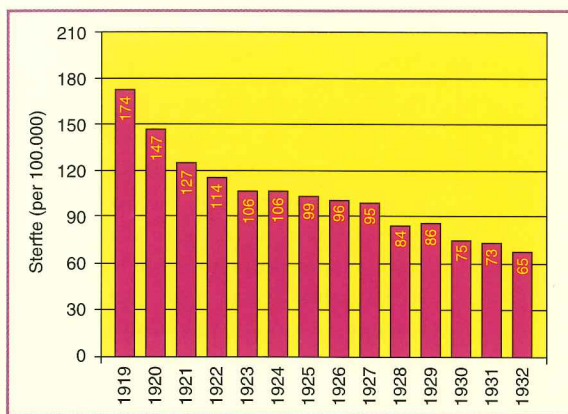
# Pioniers in het uitzetten van landelijk beleid

**2003 is een dubbel jubileumjaar. Niet alleen KNCV Tuberculosefonds viert zijn verjaardag, maar ook de aan de vereniging verbonden Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT). De CPT is de jongste van de twee: op 8 mei bestond zij vijftig jaar. Ze werd destijds opgericht, omdat binnen de NCV behoefte was aan een commissie die de dagelijkse praktijkproblemen rond de tuberculosebestrijding in Nederland het hoofd kon bieden.**

Vandaar de P in de afkorting', zegt Ank Schepp. 'In het begin was het een kleine club van wijze mannen, kopstukken uit de TB-wereld. Nu heeft de commissie tussen de 80 en 90 leden. We zijn enorm gegroeid, en ook de samenstelling is in de loop der jaren drastisch veranderd.' Schepp besloot in 1984 om haar praktijkervaring als tuberculosearts en directeur van het Haagse consultatiebureau in dienst te stellen van de CPT. Zij werd lid van de commissie en bracht het 5 jaar later tot voorzitter, een functie die ze in 2001 weer verruilde voor het gewone lidmaatschap. In een vraaggesprek licht ze de rol van de CPT in de tuberculosebestrijding toe.

### Wie hebben er zitting in de CPT?

'We zijn een brede organisatie, met vertegenwoordigers uit diverse disciplines die allemaal bij de TB-bestrijding betrokken zijn. Alle GGD-artsen met TB als specialisme zitten bijvoorbeeld in de CPT, maar ook afvaardigingen van verpleegkundigen, van longartsen uit de ziekenhuizen, en van microbiologen. Daarnaast hebben consulenten van KNCV Tuberculosefonds zitting in de commissie en, als adviserend lid, de geneeskundig inspecteur TB-bestrijding. Soms schuiven ook vertegenwoordigers van andere disciplines aan de vergadertafel aan. Laatst waren dat bijvoorbeeld reumatologen, omdat bleek dat reumapatiënten meer dan gemiddeld tuberculose



Tuberculose sterftecijfers (per 100.000), Nederland, 1919-1932.

De NCV weet compensatie te krijgen uit het Phrophylaxe-fonds van de Ziektewet. De gevolgen van de subsidievermindering treffen met name de sanatoria. De economische malaise wordt ook gevoeld door de Em-mabloem-collecte. De rijkssubsidie wordt weer op het oude niveau van f 1.300.000,- gebracht.

Nederland wordt opgeschrikt door grote TB-explosies op twee scholen, in Friesland en op Terschelling. In beide gevallen is een onderwijzer de bron.

## 1932

krijgen als ze een bepaald geneesmiddel gebruiken.'

### Hoe zou u de CPT in essentie omschrijven?

'Ondanks de P is de CPT toch voor alles een beleidsorgaan. We zijn de laatste jaren steeds meer beleid gaan ontwikkelen en doen er veel aan om dat beleid een goede wetenschappelijke onderbouwing te geven. Dat het beleid vooropstaat is eigenlijk heel logisch, want je kunt pas tot een goede praktische uitwerking komen als je eerst met zijn allen consensus hebt over je uitgangspunten. Het unieke van de CPT is dat het gaat om landelijk beleid. Wat dat betreft zijn we pioniers in de gezondheidszorg, want andere specialismen zijn veel later begonnen met het opstellen van landelijke protocollen over hoe te handelen in bepaalde gevallen of bij bepaalde doelgroepen.'

'Een van onze belangrijkste taken is ervoor te zorgen dat gezondheidswerkers en – zeker zo belangrijk – patiënten erop kunnen vertrouwen dat beleid en aanpak van TB in Ne-



Ank Schepp.

derland uniform zijn. Dat was 50 jaar geleden al een hoofdtaak voor de CPT, en nu nog steeds. Concreet betekent dit: als bij iemand in bijvoorbeeld Purmerend TB wordt geconstateerd en er is contactonderzoek nodig bij familie in Zaanstad en Maastricht, dan moeten alle familieleden een gelijke benadering en behandeling krijgen. Gebeurt dit niet, dan zijn verwarring en onzekerheid troef. Bovendien is de bestrijding dan niet in orde. Evenzeer

## 1933

is uniformiteit een must bij tuberculineonderzoeken. Het is belangrijk om daar goed beleid op te maken. De integratie van de consultatiebureaus in de GGD'en, begin jaren '80, heeft bijvoorbeeld sterk bijgedragen tot meer uniformiteit en een bredere inbedding van de TB-bestrijding in de gezondheidszorg.'

### Kunt u een voorbeeld noemen van actueel CPT-beleid?

'Een onderwerp dat de laatste jaren sterk speelt, is de asielzoekersproblematiek. Een groot aantal asielzoekers komt uit landen waar tuberculose veel voorkomt. Het is zaak om dit goed in kaart te brengen. De CPT is daarvoor het aangewezen orgaan, met veel informanten in het veld zoals artsen en verpleegkundigen. Een van onze wapenfeiten op dit vlak is ons rapport 'Beleid ten aanzien van risicogroepen in Nederland', dat in 1995 uitkwam. Daarin analyseren we wat de kenmerken van een risicogroep zijn, en welke risicogroepen te onderscheiden zijn. Dat wil zeggen: op dit moment, want wat vandaag een risicogroep is, hoeft dat



Op 1 januari treedt de Wet tot bescherming van leerlingen tegen besmettelijke ziekten (lees: tuberculose) van personeel aan onderwijsinrichtingen in werking.

Minister Romme richt het Centraal Bureau voor Keuringen op Medisch-hygiënisch gebied op.

De NCV brengt de tuberculosefilm 'Wit wint' uit. De film benadrukt aan de hand van een enigszins dramatisch liefdesverhaal het belang van contactonderzoek en een goede (hoest)hygiëne.

## 1935

over 5 jaar niet meer te zijn. Dat is de dynamiek van TB. Van Geuns, toentertijd plaatsvervangend hoofdinspecteur voor TB bij Volksgezondheid, had ook al eens een typering van risicogroepen op een A4'tje gezet, maar hoe hij tot die typering kwam was onduidelijk. Daarom deden we het zelf nog eens. Frappant is dat we op dezelfde typering uitkwamen. Zo zie je maar dat iedere generatie TB-bestrijders haar eigen waarheden moet zoeken, vinden en vaststellen.'

'Ook over het probleem van de multiresistentie hebben we een beleidsrapport geschreven, in samenwerking met de Gezondheidsraad. Een ander actueel voorbeeld zijn de recente ontwikkelingen rond de problematiek van de dubbelinfectie met TB en HIV. Tot voor kort was HIV dodelijk, maar nu blijven veel HIV-patiënten langer in leven. Dat vraagt om aangepast beleid.'

### Welk aspect van het CPT-voorzitterschap sprak u bijzonder aan?

'De uitdaging om steeds weer iedereen op één lijn te krijgen en een be-

## 1939

sluit te nemen over het te volgen landelijke beleid. Dat kon knap lastig zijn, maar ook spannend. Overigens was het een nog grotere uitdaging om vervolgens consensus te bereiken over de uitvoering. Iedereen vult de praktijk toch anders in. Dat is tot op zekere hoogte niet erg: het is goed dat er een protocol is voor bijvoorbeeld het contactonderzoek, maar je moet wel zelf blijven nadenken en eigen accenten kunnen leggen. Wat me ook boeit aan het werk bij de CPT is dat er constant beweging is, je bent nooit klaar. Veel onderwerpen komen om de zoveel tijd terug – buitenlanders, HIV, tuberculineonderzoek – maar steeds met een nieuwe invalshoek.'

### Hoe is de verhouding tussen KNCV Tuberculosefonds en de CPT?

'Dat we een onderdeel zijn van KNCV Tuberculosefonds is historisch zo gegroeid, en dat functioneert uitstekend. Onlangs is er in de verhouding wel iets veranderd. KNCV Tuberculosefonds heeft sinds november 2002 een Raad van Toezicht; de voorzitter van de CPT

heeft zitting in die raad. Voorheen was hun directeur, Jaap Broekmans, secretaris van de CPT. Nu wordt die functie vervuld door een van hun arts-consulenten. Sommigen pleiten voor een onafhankelijker opstelling van de CPT en vinden dat we ons moeten losmaken van KNCV Tuberculosefonds. Ook zijn wel stemmen opgegaan om de CPT onder te brengen bij de GGD. Ik zie daar geen noodzaak toe, aangezien onze band met KNCV Tuberculosefonds op geen enkele manier een probleem vormt. Belangrijk is vooral dat de CPT een nationaal beleidsorgaan is en blijft. Afsplitsing zou zelfs betekenen dat de CPT haar internationale kijk op TB kwijtraakt. KNCV Tuberculosefonds bezit namelijk veel expertise op het internationale vlak, en die heeft de GGD bijvoorbeeld niet. Bovendien maakt de CPT gebruik van het onderzoek dat de onderzoekseenheid van KNCV Tuberculosefonds in het veld uitvoert. Die gegevens zijn voor ons werk onmisbaar. Het zou heel contraproductief zijn als die inhoudelijke samenwerking werd losgelaten.'

Na jaren van daling neemt de TB-sterfte in het eerste oorlogsjaar weer toe. Ook het aantal infecties loopt sterk op. De oorzaken zijn, net als in de Eerste Wereldoorlog, slechte voeding, hygiëne, huisvesting en de grote psychische druk. In het begin van de oorlog kunnen de consultatiebureaus nog redelijk functioneren.

De Duitse bezetters kondigen het Ziekenfondsbeluit af: ziekenfondsen zijn voortaan verplicht de kosten van verpleging te vergoeden. Dat betekent een lichtpuntje in de strijd tegen de explosieve groei van tuberculosepatiënten. Bovendien beginnen zij met de bestrijding van rundertuberculose door besmet vee af te voeren naar Duitsland en het pasteuriseren van melk verplicht te stellen.

De slechte economische situatie in de dertiger jaren heeft tot triest gevolg dat veel huisbezoeksters de contributie voor de Nederlandse Bond voor Huisbezoeksters niet meer op kunnen brengen. Het ledental daalt dramatisch en de bond wordt opgeheven.

1940

1941

1942

Nederland als lichtend voorbeeld van de vooruitgang

## KNCV heeft hoofdrol in de internationale TB-bestrijding

**KNCV Tuberculosefonds heeft van oudsher nauwe banden met de 'International Union Against Tuberculosis and Lung Disease' in Parijs. In de jaren zestig van de vorige eeuw leverde de KNCV een belangrijke bijdrage aan twee van hun projecten: de oprichting en ontwikkeling van de 'Tuberculosis Surveillance Research Unit' en de ontwikkeling van het 'Mutual Assistance Programme'.**

**N**adat Robert Koch in 1882 de tuberkelbacil had ontdekt, bonden de geïndustrialiseerde landen de strijd aan met TB. In eerste instantie gebeurde dit op nationaal niveau. Het duurde echter niet lang voor er ook internationale initiatieven opkwamen. Een belangrijke stap was de oprichting in 1920 van de 'International Union Against Tuberculosis' (IUAT), tegenwoordig bekend als de 'International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD). In de Union, zoals de IUATLD in de wandelgangen vaak wordt aangeduid – op z'n Frans, wel te verstaan – werken meer dan 130 nationale vrijwilligersorganisaties op het gebied van TB-bestrijding en regeringen van een groot aantal landen samen aan

één gemeenschappelijk streven: de uiteindelijke eliminatie van TB. De 'Tuberculosis Surveillance Research Unit' (TSRU) en het 'Mutual Assistance Programme' (MAP) vormen daarin belangrijke schakels.

### Epidemiologisch onderzoek

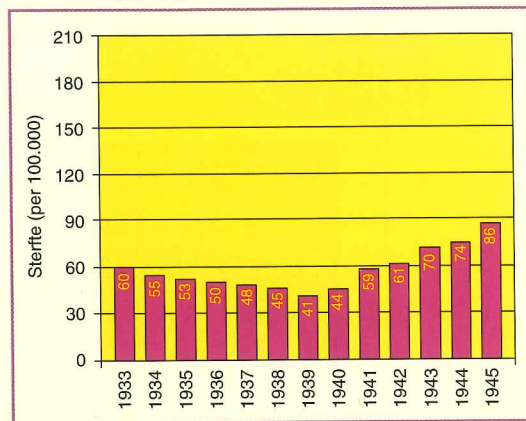
'De TSRU werd opgericht uit bezorgdheid over het gebrek aan betrouwbare epidemiologische data en aan epidemiologisch onderzoek over TB', zegt Annik Rouillon, voormalig directeur van de Union. 'Directe aanleiding was de vraag van John Meijer, toenmalig directeur van de KNCV, aan een groepje experts om hun visie te geven op de toekomst van het Nederlandse bestrijdingsprogramma. Welke maatregelen



De NCV publiceert de brochure 'De strijd van meester zonneshijn', die speciaal op 'thuiskuurders' is gericht. Doel van de brochure is de patiënt te leren hoe men thuis kan kuren zonder de huisgenoten te besmetten. Ook wordt benadrukt hoe belangrijk het is om zich – ook thuis – strikt aan de kuurregels te houden.

In de hongerwinter van 1944-1945 komt de TB-bestrijding nagenoeg stil te liggen. Aan het einde van de oorlog is het aantal slachtoffers verdubbeld ten opzichte van 1939.

Tuberculose sterftecijfers (per 100.000), Nederland, 1933-1945.



## 1943

moest men verder nemen nu TB in Nederland al zover was teruggedrongen, en hoe kon dat zo kostenefficiënt mogelijk gedaan worden? Deze vraag bleek niet te beantwoorden, omdat epidemiologische kennis over TB en de infectierisico's ontbrak. Alleen onderzoek naar de effectiviteit van de tot dan toe gehanteerde maatregelen kon uitsluitsel geven. Dit onderzoek zou als basis moeten dienen voor de verdere bestrijding in landen met weinig TB, maar ook voor de bestrijding in landen met hoge patiëntenaantallen. Belangrijk hierbij was dat de laatstgenoemde landen zouden kunnen leren van de fouten in het westen, zodat dure, ineffectieve maatregelen voorkomen konden worden.'

In eerste instantie namen, naast de IUATLD en de WHO, vier landen deel aan de TSRU: Nederland, Canada, Noorwegen en Tsjecho-Slowakije. Later voegden zich hier Zweden, Frankrijk, Japan, Finland, Duitsland en Zwitserland bij, nog later gevolgd door Algerije, Korea en Tanzania. Recente nieuwe leden zijn China en Vietnam.

## 1945

### Jaarlijks infectierisico

De TSRU-leden ontmoeten elkaar eens in de 12 tot 18 maanden om ervaringen uit te wisselen. Een aantal landen is steeds verantwoordelijk voor het vaststellen van de agenda. Naast de deelnemende landen zijn een vertegenwoordiger van de Union, van het WHO-hoofdkantoor en van KNCV Tuberculosefonds aanwezig. 'Al vanaf het begin ondersteunt de KNCV de TSRU, zowel financieel als door het beschikbaar stellen van een werkplek en het voeren van de administratie', legt Rouillon uit. 'Tegenwoordig is de KNCV ook manager van de TSRU; voor die taak krijgt zij een vergoeding van de deelnemende landen.' De kracht van de TSRU is volgens Rouillon het informele karakter en de lichte structuur, die maakt dat de kosten beperkt blijven. Maar boven alles de vele belangwekkende resultaten die de TSRU inmiddels op zijn naam heeft staan, zoals het begrip 'jaarlijks infectierisico'. Dit is een door Karel Styblo ontwikkelde epidemiologische index voor TB-trends in een bepaalde regio of ge-

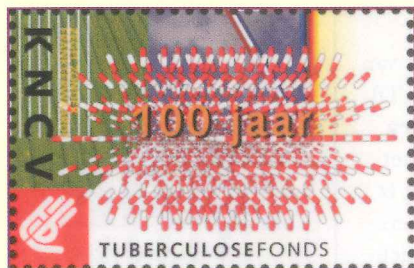
meenschap. Met de index meet je de mate van transmissie van de bacterie binnen die regio of gemeenschap, zodat je een goede inschatting kunt maken van het aantal geïnfecteerde personen en, dus, van het aantal toekomstige patiënten. De index is algemeen geaccepteerd als de beste methode voor het vaststellen van de ziektelast. De methode van datacollectie is door dr. Matthijs Bleiker, voormalig directeur van de KNCV, binnen het International Tuberculosis Surveillance Centre' gestandaardiseerd.

### Zorg om de patiënt

Het succes van de TSRU is volgens Rouillon grotendeels toe te schrijven aan de gedrevenheid en het niet aflatende enthousiasme van dr. Styblo, de Tsjechische epidemioloog die in de jaren zestig naar Nederland kwam en bij de KNCV onderzoek vond om zijn baanbrekende TB-onderzoek uit te voeren. 'Styblo was vanaf de oprichting tot aan zijn dood onderzoeksdirecteur van de TSRU. Ik heb het voorrecht gehad ruim twee decennia met hem te



J. van den Berg, geboren in 1936 te Kampen, werd in 1946 ziek. De diagnose luidde: buiktuberculose. Na een ziekenhuisopname van drie maanden werd hij, in afwachting van een plaats in een sanatorium, naar huis gestuurd.



*'Naderhand heb ik begrepen, dat men mij min of meer had opgegeven en mijn ouders hebben toen nog een foto van mij laten maken, dit als een eventuele herinnering. Tien maanden lang lag ik in de "voorkamer" en zag het leven van ach-*

*ter het raam en kon me op den duur eigenlijk niet meer voorstellen, dat ik ooit nog eens zou spelen met de jongens in de straat. Ik las veel en kan mij o.a. nog herinneren dat ik het boek "Peerke en zijn kameraden" van de schrijver W.G. van der Hulst stukgelezen heb, omdat ik mijzelf vereenzelvigde met het zieke jongetje uit het boek die ook de hele dag voor het raam lag.' Eindelijk kwam er een plaats vrij in sanatorium Sonnevand in Harderwijk: 'Op 18 februari 1947, de vlaggen hingen uit vanwege het feit dat prinses Marijke geboren was, gingen we op pad in een grote zwarte Ford van de*

## 1946

mogen samenwerken. Een zeer intelligente man, moedig en bijzonder vasthoudend. Zijn ideeën over TB stonden soms haaks op de gangbare inzichten, maar dat weerhield hem er niet van om de wereld van zijn gelijk te blijven overtuigen. En altijd was de zorg om het welzijn van de individuele patiënt zijn drijfveer. Die persoonlijke invalshoek zie je niet vaak bij wetenschappelijke onderzoekers.'

Styblo speelde ook een sleutelrol in de ontwikkeling van het Mutual Assistance Programme (MAP), een IUATLD-project dat in 1961 van start ging. Ook dit project heeft de KNCV altijd van harte ondersteund, aanvankelijk onder aanvoering van achtereenvolgens wijlen John Meijer, wijlen Herman van Geuns en dr. Bleiker en tegenwoordig onder leiding van Jaap Broekmans en zijn team van TB-specialisten en veldwerkers. Doel van het MAP is het delen van kennis en ervaring door het bieden van technische en materiële ondersteuning aan landen met een hoge TB-ziektelast. 'Het belangrijkste wapenfeit in het kader van



Annik Rouillon.

dit programma is zonder twijfel de invoering van de DOTS-methode midden jaren '80, aldus Rouillon. 'Deze strategie, wetenschappelijk en operationeel ontwikkeld door Styblo, bleek niet alleen doeltreffend in termen van genezing, maar ook bijzonder kostenefficiënt.'

### Nationale wil

In de periode tot de invoering van DOTS richtte het MAP zich alleen op ondersteuning van bestaande nationale programma's door particu-

liere organisaties. Op vrijwel elk continent werden wel projecten ondersteund, maar al snel bleek dat er enorm veel geld nodig was om deze projecten naar de gewenste, landelijk dekkende schaal te tillen. Rouillon: 'We ontvingen weliswaar grote donaties van onder meer Canada (495.000 dollar) en de KNCV (200.000 dollar), maar zonder de betrokkenheid van de regeringen van de betreffende landen konden we het niet bolwerken. We besloten daarom een andere koers te varen en ook rechtstreeks ondersteuning te bieden aan regeringen. We werden daarbij geholpen door het feit dat het werk van de TSRU vruchten begon af te werpen. Nieuwe inzichten wonnen snel terrein: zo bleek BCG-vaccinatie niet te voldoen als middel voor het terugdringen van de ziektelast, maar de DOTS-strategie wél. Bovendien zochten steeds meer derdewereldlanden samenwerking met de Union. Na een succesvolle proef met DOTS in Tanzania begonnen we de methode ook in andere landen in het nationale TB-bestrijdingsprogramma te imple-



► familie Blokker, eigenaar van het City Theater te Kampen en de enige mensen die wij kenden die een auto bezaten. Overigens heel aardige mensen die zelf aanboden mij te vervoeren. Het werd een tocht om nooit te vergeten. De sneeuw lag op sommige plekken meters hoog. Met schoppen moesten we ons soms een doorgang banen. Het duurde zodoende uren voordat we het sanatorium midden in de bossen bereikten'. In het sanatorium kwam hij op een zaal met tien andere jongens: 'De oudere jongens leerden ons dingen, waar ik voor die tijd geen weet van had. Zo zong ik, tijdens de visite van

dokter met de hoofdzuster, uit volle borst "En in Amsterdam, in Amsterdam daar wonen zoveel hoeren", zonder enig idee te hebben wat dat betekende. Ook zongen we versjes als "Hoe lang zal het nog duren, hoelang zal 't nog zijn. Dat wij hier moeten kuren, voordat wij beter zijn".'

Na ontslag uit het sanatorium ging Jopie van den Berg om aan te sterken nog voor zes weken naar vakantiekolonie 'De Reggeberg' te Hellendoorn:

'Het regime was daar zo streng, dat ik heel wat middagen op mijn bed moest liggen, alleen maar om het feit dat ik mijn melk niet had opgedronken of



mijn bord niet had leeggegeten. Ik heb toen eenmaal bezoek gehad van mijn ouders en die voelden toen wel aan, dat ik het niet naar mijn zin had. Maar ik was te trots, of te eigenwijs om te zeggen dat ik eerder naar huis wilde, zodat ik de beker tot op de bodem heb geleefd.'

menteren. Landen die wilden meedoen, kregen steun in de vorm van microscopen, geneesmiddelen, trainingen en dergelijke. Echter op één voorwaarde: dat er een nationale wil was om er ook echt een succes van te maken.' In het jaar 2002 ontvingen 57 landen een of andere vorm van steun via het MAP, en de afgelopen 10 jaar werden meer dan 1 miljoen patiënten behandeld. Zo bestrijkt het project in Tanzania bijvoorbeeld 30.000 patiënten.

Tegenwoordig beschikt het MAP over ruime financiële middelen. De circa 13 miljoen (!) euro die de Union jaarlijks ontvangt, komen van onder meer Canada, Noorwegen, de Franse en Zwitserse overheid, de Conrad Hilton Foundation, de Gates Foundation, de Centers for Disease Control and Prevention, KNCV Tuberculosefonds en de Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA). 'Die laatste club is van USAID', zegt Rouillon. 'Ook daarvan doet KNCV het management; daaruit kun je afleiden dat de internationale gemeenschap enorm veel respect heeft voor de KNCV.'

### TB-bestrijding is goedkoop

De TSRU en het MAP zijn volgens Rouillon de twee meest spectaculaire en succesvolle projecten in de internationale strijd tegen TB. De rol van KNCV Tuberculosefonds in beide vindt ze prijzenswaardig. 'Zowel qua creatieve bijdrage als qua menskracht en geld heeft de KNCV veel voor deze projecten betekend. Als land is Nederland bovendien een lichtend voorbeeld van hoe belangrijk de projecten zijn geweest voor de vooruitgang in de TB-bestrijding. Toen onderzoek van de TSRU uitwees dat grote bevolkingsonderzoeken met behulp van röntgenfoto's in landen met weinig TB helemaal geen zin hebben, had Nederland de moed om te stoppen met dergelijke maatregelen, tegen de heersende, ouderwetse opvattingen in.'

De kennis die de TSRU en het MAP hebben opgeleverd, is ook van groot belang voor het verbeteren van de gezondheidszorg in de derdewereldlanden. Voor TB is dat heel concreet, omdat de hele wereld nu de beschikking heeft over

de DOTS-strategie. Rouillon: 'Maar de DOTS-strategie kan in de toekomst wellicht ook dienen als voorbeeld voor andere ziekten, zoals HIV/ aids, malaria of zelfs kanker en reuma.' Maar misschien wel het belangrijkste effect van de TSRU en het MAP is de vaststelling dat het niet noodzakelijkerwijs vreselijk duur hoeft te zijn om een ingrijpende ziekte als TB succesvol te bestrijden, zelfs niet in landen met een zeer laag per-capita-inkomen. 'De kosten van een DOTS-behandeling liggen ongeveer een factor tien lager dan bijvoorbeeld die van een behandeling tegen uitdroging of mazelen', rekent Rouillon voor. 'Omdat de kosten-batenanalyse van het DOTS-programma zo positief uitvalt, hebben veel regeringen en organisaties als de WHO, de Wereldbank en het United Nations Development Program het aangedurfd om er structureel geld in te steken. Gelukkig maar, want we weten uit ervaring hoe frustrerend het is om boordevol plannen te zitten, die je niet kunt uitvoeren omdat je geen geld hebt.'

De NCV richt een eigen Bureau voor het Bevolkingsonderzoek op en ontvangt een gift van f 125.000,- van de Stichting Nederlands Volksherstel voor de aanschaf van enkele mobiele röntgen-camera's.

De Ongevallenwet wordt zodanig aangepast dat tuberculose voor werkers in de gezondheidszorg als beroepsziekte wordt gezien.

In september wordt op Rotterdams initiatief de Stichting voor Tuberculosehuisbezoeksters opgericht. Vrijwel tegelijkertijd ziet de werkgroep 'Het contact', bestaande uit hoofdhuisbezoeksters, het licht.



De KNCV brengt haar eerste sluitzegel uit.

1948

1949

1950

**'KNCV Tuberculosefonds heeft altijd voorop gelopen in de internationale TB-bestrijding'**

## Van 'geldschieter' tot gerenommeerd instituut

**Sinds dr. Styblo in Nederland zijn pionierswerk begon, heeft KNCV Tuberculosefonds gestreden voor een internationale aanpak van de tuberculose. En zolang TB de wereld niet uit is, zal die strijd voortgaan. 'Eigenlijk staan we nog aan het begin', meent KNCV-directeur Jaap Broekmans.**

Als ambassadeur voor KNCV Tuberculosefonds vliegt Jaap Broekmans (56) de hele wereld rond. Zo'n vijftig dagen per jaar zit hij in het buitenland, nu eens voor een 'meeting' met vertegenwoordigers van internationale tuberculosebestrijdingsorganisaties, dan weer voor een bezoek aan een eigen project. Waar hij ook komt, wijst hij op het belang van een wereldwijde strijd tegen de tuberculose. Want zonder een internationaal georganiseerde aanpak zal het volgens hem niet lukken om de ziekte de wereld uit te helpen. 'Wereldwijd is TB nog niet onder controle; in veel ontwikkelingslan-

den is het een echte volksziekte. Het heeft lang geduurd voordat belangrijke organisaties als de Wereldbank en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ervan doordrongen raakten dat er iets gedaan moest worden. Pas in 1993 verklaarde de WHO TB tot een mondiale ramp. En zelfs toen kwam de bestrijding nog maar langzaam op gang. Echt goed op weg zijn we pas sinds 2000, toen de twintig zwaarst getroffen landen in Amsterdam bijeenkwamen en een gezamenlijke intentieverklaring ondertekenden om de strijd met TB aan te binden.'

De Gezondheidsorganisatie TNO richt de werkgroep Tuberculineonderzoek op. Het doel van het tuberculineonderzoek is om op grond van een huidreactie na te gaan of een onderzocht persoon ooit in zijn leven besmet is geweest met tuberkelbacteriën. Met het gestandaardiseerde uitvoeren van tuberculineonderzoek wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan de nationale en internationale tuberculos surveillance.

Door een gecombineerde toediening van isonicotinezuurhydrazide (INH), streptomycine en para-amino-salisylzuur (PAS) wordt resistentiegevaar tot een minimum beperkt en is vrijwel elke vorm van tuberculose te genezen.

De Nederlandse rundveestapel wordt verplicht op tuberculose gecontroleerd.

Naar aanleiding van ernstige complicaties bij orale toediening van het BCG-vaccin raadt de Gezondheidsraad het invoeren van massale BCG-vaccinatie af.



## 1951

### Styblo's meestercoup

Broekmans vindt het een gemiste kans dat een mondiale aanpak zo lang op zich heeft laten wachten. 'De aids-epidemie die grote delen van de wereld in zijn greep houdt, maakt een effectieve TB-bestrijding nu veel moeilijker dan twintig, dertig jaar geleden. Als de denkbeelden van dr. Styblo eerder erkenning hadden gekregen, zou het er een stuk beter voorstaan.' Styblo

### 'Door de toename van aids wordt de roep om een nieuwe internationale TB-bestrijdingsstrategie steeds sterker'

was een Tsjechische arts, die in de jaren zestig naar Nederland kwam en hier baanbrekend werk verrichtte. Begin jaren tachtig ontwikkelde hij met geld van KNCV Tuberculosefonds de succesvolle DOTS-me-



Jaap Broekmans.

thode, nu dé standaard behandel-methode voor TB.

'Styblo was een bijzonder mens en een groot epidemioloog', zegt Broekmans. 'Hij legde de belangrijkste basis voor onze internationale inspanningen. Hij vond het antwoord op de vraag waardoor de Europese aanpak van na de oorlog succes had. TB

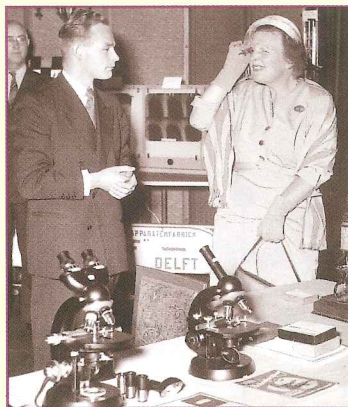
## 1952

kwam hier steeds minder voor, maar eigenlijk wist niemand precies waardoor dat kwam. Styblo bewees dat de ziekte werd teruggedrongen door de genezing van de infectieuze patiënt, en bijvoorbeeld niet door verbetering van de leefomstandigheden. Op basis van dit inzicht ontwikkelde hij eerst een methode om voor een specifieke bevolkingsgroep, regio of land het jaarlijkse infectierisico te bepalen, en later ontwikkelde hij DOTS. Daarmee pleegde hij een meestercoup, maar helaas werd dat niet door iedereen (h)erkend. In TB-kringen was Styblo een tijdlang controversieel, en vond men hem eigen-gereid. Dat was hij ook; gelukkig maar, want anders was de internationale TB-bestrijding nooit van de grond gekomen.'

### Op de bres voor DOTS

Met financiële steun van KNCV Tuberculosefonds kon Styblo zijn methode uittesten in een proefproject in Tanzania, en later ook Vietnam. Toen Broekmans in 1987 in dienst trad, begonnen deze projecten net vruchten af te werpen. In de jaren

De NCV besluit tot de oprichting van een commissie voor het dagelijks werk van de tuberculosebestrijding. Op 8 mei wordt de Commissie voor Practische Tuberculosebestrijding, beter bekend als de CPT, geïnstalleerd. Bij de oprichting bestaat de commissie uit een voorzitter, een secretaris en zeven leden, onder wie vier consultatiebureau-artsen, twee sanatoriumdirecteuren en de medisch adviseur van de Nationale Sanatorium Verzekering (NSV).



Koningin Juliana bij de tentoonstelling ter gelegenheid van 50 jaar NCV.

Het 50-jarig bestaan van de NCV wordt gevierd met een groot Nationaal Congres in de Haagse Dierentuin. Bij die gelegenheid verleent koningin Juliana het predikaat 'Koninklijke' en sindsdien heet de NCV Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose, afgekort KNCV.

## 1953

die volgden, werden ze uitgebreid tot een werkend systeem van TB-bestrijding. 'Het werden zeer omvangrijke en arbeidsintensieve projecten', zegt Broekmans. 'Neem

### **'Styblo bewees dat de ziekte werd teruggedrongen door de genezing van de infectueuze patiënt'**

Vietnam, een enorm land met 75 miljoen mensen. Jaarlijks komen er 50.000 patiënten bij, verspreid over 10.000 dorpen en dorpjes. Het is een enorme klus om die op te sporen, dat vereist een hele goede logistiek en een enorm gemotiveerde inzet van de lokale gezondheidswerkers. Ze zitten soms weken achtereenvolgend in de bergen, onder primitieve omstandigheden. Ook de behandeling van patiënten is arbeidsintensief. De arts krijgt de patiënt tijdens een periode van een half jaar wel zestig tot tachtig keer

op controle, in het begin dagelijks.' Naast deze 'eigen' projecten ging KNCV Tuberculosefonds ook meer en meer technische ondersteuning bieden aan bestaande projecten in andere landen. Niet alleen door deze te financieren, maar ook door een deel van de uitvoering voor zijn rekening te nemen. Voorbeelden hiervan zijn een project in Kenia en een groot project van de Wereldbank in China.

Een belangrijke mijlpaal in die periode was de erkenning en financiële steun van het ministerie van Ontwikkelingssamenwerking in 1990. De echte erkenning voor Styblo kwam in 1991, met de lancering van het 'Global Program Against TB'. Daarin werden doelen vastgesteld voor opsporing en genezing op basis van zijn methode. Broekmans: 'De benaming DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) ontstond overigens twee jaar later, toen de WHO over TB de noodtoestand uitriep. Vanaf dat moment begon DOTS zich langzaam over de wereld te verbreiden, onder meer in projecten die we zelf gingen opzet-

ten en beheren, zoals in Malawi, Gambia en Sulawesi. In de tweede helft van de jaren negentig zetten we bovendien een eigen onderzoekseenheid op, zodat we de expansie van DOTS met de benodigde research konden ondersteunen en de kwaliteit konden waarborgen.'

#### **De kracht van de KNCV**

In 2000 had KNCV Tuberculosefonds zich ontwikkeld tot een gerenommeerd instituut op het gebied van tuberculosebestrijding, met invloedrijke contacten bij zusterorganisaties, overheden, NGO's en andere partners. Broekmans:

**'In Vietnam komen er jaarlijks 50.000 TB-patiënten bij, verspreid over 10.000 dorpen en dorpjes'**

'Hoe groot onze invloed was, bleek datzelfde jaar nog toen de ministeries van VWS en Buitenlandse Za-



Binnen de KNCV maakt men zich op om de impasse te doorbreken. Haar voorzitter, I. Wessel, concludeert dat de tuberculosebestrijding in een fase is beland die een heroriëntatie noodzakelijk maakt.

Deze is des te meer noodzakelijk, omdat er van de zijde van pers en publiek steeds minder belangstelling bestaat voor de tuberculosebestrijding. Aan de kanker- en reumabestrijding wordt meer aandacht besteed en Wessel signaleert: 'Het gevaar bestaat dat men zich in 1962 een beeld vormt van de tuberculosebestrijding dat twintig jaar verouderd is. Wanneer men met dat beeld voor ogen om zich heen ziet, zal men – gelukkig – veel van de ellende waarmee deze oude bestrijding te maken had, niet meer vinden.'

(Bron: KNCV 90 jaar, p. 116-7)

Onder leiding van dr. M.A. Bleiker, en in samenwerking met de Dienst Militaire Gezondheidszorg (DMGZ) start het jaarlijkse tuberculineonderzoek bij alle Nederlandse rekruten van de Koninklijke Landmacht en de Koninklijke Luchtmacht. Het aantal onderzochte rekruten bedraagt jaarlijks tussen 40.000 en 50.000.

De Nederlandse rundeveestapel wordt tuberculosevrij verklaard.

**1955**

**1957**

ken, de Wereldbank en de WHO gingen op ons voorstel om de zwaarst getroffen TB-landen uit te

**'KNCV Tuberculosefonds  
biedt de nationale  
TB-programma's financiële,  
technische, inhoudelijke en  
beleidsmatige ondersteuning'**

nodigen voor het ondertekenen van de 'Amsterdam Declaration to Stop TB'. Deze verklaring werd een jaar later gevolgd door de oprichting van het 'Global Fund to fight Aids, TB and Malaria' (GFATM). Het had maar een haar gescheeld of dat fonds zou alleen bestemd zijn geweest voor de bestrijding van aids en malaria, twee ziekten die zichtbaarder zijn dan TB en dus meer aandacht krijgen. Vooral aids, want dat is een nieuwe ziekte die ook het westen bedreigt en slachtoffers maakt onder mensen die hun stem

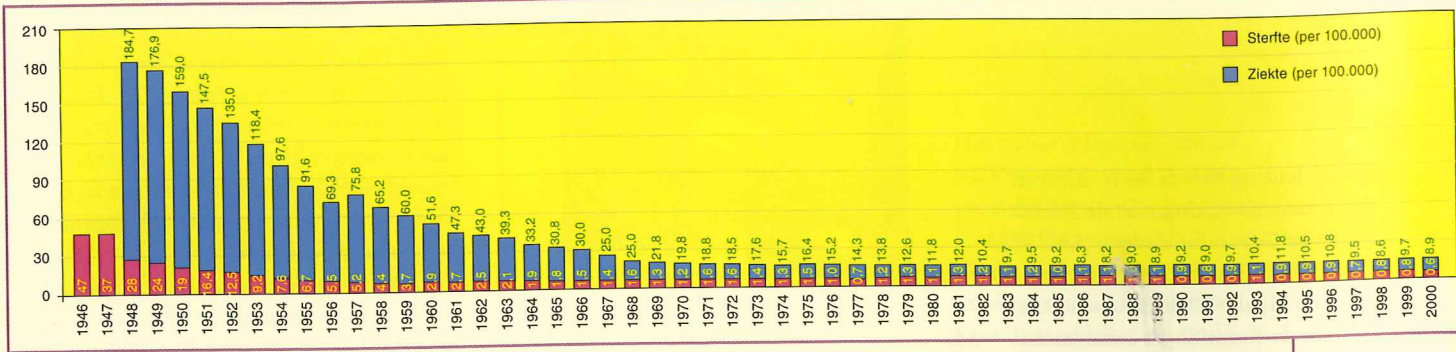
kunnen laten horen. Ik ben ervan overtuigd dat het succes van de 'Amsterdam Declaration' ertoe geleid heeft dat TB uiteindelijk ook in het GFATM werd opgenomen. Zeker gezien de relatie tussen aids en TB is het van belang dat de ziekten vanuit een samenhangende visie worden bestreden. Vanuit een gezamenlijk fonds is dat makkelijker te realiseren.'

Het GFATM is opgericht met de bedoeling om structureel eventuele gaten in nationale bestrijdingsprogramma's te kunnen dichten. Het is een garantie dat de middelen die landen ter beschikking staan ook daadwerkelijk goed terecht komen en goed worden aangewend. Broekmans: 'Dat is ook in ons belang. KNCV Tuberculosefonds biedt de nationale TB-programma's financiële, technische, inhoudelijke en beleidsmatige ondersteuning. Die steun moet ertoe leiden dat medicijnen op tijd en op de goede plek aankomen, dat patiënten goed worden opgevangen en geregistreerd, dat er een goed geoutilleerd laboratorium is, dat de doktoren goed op-

geleid zijn, dat controle achteraf mogelijk is om te zien of de behandeling geslaagd is, noem maar op. Een complex van activiteiten dus, en dat allemaal op dorpsniveau! Bovendien niet eenmalig, maar jaarlijks. Onze kracht als organisatie is dat we dat voor elkaar kunnen boksen. Het is daarbij wel van belang dat elke schakel in de keten intact

**'We kunnen een goede  
medische behandeling  
garanderen en zorgdragen  
voor de genezing van  
infectieuze patiënten'**

blijft. Veel landen kunnen daar zelf onvoldoende voor zorgen. Een land als Vietnam, bijvoorbeeld, heeft gewoon niet de financiële bronnen om het logistieke systeem dat ik zo juist schetste draaiende te houden. Dus een vangnet als het GFATM is echt nodig.'



Nederland heeft met 2,5 per 100.000 het laagste tuberculosesterftcijfer ter wereld. De belangstelling voor tuberculose verslapt nu patiënten genezen kunnen worden. De tuberculosebestrijding bevindt zich in het stadium van 'alles onder controle'.

## 1962

### Lessen uit het verleden

Het honderdjarige bestaan van KNCV Tuberculosefonds is een mooi moment om terug te kijken

### 'Niemand weet of KNCV Tuberculosefonds over 100 jaar nog steeds nodig is'

op het verleden en lessen te trekken voor de toekomst, vindt Broekmans. 'Een eeuw TB-bestrijding heeft ons in eigen land ver gebracht, nu is het zaak dat we dat internationaal ook voor elkaar krijgen. Het meest schrijnend is de situatie in Oost-Europa. Ik vind het een schande dat ze er daar zo'n puinhoop van maken, want ze zadelen de wereld op met multiresistente vormen van tuberculose. Maar ook Afrika, waar de HIV-explosie – de 'stille epidemie' – het aantal TB-patiënten zo sterk heeft doen toenemen, is een regio die dringend hulp nodig heeft. Niet via actieve opsporing of massale be-

volkingsonderzoeken – we weten inmiddels dat zo'n aanpak onvoldoende rendement heeft. Gelukkig is er nu een uitstekend alternatief: we kunnen een goede medische behandeling garanderen aan mensen die een beroep doen op de TB-artsen in hun land, en we kunnen zorgen dat infectueuze patiënten beter worden. Dat is mijn belangrijkste boodschap bij ons eeuwfeest.'

### Uitdaging

Of KNCV Tuberculosefonds over honderd jaar nog steeds nodig is, weet niemand. Maar één ding staat vast: de strijd is voorlopig nog niet gestreden. De mondiale doelen die de WHO in 1993 voor het jaar 2000 had vastgesteld – opsporing van 70% van alle TB-gevallen en genezing van 85% van alle opgespoorde TB-gevallen – zijn niet gehaald en daarom verschoven naar 2005. 'Ook dat is te ambitieus', zegt Broekmans. 'Dat wordt wel 2008 of 2010. Bovendien zeggen operationele doelen niet zoveel over de achtergronden die het succes bepalen. Vergelijk bijvoorbeeld Peru met Vietnam:

beide behoren tot de zwaarst getroffen landen, beide hebben volledige DOTS-dekking én hebben de doelen al gehaald. In Peru dalen de TB-cijfers wél, maar in Vietnam niet. Hoe kan dat?' Volgens Broekmans is een verklaring voor zo'n verschil moeilijk te geven, omdat het de wereld nog steeds ontbreekt aan een bruikbaar instrument om de omvang van het TB-probleem goed te meten. 'De vaststelling van het aantal TB-patiënten wereldwijd wordt gebaseerd op grove schattingen. Dat was voldoende en nauwkeurig genoeg voor de afgelopen 20 jaar, maar nu de bestrijding vordert hebben we behoefte aan een meetinstrument om de ziektelast in de meest getroffen landen nauwkeuriger vast te stellen. Een dergelijk instrument zouden we dan ook kunnen gebruiken om de effectiviteit van de bestrijding te meten en te kijken of de ziekte inderdaad wordt teruggedrongen. Wij willen graag een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van zo'n methode. Een mooie uitdaging voor KNCV Tuberculosefonds voor de komende jaren.'

Over beleid, programmering en de methodiek van tuberculosebestrijding in hoogontwikkelde landen met zeer lage tuberculosecijfers is vrijwel niets bekend. Daarom richten de directeurs van de KNCV, IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) en WHO in september de epidemiologische werkgroep Tuberculosis Surveillance Research Unit (TSRU) op. De volgende vier lage-prevalentielanden (landen met minder dan 20 tuberculosepatiënten per 100.000 inwoners per jaar) nemen hieraan deel: Canada, Tsjecho-Slowakije, Noorwegen en Nederland.

De KNCV laat een onderzoek uitvoeren naar de kennis van tuberculose en de tuberculosebestrijding in Nederland, hierdoor gestimuleerd door de vraag die later in datzelfde jaar op een internationale tuberculoseconferentie aan de orde zou komen: 'Wat weet het publiek in de ontwikkelde landen over tuberculosebestrijding?'

Het Nederlandse tuberculosebestrijdingsapparaat mag zich in een toenemende belangstelling verheugen vanuit het buitenland. Keer op keer komt in dit verband naar voren dat de resultaten in Nederland zijn behaald zonder dwangmaatregelen zoals aangifteplicht en verplichte BCG-vaccinatie.

De KNCV stelt een zogeheten toekomstcommissie in die studie vericht naar de wijze waarop het bestrijdingsapparaat zich in de komende 15 jaar dient aan te passen. Daarbij worden de schaalvergroting en de vergrijzing van het artsencorps op de consultatiebureaus in aanmerking genomen waarvoor, gezien de verminderde aantrekkelijkheid van het werk, nauwelijks een aanvulling valt te verwachten (van 1965 tot 1970 daalt het aantal consultatiebureau-artsen van 100 naar 80).

Dr. H.A. van Geuns ontwikkelt een wetenschappelijk onderbouwde methode van gerichte bronopsporing. Deze vorm van contactonderzoek volgens het ringprincipe staat model voor de nieuwe aanpak van opsporing van geïnfecteerden en bronnen.

1965

Een moeizaam maar noodzakelijk vernieuwingsproces

## Van consultatiebureau naar GGD

Even leek het erop dat Nederland de tuberculose had bedwongen. De TB-bestrijding stond in de jaren tachtig voor de keus: zichzelf opheffen of opgaan in door de overheid gecontroleerde, 'breder georiënteerde' diensten: de GGD'en. 'We mogen van geluk spreken dat het dat laatste werd, want een effectieve TB-bestrijding blijkt nog steeds nodig', zegt Hans de Goeij.

Sinds vorig jaar zomer bekleedt hij de post van directeur-generaal van de Volksgezondheid bij het ministerie van VWS en zet hij de lijnen uit voor het landelijke beleid ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. Voor hij de overstap naar Den Haag maakte, was Hans de Goeij echter jarenlang directeur van GGD Midden-Brabant (vanaf 2001 GGD Hart voor Brabant), de grootste GGD in ons land. Hij werkte vanaf 1979 eerst enige jaren in Breda en vertrok in 1985 naar Tilburg. In zijn begintijd bij de GGD raakte De Goeij nauw betrokken bij een langdurig maar ingrijpend vernieuwingsproces binnen de TB-bestrijding: de Brabantse integratie van de consultatiebureaus in de GGD'en.

Een proces dat moeizaam verliep, maar niettemin bittere noodzaak was, vindt De Goeij. Anders zou de georganiseerde TB-bestrijding 'door de hoeven zijn gezakt', zoals hij het plastisch uitdrukt.

### Ging het in die tijd dan zo slecht met de TB-bestrijding?

'Juist niet. Tenminste, niet als je de effectiviteit van de bestrijding als maatstaf neemt. In de jaren zestig en zeventig had men uitstekende resultaten geboekt en was het aantal patiënten sterk teruggelopen. Met als gevolg dat de consultatiebureaus steeds minder te doen kregen. Dat gaf natuurlijk problemen: ze moesten almaar inkrimpen, waardoor bestaande kennis en expertise verloren



De Stichting voor Tuberculosehuisbezoekers wordt de Vereniging van Sociaal-Verpleegkundigen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VSVT).



Dr. J. Meijer, (toenmalig) directeur en Dr. K. Styblo, epidemioloog, beiden werkzaam bij de KNCV, komen op basis van epidemiologische gegevens tot de conclusie dat bevolkingsonderzoek op tuberculose geen adequaat middel is in de strijd tegen tuberculose.



In Nederland vindt het contactonderzoek voortaan plaats volgens het 'ringprincipe'.

**1969**

**1971**

**1973**

dreigden te gaan. Er gingen daarom stemmen op om het bestrijdingsapparaat maar helemaal te ontmantelen en de zorg voor tuberculosepatiënten over te laten aan de longartsen in de ziekenhuizen. Kortom, de TB-bestrijding dreigde aan haar eigen succes ten onder te gaan. Burema, directeur van de Rotterdamse GGD en voorzitter van een

### **'De TB-bestrijding dreigde aan haar eigen succes ten onder te gaan'**

commissie die moest adviseren over de toekomst van de TB-bestrijding, waarschuwde echter dat men niet het kind met het badwater moest weggoien. Ook al was TB nagenoeg verdwenen, het bestrijdingsapparaat moest intact blijven, vond hij. Volgens sommigen zag hij spoken, maar achteraf gezien heeft hij gelijk gekregen. Want met de stroom vreemdelingen door wegvallende

grenzen en de stroom asielzoekers in de jaren negentig kwam hier weer meer TB en kreeg de TB-bestrijding een geheel nieuwe dimensie.'

### **Dus de commissie Burema adviseerde om de TB-bestrijding bij de GGD'en onder te brengen?**

'Inderdaad. Een alternatief was blijvende integratie in de kruisverenigingen, maar dat stuitte op problemen. Net als de TB-bestrijdingsorganisaties waren de kruisverenigingen van oudsher particulier georganiseerd en dus verzuild; elke gezindte had haar eigen verenigingen. De oprukkende ontzuiling zou wel eens kunnen leiden tot een algehele afbraak van het bestrijdingsapparaat, zo werd gevreesd. Dat kon men voorkomen door de bestrijding onder te brengen bij een door de overheid gepositioneerde instelling: de GGD. Qua functie en werkwijze sloot de GGD bovendien goed aan bij de toenmalige doelstelling van de TB-bestrijding. Dat was: meer preventie, door de opsporing en behandeling van zoveel mogelijk infectueuze patiënten. Het kruiswerk

was hiervoor qua totale taakstelling wat minder goed toegerust, maar de GGD wél, met haar expliciete taak de bevolking tegen infectieziekten te beschermen. Om die reden was ook de KNCV voorstander van integratie in de GGD'en. Een ander voordeel was dat het personeel van de consultatiebureaus zonder veel moeite kon worden overgeheveld naar de GGD'en, waarmee de personeelsproblemen daar in één klap waren opgelost.'

### **'De kruisverenigingen waren van oudsher particulier georganiseerd en dus verzuild'**

### **Hoe werd op deze plannen gereageerd?**

'Met vurige discussies. Vooral de oude garde TB-bestrijders verzette zich tegen 'al die vernieuwingen'. Een punt van kritiek was dat er nog geen landelijk dekkend netwerk van



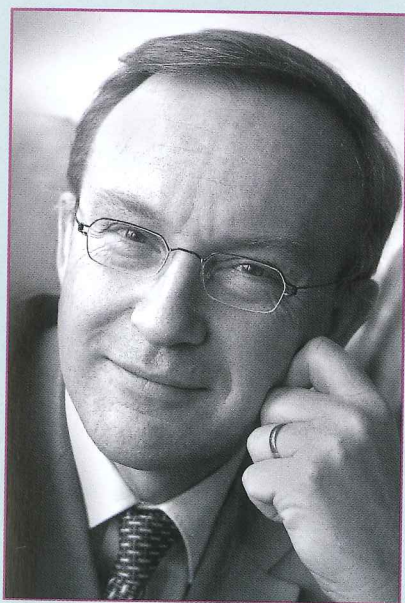


Maruschka Šebek (werkzaam bij KNCV Tuberculosefonds), beschrijft een werkdag uit 1973, toen ze lidster was van het Mantoux-team, consultatiebureau Eindhoven.

Vandaag is het een bijzondere dag: enerzijds omdat het de Dag van de Verpleging is en anderzijds omdat wij, het Mantoux-team van het consultatiebureau Eindhoven, vandaag enkele klassen van mijn voormalige middelbare school gaan 'prikken'.

Eerst naar het bureau om de gisterenavond in de sterilisator gezette Mantoux-spuitjes en -naalden, de benodig-

de flesjes tuberculine, gegevens van de leerlingen en – niet te vergeten – Lia, mijn collega, op te halen. Dan naar Veldhoven voor een bezoek aan de tweedeklassers van de MMS Maria Mediatrix. Vreemde gewaarwording om, in plaats van de fietsenstalling binnen te rijden, het groene consultatiebureau-Daffe 33 op de parkeerplaats te zetten. Ik besluit dat wij via de leerlingeningang naar binnen gaan. Daar worden wij onder kordaat handgeklap van de adjunct-directrice Soeur Liberta gesommeerd om ONMIDDELIJK naar onze klas te gaan, omdat de lessen al begonnen ▶



Hans de Goerij.

GGD'en bestond. Men vreesde dat de TB-bestrijding op met name het platteland daaronder zou lijden. Die angst was naar mijn idee ongegrond, omdat elke stad in het land al wel een GGD had. Een ander bezwaar betrof het feit dat de overheidssubsidie niet meer rechtstreeks door het ministerie van Volksgezondheid werd verstrekt. In plaats daarvan kwam er een rijks-

vergoeding in het Gemeentefonds. Gemeenten mochten zelf bepalen hoeveel van deze gelden ze aan TB-bestrijding wilden besteden. Dat was veel TB-bestrijders een doorn in het oog, want wat zou er terechtkomen van de bestrijding als een gemeente het geld aan iets anders besteedde? Die kritiek was voorstelbaar, maar gelukkig heeft de geschiedenis geleerd dat de gemeenten over het algemeen heel verantwoordelijk met de toegewezen gelden omgaan.'

#### Hoe verliep het integratieproces in Brabant?

'Net als elders in het land is er in Brabant langdurig gedebatteerd voordat de integratie een feit was. Als vertegenwoordiger van de GGD'en had ik zitting in een commissie die het integratieproces in Brabant in gang moest zetten en begeleiden. De commissie was onder meer verantwoordelijk voor de overheveling van het personeel van de consultatiebureaus naar de GGD'en. Ook regelden we de overdracht van onroerende en roerende goederen. Bij tegenstanders

stond ik al snel bekend als 'de sloper van de TB-bestrijding'. Maar toen het hele proces achter de rug was, zag men wel in dat de ingreep echt nodig was geweest en werd ik van 'sloper' opeens 'schatbewaarder'. Door de integratie in de GGD'en was de 'schat', een goed functionerende TB-bestrijding, bewaard gebleven.'

### 'Dankzij de integratie in de GGD'en hebben we nu een goed functionerende TB-bestrijding'

#### U hebt destijds gezorgd dat de Dr. H.A. van Geuns Stichting werd opgericht. Waartoe dient deze stichting?


De Dr. H.A. van Geuns Stichting – vernoemd naar de voormalig plaatsvervangend hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid – heeft tot doel de specifieke kennis en expertise omtrent TB binnen de GGD'en op peil te houden. Als je de kwaliteit

► zijn. Grote hilariteit als ik concludeer dat zij in de afgelopen zes jaar geen steek veranderd is!

Het Mantoux zetten van de tweede-klassers verloopt voorspoedig. Inmiddels zijn wij goed op elkaar ingewerkt. We drinken koffie in het in mijn schooltijd genoemde heilige der heiligen: de lerarenkamer. Tot groot genoegen van mij natuurlijk, maar ook van de leraren van wie ik les heb gehad. Grappig hoe iedereen met glimmende gezichten zit te luisteren naar mijn naschoolse activiteiten. Leraren blijken dus toch echt gewoon mensen te zijn! Na de tweede ronde prikken weer snel naar

het consultatiebureau, waar 's middags het zogenaamde onderwijssprek-uur wordt gehouden; de jaarlijkse verplichte Mantoux-controle van al het onderwijzend personeel. Ook deze keer is het weer een volle bak.

Aan het eind van de middag de administratie bijgewerkt, alle gebruikte Mantoux-sputten en -naalden weer huishoudelijk schoongemaakt en in de autoclaaf gezet. Het bevalt me goed deze afwisseling.

Alleen jammer dat niemand aan de verjaardag van old Lady Nightingale heeft gedacht. 

De Structuurnota Gezondheidszorg vormt de eerste aanleiding tot herstructurering van het tuberculosebestrijdings-apparaat. De KNCV pleit voor het in stand houden van het landelijk tuberculosenetwerk. In het eindrapport van de Commissie Burema wordt geadviseerd om de tuberculosediensten te laten samengaan met de GGD'en.

1973

wilt bewaken, moet je ervoor zorgen dat de GGD'en kunnen beschikken over gespecialiseerde TB-artsen. De stichting zorgt voor een deelvergoeding bij de opleiding van artsen in de tuberculosebestrijding. Om die opleidingen te betalen, hebben de KNCV en de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten


### **'Alle asielzoekers moeten een verplichte screening op TB ondergaan voor het verkrijgen van een verblijfsvergunning'**

(VDB) samen de Van Geuns Stichting opgericht. Zowel de GGD'en als de overheid stoppen geld in de stichting. Neemt een GGD iemand aan op een vacature voor een TB-arts, dan krijgt deze eerst een opleiding. Ook het salaris wordt gedurende de opleiding vanuit de stichting voor een deel betaald. Zo houd

je niet alleen de deskundigheid op peil, maar voorkom je ook dat de GGD'en die verloop hebben, steeds geheel en alleen moeten opdraaien voor de kosten van de opleiding. Dus eigenlijk is het een soort verrekensysteem tussen de GGD'en onderling.'

#### **U hebt ook de mobiele röntgenunits weer in ere hersteld. Met welk doel?**

'Dat heeft te maken met een punt dat ik zojuist al aanstipte: de komst van de vele asielzoekers. In 1939 had minister Romme de mobiele units mede gefinancierd voor het uitvoeren van grootschalig bevolkingsonderzoek. Maar in de loop der jaren werd dit onderzoek afgebouwd. De weinige units die men nog gebruikte, waren niet erg modern en voldeden op een gegeven moment ook niet meer aan de Europese normen voor stralingsgevaar en dergelijke. Toen eind jaren tachtig duidelijk werd dat TB bij asielzoekers een probleem kon worden, omdat patiënten uit die groep minder snel de weg zouden vinden naar

de GGD'en, leek de 'haal- en brengservice' van de mobiele units weer het ideale middel voor opsporing. We zijn toen begonnen met een wettelijke controle bij de tien opvangcentra voor asielzoekers. Later kwamen daar de gevangenen bij. Ook gevangenen zijn een risicogroep: ongeveer de helft van de gevangenispopulatie is allochtoon en men leeft voor opname in de gevangenis in niet al te beste hygiënische omstandigheden. In 1991 is bij ministerieel besluit vastgelegd dat alle asielzoekers een verplichte screening op TB moeten ondergaan om in aanmerking te komen voor een verblijfsvergunning en de benodigde IND-papieren. Alle asielzoekers doen dus mee, de dekking is bijna honderd procent. Dat is toch wel tamelijk uniek! 

1974

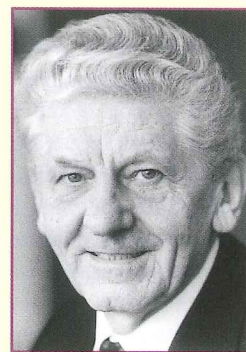
Een zogeheten toekomstcommissie start een onderzoek naar de integratie van de tuberculosebestrijding in de kruisverenigingen en de basisgezondheidsdiensten.

TNO, WHO, IUATLD, KNCV en het ministerie van Buitenlandse Zaken (Directoraat-Generaal Internationale Samenwerking) richten het International Tuberculosis Surveillance Centre (ITSC) op. Het ITSC levert belangrijke gegevens voor de opsporing en behandeling van tuberculose in ontwikkelingslanden.

Dr. Karel Styblo ontwikkelt een nieuwe tuberculosebestrijdingsmethode (DOTS, Directly Observed Treatment, Short-course), die op drie pijlers berust:

- een verbetering van de behandelresultaten met snelle vermindering van besmettelijkheid en ervoor zorgdragen dat de patiënten hun hele kuur afmaken (dit duurt 6-12 maanden);
- vervolgens een verbetering in het opsporen van nieuwe patiënten, waarbij de nadruk ligt op het identificeren van de besmettelijke patiënten;
- en tot slot het zorgvuldig registreren, rapporteren en evalueren van de resultaten.

Deze methode maakt het mogelijk om op nationale schaal genezingspercentages te behalen van 80% en hoger.



Dr. Karel Styblo.

1977

## De rol van de KNCV in Tanzania

# Een relatie die al meer dan 25 jaar duurt

De reis van het ministerie van Volksgezondheid naar het huis van dr. Hamza Chum doet me terugdenken aan de tijd – al meer dan tien jaar geleden – dat ik in Dar es Salaam werkte bij de hoofdafdeling van het Nationale Tuberculose- en LepraProgramma (NTLP). Dr. Chum stond aan het hoofd van de afdeling en gedurende de jaren dat ik daar werkte, ontstond er een vriendschap tussen ons. Er is in de tussentijd niet veel veranderd. Dr. Chum woont nog steeds in hetzelfde oude, bescheiden huis in een van de buitenwijken van de stad.

De bestuurder slalomt tussen de plassen door, die in de vele kuilen van de onverharde wegen staan. Op een klein bord met een handgeschreven tekst dat naast zijn huis staat, valt te lezen dat zich hier de privé-kliniek voor dermatologie en longziekten van dr. Chum bevindt. Zijn huis ken ik goed; de kleine kliniek is nieuw. Als ik de kliniek binnenstap, word ik welkom geheten door zijn zoon, die in opleiding is voor arts van de Geneeskundige Dienst en van zijn vader leert patiënten te behandelen. Langzaam, maar met een grote glimlach op zijn gezicht, komt dr. Chum de wachtkamer binnen. We gaan naar het huis, waar ik mevrouw Chum begroet, die een Swahilisch gerecht voor ons heeft klaarstaan, be-

staande uit vis in kokossaus, rijst en 'green leaves', de eetbare bladeren van verschillende planten die hier veel als groentegerecht worden gegeten. Het is heet, de ventilator draait, er staat koud water op tafel en we beginnen ons gesprek.

### Wanneer bent u begonnen met TB-patiënten te werken?

'Zoals zoveel mensen ben ik begonnen als algemeen arts. Toen de East African Community, een samenwerkingsverband tussen Tanzania, Kenia en Uganda werd opgericht, werkte ik als onderzoeker voor het Leprosy Research Institute, het instituut voor lepraonderzoek in Alupe bij het Victoriameer in Kenia. In 1977, niet lang nadat het Nationale

Op 21 september heft de Stichting 'De Bredeweg' zich op en draagt een deel van het resterende saldo over aan de KNCV die toezegt de werkzaamheden van de voormalige stichting voort te zetten. Hiertoe wordt het Fonds Bijzondere Noden opgericht. Het Fonds is bedoeld om (oud)tuberculosepatiënten, die om enigerlei reden in bijzondere omstandigheden verkeren, financieel te ondersteunen.

Het Centraal college voor Bevolkingsonderzoek besluit tot stopzetting van het bevolkingsonderzoek op tuberculose omdat er per 100.000 onderzochte personen slechts vijf patiënten met open longtuberculose worden opgespoord.



De TB-kliniek in Dar es Salaam, Tanzania.

Dr. Karel Styblo past voor het eerst in Tanzania een nieuwe methode van registratie en rapportage toe (door middel van een zogenaamde cohortanalyse van de opsporings- en behandelingsresultaten van besmettelijke tuberculosepatiënten).

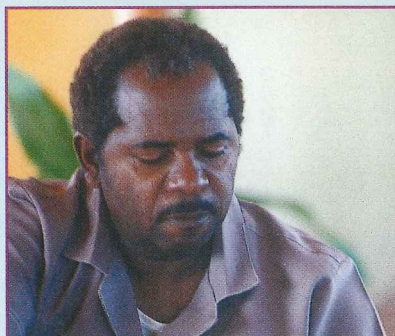
Dr. Karel Styblo wordt wetenschappelijk directeur van de IUATLD in Parijs.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Tanzania.

# 1979

Tuberculose- en LepraProgramma (NTLP) was opgezet door het ministerie van Volksgezondheid van Tanzania, werd ik gevraagd om als deskundige op het gebied van lepra bij de hoofdafdeling van deze organisatie te komen werken. Tanzania was het eerste land ter wereld dat een gecombineerd programma had opgezet. Onze minister van Volksgezondheid, dr. Stirling, wilde de twee programma's, die aandacht zouden besteden aan dezelfde soort activiteiten om de ziekten te bestrijden, graag combineren. Hij verwachtte dat de gezamenlijke bijdragen van de verschillende donororganisaties voordelen op zouden leveren. Organisaties die geld beschikbaar stellen voor de bestrijding van lepra waren bereid om opleidingen en transport te financieren, terwijl donororganisaties die zich richtten op de bestrijding van TB bijdroegen aan medicijnen en laboratoriumonderzoek. De eerste paar jaar dat het programma van het NTLP draaide, stond dr. Nkinda aan het hoofd van de organisatie. Toen hij in 1984 de organisatie verliet om een positie bij de Wereld-



Hamza Chum.

gezondheidsorganisatie te gaan bekleeden, werd ik directeur, hetgeen ik bleef tot 1993. In deze 16 jaar heeft het NTLP zich behoorlijk ontwikkeld en verwierf het programma internationale bekendheid.'

### Heeft u een opleiding gehad op het gebied van TB?

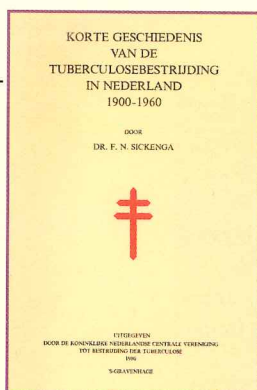
'Ja, ik heb de TB-opleiding in Addis Abeba gevolgd en een training van zes maanden in Japan. Daarnaast gaven de internationale conferenties die ik bijwoonde en de bezoeken aan soortgelijke organisaties elders mij inzicht in de problematiek. Bovendien leer je bijzonder veel van supervisiebezoeken op locatie. Deze

veldbezoeken maakte ik vaak samen met onze adviseurs wanneer zij ons programma kwamen bekijken.'

### Sinds wanneer is de KNCV betrokken bij het programma?

'De KNCV is vanaf het begin van het bestaan van het NTLP een belangrijke partner geweest. Als ik twee personen zou moeten noemen, zijn dat uiteraard dr. Styblo en dr. Bleiker. Dr. Styblo is vanaf het begin betrokken geweest bij onze organisatie en is dat vanaf 16 jaar geleden tot zijn overlijden in maart 1998 altijd gebleven. Meestal kwam hij tweemaal per jaar naar Tanzania om advies te geven met betrekking tot de verschillende lopende activiteiten die in het kader van het programma plaatsvonden. Tijdens deze werkbezoeken bracht hij een week door met het maken van veldbezoeken en woonde hij de andere week vergaderingen bij op ons hoofdkantoor. Vaak ging ik met hem mee wanneer hij zijn veldbezoeken aflegde. Bleiker werkte mee aan het tuberculineonderzoek dat was opgezet om een overzicht te krijgen van de grootte van

Per 12 juni is in Nederland de tuberculose bij Algemene Maatregel van Bestuur opgenomen in groep B van de infectieziekten waarvoor krachtens de 'Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken' aangifteplicht bestaat. Hiermee is aan de jarenlange discussie over de wenselijkheid van de aangifte van tuberculose een einde gekomen.



In mei verschijnt het boek 'Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland, 1900-1960', van de hand van dr. F.N. Sickenga. Het wordt uitgegeven door de KNCV.

De Wet Bescherming Leerlingen wordt ingetrokken en daarmee vervalt de verplichte jaarlijkse tuberculosekeuring van het onderwijzend personeel.

Short-course chemotherapie wordt geïntroduceerd in Tanzania.

De KNCV organiseert honderd jaar na de ontdekking van de tuberkelbacterie door Robert Koch een groot landelijk symposium. Tijdens dit 'Robert Koch Symposium' bespreken ruim vierhonderd deelnemers de stand van zaken in de Nederlandse tuberculosebestrijding.

## 1980

het TB-probleem in het land. Mevrouw Ozrenka Misljenovic van de KNCV zorgde dat de kwaliteit van deze metingen gewaarborgd was.'

### Wat was de specifieke bijdrage van de KNCV aan het programma?

'De KNCV heeft als donor gedurende een korte tijd bijgedragen aan de levering van medicijnen toen daar een tekort aan was. De grootste bijdrage van de KNCV betreft denk ik echter vaktechnische hulp en onderzoek. Tot op heden hebben medewerkers van de KNCV ieder jaar tweemaal een bezoek aan Tanzania gebracht. Naast dr. Styblo was dr. Becx betrokken bij het NTLP. Zij was in feite de eerste die bij de centrale afdeling van het ministerie van Volksgezondheid kwam werken. Tegen die tijd werd zij, zoals veel Nederlanders, uitgezonden door de Nederlandse Lepra Stichting. Ik geloof dat op dit moment dr. Van Gorkom technisch adviseur is. En u weet dat, behalve uzelf uiteraard, ook dr. Broekmans en dr. L'Herminez, die nu allebei voor de KNCV werkzaam zijn, voor het NTLP heb-

## 1981

ben gewerkt en ook in Tanzania hebben gewoond.'

### Heeft het werk met TB-patiënten uw persoonlijke leven beïnvloed?

'Ik geloof dat de 16 jaar dat ik voor de organisatie heb gewerkt inderdaad van grote invloed zijn geweest op mijn leven. Door mijn werk heb ik bijvoorbeeld veel mensen van andere nationaliteiten leren kennen en heb ik ook het voorrecht gehad om een behoorlijk aantal verschillende landen te bezoeken. Zoals ik al zei, ben ik in het begin naar Ethiopië en Japan geweest. Later heb ik conferenties bijgewoond in Washington, Hongkong, Singapore, Parijs en Genève en heb ik Mozambique, Malawi en Zimbabwe bezocht om collega's daar te adviseren. En ik ben natuurlijk ook in Nederland geweest. Op deze reizen kwam ik in aanraking met veel verschillende culturen en heb ik kunnen zien hoe mensen leven in die culturen.'

### Hoe ziet u uw toekomst in de TB?

'Sinds ik vertrok als hoofd van het programma in 1993, ben ik mijn ei-

## 1982

gen kliniek begonnen in de wijk waar ik woon. Ik bleef nog wel een beetje betrokken als directeur van het Leprafonds in Tanzania, maar dit werk hield na een aantal jaren min of meer op wegens gebrek aan fondsen. Sinds die tijd heb ik een kliniek van bescheiden formaat, waar ik patiënten onderzoek, met name mensen met huidaandoeningen, maar ook patiënten met longproblemen die collega's aan mij doorsturen, vooral wanneer zij vermoeden dat ze TB hebben. In dit soort gevallen verwijs ik hen naar de NTLP-kliniek die 5 kilometer hiervandaan ligt. Een aantal van hen heeft inderdaad TB en bij de desbetreffende patiënten ga ik thuis langs om te kijken of ze ondersteuning nodig hebben.'

'Ik denk zelfs dat, als er meer contact zou zijn tussen het NTLP en mensen zoals ik, we ook mee zouden kunnen werken door medicijnen bij patiënten thuis af te leveren. Dit zou betekenen dat ze minder hoeven te reizen, hetgeen ten goede zou kunnen komen aan de resultaten van hun behandeling.'



### Inenting tegen infectieziekten

Aan het 'Buro Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders' wordt medefinanciering toegezegd voor herdruk van de tweetalige folder 'Inenting tegen infectieziekten', die voor zeven nationaliteiten beschikbaar is, te weten Turken, Marokkanen, Spanjaarden, Italianen, Joegoslaven, Grieken en Portugezen. Voor de Turkse brochure is de belangstelling het grootst: 1.600 exemplaren werden verstrekt. De aantallen voor de andere talen zijn: Marokkaans 900, Spaans 700, Italiaans 600, Joegoslavisch 540, Grieks 500 en Portugees 400. (Bron: KNCV Jaarverslag 1982, p. 24)



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Benin.

1982

1983

## De rol van de KNCV in Indonesië

# 'We kunnen nog echt niet zonder die ondersteuning'

Dr. Rosmini Day werkt nog maar een jaar als hoofd van het nationale Indonesische TB-programma, maar heeft als lepra-arts al tien jaar ervaring met TB-bestrijding en met de KNCV. Haar ervaring is dat zowel de aanpak als de resultaten van TB-bestrijding vooruit zijn gegaan: 'Gelukkig is alles nu een stuk beter, al zijn we nog lang niet waar we wezen moeten.'

Sinds begin jaren negentig steunt de KNCV TB-projecten in Indonesië. Het begon met pilotprojecten met DOTS, die in combinatie met de bestaande lepraprogramma's werden opgezet in samenwerking met de Nederlandse Leprastichting en de provinciale gezondheidsdiensten in Centraal-, Noord-, Zuid- en Zuidoost-Sulawesi. Nadat de ondersteuning door de KNCV tijdelijk was gestaakt wegens onregelmatigheden in de projectadministratie, werd het provinciale TB-programma in mei 2003 weer vlotgetrokken. Vlak daarna had de KNCV-consultant Jan Voskens een gesprek met dr. Rosmini Day, een krachtige vrouw met gevoel voor humor, die sinds begin 2002 hoofd is van het

nationale TB-bestrijdingsprogramma in Indonesië.

### Waarom bent u terechtgekomen in de TB-bestrijding?

'Eigenlijk wilde ik vroeger gynaecoloog worden. Dat vak trok mij erg aan, het heeft status en verdient niet slecht. Maar omdat ik in verwachting was van mijn eerste kind Sarah mocht ik niet met de opleiding beginnen. Toen werd ik als algemeen arts tijdelijk in het Lepraziekenhuis Jungaya in Ujung Pandang geplaatst. Ik raakte op slag erg onder de indruk van die ziekte en wat lepra kon aanrichten bij gezonde kinderen en jonge mensen. Zo ben ik erin gerold; toevallig eigenlijk. Daarna werd ik hoofd van het provinciale



De KNCV start met de ondersteuning van de nationale tuberculosebestrijding en van de Manyatta's (tot 1991) in Kenia.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Malawi (de ondersteuning is van 1998 tot 2001 onderbroken geweest).



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Mali (de ondersteuning is van 1998 tot 2001 onderbroken geweest).

De KNCV verbreedt en verdiept de internationale activiteiten. Vanaf dit jaar is de KNCV, in nauwe samenwerking met de IUATLD, direct betrokken bij de begeleiding en uitvoering van de nationale tuberculoseprogramma's in ontwikkelingslanden.

Korea en Algerije, beide landen met een hoge tuberculoseprevalentie (meer dan 100 tuberculosepatiënten per 100.000 inwoners per jaar) treden toe als lid van de TSRU. Dit is conform een in 1982 door de TSRU genomen besluit (tot dan toe waren alleen landen met een lage tuberculoseprevalentie lid).

## 1984

lepraprogramma in Zuid-Sulawesi en in 1993 hoofd van het nationale lepraprogramma. Het leprabestrijdingsprogramma in Indonesië is erg succesvol geweest. Sinds een paar jaar is lepra in Indonesië officieel "geëlimineerd". Vorig jaar kreeg ik de opdracht van de minister om het nationale TB-programma te leiden, en ik kon het niet weigeren. Maar ik heb er wel lang over na moeten denken want het is een hele klus. Als ik in de lepra was gebleven, zou ik het een stuk makkelijker hebben....'

### Hoe lang werkt u al met de KNCV?

'Vanaf begin jaren negentig, toen de KNCV met de pilot-projecten met DOTS begon. Ikzelf was toen de provinciale lepra-arts in Zuid-Sulawesi. Twee keer per jaar, als de consultants van de KNCV Sulawesi bezochten, kwamen de vertegenwoordigers van alle provincies bij elkaar en dan bespraken we de resultaten, de problemen en de voortgang.'

### Hoe was de situatie in het begin?

'Susah' (moeilijk). 'De introductie van de toen nog nieuwe methode



Rosmini Day.

DOTS lag erg gevoelig, omdat die aanpak nogal verschilde van de toen gehanteerde nationale TB-strategie. Indonesië hanteerde toen namelijk een vorm van actieve opsporing: dorpen werden een voor een gescreend via massale surveys. De ziekte tuberculose werd voornamelijk vastgesteld op basis van symptomen en niet op basis van sputumonderzoek. Het was ook erg "top-down": in ieder dorp moest een be-

paald van bovenaf opgelegd aantal gevallen worden gevonden, bijvoorbeeld 50 per dorp. En die vonden ze daar dan!!'

Het laboratorium was ook erg gebrekkig, vertelt Day. Zo werd het sputum van patiënten op een heel omslachtige manier gecentrifugeerd tot het eindelijk 'positief' was. Daarna moesten de gevonden 'patiënten' in de hele kampong tegelijk zes maanden op behandeling. Dr. Day denkt dat het niet erg effectief was, want kwaliteitsbewaking was er niet bij. 'De meeste gevonden "patiënten" hadden waarschijnlijk geen TB en werden dus voor niets behandeld. En in kampongs die nog niet "aan de beurt waren" was er geen mogelijkheid om TB-patiënten te diagnosticeren of te behandelen.'

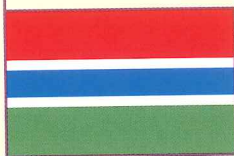
### Wat is de huidige stand van zaken en waar ligt de uitdaging?

'Gelukkig is alles nu een stuk beter, al zijn we nog lang niet waar we wezen moeten. Na een aantal jaren nam de weerstand tegen DOTS langzaam af en aan het eind van de

De IUATLD en de KNCV roepen de Stichting Internationale Tuberculosebestrijding in het leven. Deze kanaliseert de bestaande Nederlandse geldstromen voor de tuberculosebestrijding in ontwikkelingslanden. Directeur is dr. Karel Styblo.

De KNCV verleent financiële steun aan verschillende projecten in de vorm van de aanschaf van medicijnen en de inrichting van laboratoria.

TSRU bestaat 20 jaar. Dit internationale instituut, ondergebracht bij de KNCV, stimuleert onder andere de internationale uitwisseling van de resultaten van tuberculineonderzoek. Deze onderzoeken zijn tot nu toe merendeels gebaseerd op Nederlandse gegevens. Lid van de TSRU zijn de WHO, de IUATLD en nationale onderzoekers uit Europese, Aziatische en Afrikaanse landen.



*De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Gambia.*



*De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Vietnam.*



De KNCV start de eerste bijscholingsmodule voor sociaal-verpleegkundigen tuberculosebestrijding.

## 1985

jaren negentig werd DOTS geaccepteerd als dé nationale strategie. Tenminste, in de puskesmas (gezondheidscentra), dus in de openbare gezondheidszorg. Maar de meerderheid van de TB-gevallen blijft onbehandeld: jaarlijks wordt zo'n 20% van het totaal aantal geschatte gevallen opgespoord en behandeld. Nu is de grote uitdaging dus om alle ziekenhuizen (ongeveer duizend) en de privésector bij het TB-programma te betrekken. We denken dat 40-60% van de TB-patiënten daar naartoe gaat. Maar ja, de grote meerderheid van artsen en specialisten in ziekenhuizen staat nog steeds wantrouwig tegenover DOTS en doet maar wat. Ieder heeft zo z'n eigen aanpak: röntgenfoto's, individuele behandeling.... Bovendien breken de meeste TB-patiënten die in ziekenhuizen worden behandeld de behandeling voortijdig af en verdwijnen - jammer genoeg.' Verder ligt het accent nu sterk op het verbeteren van de kwaliteit van de laboratoria en op verdere toename van de opsporing van besmettelijke TB-patiënten.'

## 1986

### **Wat verliep beter of juist slechter dan verwacht?**

'Dat is niet zo makkelijk te zeggen. Internationaal gezien ligt Indonesië op TB-gebied nog erg achter vergeleken met andere landen. De kwaliteit van ons programma is nog niet goed, al werken we daar hard aan! Met name de aanmelding van besmettelijke TB-patiënten ligt ver onder de verwachting, onder andere door problemen met de rapportage. Verder is er een enorm verloop in de TB-staf: getrainde mensen worden weer vervangen door mensen die niets van TB afweten.' Lachend: 'Indonesië heeft zo veel problemen; te veel!'

### **Met welke invloeden van buitenaf heeft het programma te maken?**

Met een zucht: 'Helaas zijn er veel negatieve invloeden van buitenaf geweest, met als belangrijkste het chronische gebrek aan fondsen en de steeds terugkerende tekorten aan TB-medicijnen. Ook de decentralisatie in 2001 heeft de kwaliteit van het TB-programma negatief beïnvloed. Veel getrainde en erva-

## 1987

ren staf werd overgeplaatst. Toen de gezondheidsbudgets in 2001 plotsklaps werden gedecentraliseerd, hadden de districten en puskesmas ineens geen geld meer voor de activiteiten van het TB-programma, zodat alles nog verder in elkaar zakte. Het verzekeren van kwaliteit is onze grootste moeilijkheid.' Gelukkig zijn HIV en aids in Indonesië nog geen groot probleem, vertelt Day, al zijn er al enkele gevaarlijke haarden. 'Over een paar jaar krijgen we er zeker meer mee te maken en daar moeten we ons serieus op voorbereiden.' Over de KNCV is ze goed te spreken: 'De continue ondersteuning van de KNCV reken ik tot een van de meest positieve invloeden. En ook de sterke politieke geëngageerdheid van de ministers en de groep grote internationale donoren die ons ondersteunen, zoals de Amerikanen (USAID), Canada (CIDA), Global Fund to fight Aids, TB and Malaria (GFATM) en de Global Drug Facility (GDF) zijn belangrijke positieve invloeden.'





De KNCV gaat zich bezighouden met het werken van fondsen voor tuberculosebestrijding.

De eerste asielzoekers arriveren in Nederland.

De KNCV gaat als voortrekker fungeren binnen het Mutual Assistance Programme van de IUATLD.

De KNCV stelt met ingang van 1 april de heer M.C.J. Bosman aan als assistent van dr. Styblo en met ingang van 1 oktober de heer J. Veen als arts-consulent.

De KNCV neemt de Kerstzegelactie over van de Provinciale Utrechtse Stichting tot bestrijding der Tuberculose en van de 's-Gravenhaagse Vereniging tot bestrijding der Tuberculose.

De KNCV organiseert, samen met WHO en IUATLD, van 4 tot en met 9 maart de eerste Wolfheze Workshops on Tuberculosis Control in Low Prevalence Countries.

Dr. K. Styblo doet onderzoek in Nederland en andere landen naar de eliminatie van tuberculose. Hij concludeert onder meer dat in Nederland een 'wezenlijke bespoediging van de tuberculose-eliminatie niet valt te verwachten.' Gezien het lage aantal tuberculosepatiënten dat in Nederland wordt ontdekt (2 op de 100.000), de atypische verschijnselen bij ouderen en het 'patients and doctors delay' ziet hij de komende jaren in de diagnosticering van tuberculose het grootste probleem.

## 1988

### Welke specifieke rol heeft of had de KNCV in de TB-bestrijding?

'Ongetwijfeld hebben de pilotprojecten van de KNCV-NLR in Sulawesi en de technische ondersteuning van de KNCV een grote positieve invloed gehad. Al meer dan tien jaar komen ervaren consultants het programma monitoren en evalueren. Dat heeft geholpen om de lokale capaciteit te verbeteren en kennis en ervaring hier op peil te brengen, maar ook om de betrokkenheid van de politiek te vergroten. Verder hebben KNCV-consultants ons geholpen om de managementstructuur van het programma te verbeteren. Bijvoorbeeld met het ontwikkelen van de richtlijnen voor de programma-uitvoering en financiële administratie.'

'De KNCV is ook heel belangrijk geweest om de internationale ondersteuning van het TB-programma te verzekeren. Ze heeft onder andere geholpen met het formuleren van ons Strategisch Vijfjarenplan, het plan voor "capacity building", gesteund door de Nederlandse Ambassade, en de plannen voor onder-

steuning door USAID, CIDA, GFATM en GDF. Doordat de KNCV internationaal een gerenommeerde organisatie is, stellen donoren ook meer vertrouwen in ons nationale programma.'

Op de vraag of de KNCV ook een negatieve rol heeft gehad, zegt ze: 'Iets negatiefs heb ik eigenlijk niet te melden over de KNCV.' En dan met een lach: 'Ja, toch! Dat ze vergeten zijn om zich officieel te laten registreren bij onze overheid. Lupal' (vergeten). 'Dus in feite opereren jullie al meer dan tien jaar illegaal in Indonesië!'

### Wat zijn uw persoonlijke ervaringen in de samenwerking met de TB-bestrijding en met de KNCV?

'Ik zit nog maar een jaar in de TB, hè. Maar toen ik als hoofd van het nationale lepraprogramma met de KNCV-consultants op veldbezoek ging, heb ik veel geleerd. Al raakte ik wel eens wat gefrustreerd bij de vergaderingen van projectleiders, omdat er nooit over lepra werd gesproken. Je hoorde daar alleen maar TB, TB, TB!!'

### Hoe ziet u de toekomst van de TB-bestrijding in uw land?

'Ik ben optimistisch. Als ik kijk naar wat er nu allemaal gebeurt, denk ik dat we de internationale doelstellingen van 70% opsporing en 85% genezing wel kunnen halen. Ik zie heel veel enthousiasme in de provincies en districten. De uitdaging is om al die geestdrift te kanaliseren tot goede resultaten.'

### Wat zou de rol van de KNCV daarin kunnen zijn?

'De KNCV speelt een heel belangrijke rol in dat enthousiasme. Door hun technische assistentie, het kanaliseren van donorgelden, de ondersteuning bij projectbeheer en uitvoering, maar vooral door de gedrevenheid. Vergeet niet dat de KNCV een lange historie in Indonesië heeft en een berg aan technische ervaring. Nog veel meer dan de WHO! Ik hoop dat de KNCV ons in de toekomst zal blijven helpen, zoals met monitoring en evaluatie van ons programma. We kunnen nog echt niet zonder die ondersteuning.' 📌

In het Laboratorium voor Mycobacteriologie van het RIVM wordt het DNA-patroon van de tuberkelbacterie ontdekt.

WHO en Wereldbank erkennen de door dr. K. Styblo ontwikkelde methode tot verbetering van de kwaliteit van nationale tuberculosebestrijdingsprogramma's in ontwikkelingslanden. Beide instituten beoordelen deze als zeer (kosten)effectief.

*Sinds 1990 is de KNCV verantwoordelijk voor de kerstzegelactie in heel Nederland.*



De KNCV en de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten (VDB) richten de dr. H.A. van Geuns Stichting op, die financiële middelen beschikbaar stelt voor het opleiden van artsen tuberculosebestrijding. Dit is essentieel voor het behoud van de specifieke tuberculosedeskundigheid binnen het GGD-bestrijdingsnetwerk.



*De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Sulawesi, Indonesië.*

Het optreden in Amerika van groepsinfecties met multiresistente tuberculose in een aantal ziekenhuizen en bij HIV-geïnfecteerde patiënten en hun verzorgers, is aanleiding om na te gaan hoe de ontwikkeling en verspreiding van dit ziektebeeld in Nederland kan worden voorkomen. Dit resulteert in september 1993 in het CPT-rapport 'Richtlijnen met betrekking tot de behandeling en preventie van multiresistente tuberculose in Nederland'.

1990

1991

1992

'Burr'd' & 'gunfa'

# Tuberculosebestrijding in Ethiopië

Ethiopië huist al geruime tijd in de top-tien van 'high burden'-tuberculolanden. De structurele aanpak van TB in Ethiopië is zo'n zeven jaar geleden in gang gezet. Dit reisverslag van een bezoek van het Ethiopische tuberculosebestrijdingsteam aan de gezondheidsinstellingen in de periferie brengt een aantal elementaire aspecten van de TB-bestrijding in Ethiopië in beeld.

Comfortabel verpakt in een van de luxe witte terreinauto's van het tuberculosebestrijdingsprogramma (TLCP) verlaten we de drukke buitenwijken van Addis Abeba en begeven we ons naar het oosten voor een werkbezoek aan een aantal provincies. Dit soort tripjes zijn een standaardonderdeel van het programma en zijn bedoeld om problemen in kaart te brengen, een indruk te krijgen van de kwaliteit en de uitvoering van het programma in de periferie en om gezondheidswerkers te motiveren. De TB- en lepra-adviseur van het ministerie (schrijver dezes) gaat van tijd tot tijd mee tijdens zo'n tocht. De tongen komen goed los en je leert het land, de TB-situatie en je collega's goed kennen.

## Lampje stuk

We rijden door de regio Oromiya; met zijn 23 miljoen inwoners (de Oromo's) eigenlijk een land op zich binnen Ethiopië, dat zelf zo'n 67 miljoen zielen telt. Hier in Oromiya werd precies tien jaar geleden de strategie van Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) geïntroduceerd in twee 'pilot-zo-



DOT in een Ethiopisch gezondheidscentrum.



Nederlands bestrijdingsapparaat blijft door toename infecties alert

## Nieuwe TBC-gevallen pikken we er gelijk uit

*De jaarlijkse teruggang van het aantal nieuwe gevallen van tuberculose in ons land is overduidelijk tot stilstand gekomen. Er is zelfs sprake van enige stijging. De cijfers spreken boekdelen: globaal 1.700 nieuwe gevallen in 1980, 1.200 in 1987, 1.400 vorig jaar.*

*“En het aantal nieuwe tbc-besmettingen zal over dit jaar vrijwel zeker flink*

*hoger uitvallen dan in 1991,” voorspelt de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose.*

*Met andere woorden: na polio weer ‘een ziekte van weleer’ die aan zijn rentree bezig lijkt te zijn.*

*“Toch een gelukkig bewijs voor de alertheid van de Nederlandse tbc-bestrij-*

nes’, met steun van een Italiaanse donororganisatie. Een aantal jaren later kwam een missie van de KNCV en het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT) naar Ethiopië om een plan te presenteren dat voorzag in geleidelijke uitbreiding van DOTS in het hele land, uitgevoerd door een nationaal tuberculose- en leprabestrijdingsprogramma (TLCP). Internationale consultants of evaluatieteams worden nog vaak naar deze eerste DOTS-zones gebracht, omdat het geheel daar nog steeds goed loopt. Wij laten deze historische TB-zones echter ‘rechts’ liggen en rijden door naar de Afar-regio, waar DOTS - in tegenstelling tot in Oromiya - pas een jaar geleden geïntroduceerd is.

Het eerste ‘Health Centre’ dat we bezoeken ligt nog min of meer in de bewoonde wereld. De kordate nurse in charge leidt ons rond en al vlot (‘old habits never die’) is een van de nationale TB-stafleden al in een TB-register aan het neuzen. De lepra-expert (expert is de gebruikelijke titel voor TB-staf op nationaal of regionaal en sinds kort ook op districts-

### TB-concepten in Ethiopië

*Waardoor krijg je eigenlijk TB en hoe wordt het overgebracht? Voor de hand liggende vragen, maar eigenlijk zelden gesteld in Ethiopië. Onlangs werden in dit tijdschrift de resultaten van een onderzoek bij Nederlandse studenten naar percepties rond TB samengevat. Het was tamelijk ontluisterend. Ook in Ethiopië wordt seks nogal eens aangegeven als oorzaak van TB – op zich niet zo’n gekke gedachte. Veel meer echter is in Ethiopië ‘burrd’ de boosdoener. Dit veel omvattende begrip betekent in strikte zin ‘tocht’, luchtstroom, en is de oorzaak van veel narigheid. Met name verkoudheid (‘gunfa’) is altijd een gevolg van ‘burrd’, en ‘burrd’ wordt dan ook ten koste van alles vermeden, dus ramen dicht en altijd sjaaltjes om. TB is weer een gevolg van ‘burrd’ en/of van ‘gunfa’. In een overbevolkte stad als Addis, waar vaak drie tot tien mensen in een kamertje wonen en slapen, werkt het sluiten van de ramen ter voorkoming van ‘gunfa’ eerder TB in de hand. Strikt geredeneerd ligt de oorzaak van TB overigens nog verder terug, nl. in het wildplassen, een zeer visueel aanwezig en geaccepteerd fenomeen in Ethiopië. Lopen door verse of opgedroogde urine is naast ‘burrd’ bij uitstek de oorzaak van ‘gunfa’. ‘STOP TB’ zou zich in Ethiopië dus misschien beter kunnen bezighouden met het plaatsen van openbare urinoirs.*

managementniveau) verdiept zich in de lepreregisters en ik verpoos me in het laboratorium waar een trotse laborante een sputumpreparaat onder de microscoop schuift en mij laat beoordelen of het AFB positief of negatief is. Hoewel ik de kruistafel met mijn duim op niveau moet houden, is het fraai gemaakte preparaat goed te beoordelen. Op de

vraag of het niet lastig is 20-30 preparaten te bekijken met zo’n microscoop, antwoordt ze dat een veel betere microscoop van het nationale programma al maanden in de kast staat omdat het lampje van de verlichting het niet doet. Ze vraagt terloops nog om een paar dozen om preparaten te bewaren, zodat ze mee kan doen in het kwaliteitsbewa-

► ders, dat al die nieuwe gevallen in ieder geval worden ontdekt!“. Zo kenschetst dr. Jaap Veen, tuberculose-consultant bij de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging voor de bestrijding der tuberculose, de KNCV, de twee tamelijk omvangrijke recente uitbarstingen van tuberculose in Kampen (met 52 besmettingsgevallen) en Hoogeveen met 24 infecties.

De nieuwe tbc-haarden in ons land hebben de activiteiten van de tuberkelbacterie in het middelpunt van de aandacht geplaatst. En zeker nu een 'verdwenen' ziekte als poliomyelitis (kinderverlamming) opnieuw een epide-

misch karakter heeft gekregen.

Dr. Veen, die dit jaar promoveerde op tbc en de gevolgen voor Vietnamese bootvluchtelingen, betoogt: Door die tientallen kleine en grotere berichten over nieuwe tbc-gevallen, die vooral de laatste twee jaar in de kranten opdruken, dringt zich inderdaad het beeld op van een infectieuze aandoening die ook in ons land aan een comeback lijkt te zijn begonnen. En eerlijk is eerlijk: de cijfers zijn er ook wel wat naar. Maar feit is, dat al die gevallen in ieder geval worden opgemerkt. Dat lijkt niet bijzonder, maar is een groot goed! Want, er wordt ook iets tegen gedaan!

Neem nu de meest recente explosies van tbc in Kampen en het Drentse Hoogeveen: er worden meteen grote kringonderzoeken gehouden onder de plaatselijke bevolking. Om te kijken welke mensen nog meer in contact zijn geweest met de persoon of personen bij wie als eerste(n) de tbc-bacterie werd ontdekt. Die attentie moet op zichzelf en terecht een grote geruststelling voor velen zijn!“.

Veen zegt dit alles met zoveel nadruk, omdat hij nog maar onlangs zag waartoe een afzwakkende belangstelling voor een infectie als tbc, bij de gezondheidsdiensten kan leiden. Hij is juist te- ►

1992



Een patiënte wacht op haar medicatie.

kingsprogramma voor TB-laboratoria, dat het TLCP recentelijk heeft geïntroduceerd. Na een bezoekje aan de apotheek, waar de TB-medicijnen wel ergens op een plank te vinden waren, maar enige vorm van registratie ontbrak, werd het bezoek met een eindgesprek afgesloten. Er is opvallende openheid over het gebrek aan communicatie binnen het centrum, dat toch niet zo groot is. De voornaamste grief van de TB-ver-

### Het TB- en leprabestrijdingsprogramma en Nederland

In 1995 werd een vijfjarenplan (1996-2000) opgesteld voor TB- en leprabestrijding in Ethiopië. De partners in dit ambitieuze plan waren het ministerie van Gezondheidszorg in Ethiopië, de KNCV en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De Nederlandse regering stelde een bedrag van 13 miljoen US-dollar beschikbaar voor de uitvoering. De KNCV detacheerde een TB/lepra-adviseur (geleverd door het KIT) bij de WHO in Addis Abeba om het ministerie te ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van dit ambitieuze plan. Deze projectperiode werd later verlengd tot medio 2002, waarna de Nederlandse ambassade in Ethiopië nieuwe financiële steun direct aan het ministerie beschikbaar stelde. In deze periode van ruim zes jaar heeft de TB- en leprabestrijding een snelle groei doorgemaakt - zowel in kwantiteit als kwaliteit. Een externe evaluatie in 2002 heeft deze overwegend positieve ontwikkeling van het TLCP in kaart gebracht en kwam met de aanbeveling dat de periode van samenwerking met de KNCV en de WHO een dermate goede structuur had opgeleverd dat het programma op eigen benen verder kon gaan, met incidentele ondersteuning van de KNCV daar waar noodzakelijk geacht door het TLCP. De band met de KNCV is overigens niet geheel verbroken en het TLCP kijkt momenteel samen met de KNCV naar mogelijkheden om de samenwerking op meer specifieke wijze voort te zetten, waarbij o.a. gedacht wordt aan operationeel onderzoek en technische ondersteuningsmissies. Mede op verzoek van het ministerie is de TB/lepra-adviseur nog voor een overgangperiode van drie jaar gehandhaafd.

pleegkundigenstaf is dat de dokters in het centrum zich vaak niet houden aan de nationale richtlijnen van het programma. Voorzichtige feedback van de TB-staf met het oog op correctie wordt zeer matig gewaar-

deerd door de heren dokters. Helemaal is deze situatie ook elders meer regel dan uitzondering. De staf die de dagelijkse patiëntenzorg en de DOT doet is meestal veel beter getraind in de principes van TB-be-

► rug van een congres in de Amerikaanse stad Bethesda over de bestrijding van tuberculose: "De aanpak van tbc in vooral de grote Amerikaanse binnensteden heeft op dit moment sterk te lijden onder de bezuinigingen die in de voorbije jaren zijn doorgevoerd op de bestrijding van infectieziekten als tbc. Men beschouwde de ziekte als afgedaan en bouwde het apparaat af mede onder invloed van de economisch verslechterende omstandigheden in het land. De prijs die daarvoor thans wordt betaald is hoog. De tbc heeft zich, mede door de opkomst van de ziekte aids, haast ongeremd kunnen verspreiden onder de

zwakkere groepen van de samenleving: zoals met het aidsvirus geïnfecteerden, drugsverslaafden, daklozen, zwervers. De gevolgen voor de gezondheidswerkers zijn niet uitgebleven. Verschillende van hen zijn, doordat het vleugellamme bestrijdingsapparaat niet ogenblikkelijk de besmetten goed onder controle hield, geïnfecteerd met een nagenoeg onbehandelbare vorm van tbc. Immers, door de slechte begeleiding van besmetten, worden medicijnkuren niet afge maakt die een half jaar moeten worden volgehouden. Er ontstaat dus ongewoel bij de bacterie voor medicijnen." In een stad als New York zijn de ge-

zondheidsautoriteiten zo geschrokken van het oplaaien van deze kennelijk onvoorziene tbc-golf dat het budget voor de bestrijding van infectieuze aandoeningen speciaal voor tuberculose is verdubbeld. Jaap Veen: "Die budgetverhoging is vele malen groter dan de bezuinigingen die men aanvankelijk had bereikt door maar niets meer aan tbc te doen. Het hele bestrijdingsapparaat was zodanig afgebroken, dat het thans weer helemaal van de grond af aan moet worden opgebouwd."

En: "Tuberculose was, ook bij de meeste gezondheidswerkers, zo in de vergetelheid geraakt dat velen het haast als

### TB-partnerschap met Ethiopië

Het TLCP van Ethiopië is in 1996 een vijfjarig partnerschap met de KNCV aangegaan. Dit hield onder meer in dat de KNCV ondersteuning gaf bij het maken van een strategisch meerjarenprogramma, de TB-medicijnen aan Ethiopië leverde en jaarlijks deelnam aan een internationale evaluatie ('review') van het programma. Het geheel werd gefinancierd door de Nederlandse Ambassade in Addis Abeba. In deze periode heeft het programma een grote bloei doorgemaakt. DOTS is uitgebreid van enkele zones naar vrijwel het gehele land en het aantal patiënten onder behandeling is van zo'n 15.000 gestegen naar meer dan 100.000. Andere langdurige 'partners' van het TLCP zijn de WHO en de German Leprosy Relief Association (GLRA). In de afgelegen, politiek instabiele Somali-regio van Ethiopië (beter bekend als de Ogaden) is Artsen Zonder Grenzen (MSF België) al jaren actief in exemplarische ondersteuning van het regionale gezondheidsbureau in tuberculosebestrijding.

strijding dan de artsenstand. TB-'nurses' en 'health officers' lezen de 'manuals' van het TLCP, nemen vaker deel aan nascholingscursussen en hebben meestal veel ervaring. De artsen zijn vers afgestudeerd en het curriculum van de drie 'medical schools' behandelt wel klinische TB, maar niet hoe TB in Ethiopië wordt bestreden. Sputumonderzoek wordt nogal eens overgeslagen en als er een röntgenapparaat aanwezig is leunt de diagnostiek erg op de thoraxfoto.

Het bezoek wordt beëindigd met een fraaie groepsfoto. Ondanks wat rimpeltjes blijft dit centrum ons toch bij als een hoopgevend voorbeeld, met een geïnteresseerde en geestige staf, mensen die trots zijn op hun prestaties, kritisch en belangrijk in een uitgebreid gebied met uiterst weinig gezondheidsvoorzieningen.

#### Heet en zorgwekkend

De volgende dag reist het team meer naar de binnenlanden van Afar, ver-

verwijderd van de asfaltweg. Het 'health centre' dat we bezoeken, is het andere uiterste vergeleken met het bezoek van de vorige dag. Het ligt vervallen en troosteloos in een snikhete uithoek. Een half jaar geleden is hier DOTS geïntroduceerd, maar zonder voorbereiding. De regionale TB-coördinator is nog nooit langs geweest en het lab heeft geen chemicaliën, dus er worden geen sputumuitstrijkjes gemaakt. De diagnose TB komt op dubieuze wijze tot stand en in plaats van dagelijkse behandeling onder toezicht (DOT) worden alle vier medicijnen voor een week of twee meegegeven, inclusief de streptomycine-ampullen. De definitie is: 'weekly DOTS'. Wie in de thuiszorg de streptomycine geeft, is niet geheel duidelijk. Zorgwekkend en deprimerend deze situatie, te meer daar de coördinator die zich vandaag bij het team zou voegen niet is komen opdagen, iets wat we nu wel begrijpen.

#### TB-Club Méditerranée

Die middag is er nog tijd om bij een TB-project van Artsen Zonder Gren-

► een volledig nieuwe ziekte zien, de opvolger van aids of zoiets.”

In Amerika worden nieuwe gevallen van tbc dan weliswaar haast niet opgemerkt, in Nederland daarentegen wel! Hier springt men er meteen bovenop. Met uitgebreide bevolkingsonderzoeken. Complete disco's, waar honderden jongeren bijeen komen en bij wijze van spreken met zijn vijfhonderden op een vierkante meter dansen, worden getest op tuberculose via de Mantoux-reactie. Nieuwe besmettingsgevallen worden er meteen uitgepakt. Zij kunnen niet maandenlang, zoals in de Verenigde

Staten, doorwoekeren en grote aantallen 'contacten' besmetten.

“Het Nederlandse tbc-apparaat,” stelt Veen, “vertoont dus souplesse. Het traceren van de nieuwe gevallen is een teken van daadkracht van de gezondheidsdiensten. Alhoewel bij sommige GGD'en in ons land een zekere zelfgenoegzaamheid viel te bespeuren als het begrip 'tbc' viel een ziekte immers, waarvoor geen gevaar meer bestond. De GGD'en die in hun gebied een centrum voor asielzoekers hebben, weten nu wel beter...”

De huidige tbc-cijfers stijgen vooral door de komst van asielzoekers, maar

vooral door de heimelijke binnenkomst van illegalen uit landen in Zuidoost-Azië, Midden- en Centraal-Afrika en ook sommige Oostblokstaten. Tuberculose, een ziekte met jaarlijks drie miljoen doden (!) in de wereld, is daar een groot probleem door de vaak slechte leefomstandigheden en mogelijkheden tot hygiëne. Asielzoekers dienen om voor een (tijdelijke) verblijfsvergunning in aanmerking te komen in ons land een onderzoek en zonodig een behandeling voor tbc, of andere infectieziekten, te ondergaan. Op de groep illegalen is, uiteraard, minder grip.

“Maar,” zo beklemtoont dr. Veen, ►

# 1992

## Streptomycine

Ethiopië heeft nog steeds streptomycine in het programma. Het levert veel problemen op die te maken hebben met de hoeveelheid (transport, opslag) en het feit dat de spuiten, naalden en water om het aan te maken allemaal apart bijgeleverd moeten worden. Streptomycine wordt steeds meer vervangen door ethambutol en vaak wordt vernomen dat er een tekort aan ethambutol is. Wat er met de resterende streptomycine gebeurd is, is dan niet duidelijk. Streptomycine is ook nog steeds een gewild middel voor de behandeling van SOA's en er is een goede markt voor. Momenteel is de discussie gaande om streptomycine volledig af te schaffen en te vervangen door ethambutol. De vier medicijnen (EHZR) voor de eerste maanden kunnen dan ook als een combinatietablet (4FDC) verstrekt worden. Dat is niet alleen een enorme verbetering voor de patiënt, maar ook voor de logistiek.


zen (MSF France) langs te gaan. Het MSF-kamp ligt ver van de 'highway' Djibouti-Addis, waar de diverse routes van de Afar-nomaden elkaar kruisen. Het project is geïnspireerd op de zogenaamde TB-manyatta's in Kenia, waar de TB-behandeling is aangepast aan de specifieke leefomstandigheden van de nomaden. Hier in Afar is een uitgebreid kampement opgezet. Voor iedere TB-patiënt die zich meldt is een traditionele Afar-hut beschikbaar (een soort iglo van gevlochten matten). De directe familieleden

mogen ook blijven en er is weidegrond voor hun vee. Patiënten blijven tijdens de intensieve behandelingsfase van drie maanden, waarna de patiënten voor drie maanden medicijnen mee naar huis krijgen. Er worden voedingssupplementen verstrekt en de patiënt en familie kunnen ook behandeld worden voor andere kwalen. Een fraaie opzet! Het project trekt dan ook talloze patiënten aan; niet verwonderlijk, aangezien de regering in de reguliere klinieken pas een paar maanden eerder met DOTS is begonnen. De

uitgebreide Franse 'expat'-staf (dokters, enkele verpleegkundigen en 'logistici') is trots op de behandelingsresultaten (>90% genezing), maar is zich in de levendige discussie die volgt ook bewust van de geïsoleerde positie van het geheel. De communicatie en samenwerking met het regionale gezondheidsbureau zijn gebrekkig en er zijn nauwelijks opgeleide Afar-nomaden die het werk kunnen voortzetten als de MSF-staf vertrekt. Geen enkele regeringskliniek in Ethiopië kan de luxe bieden van voedselverstrekking en gratis onderdak, zeker niet in Afar, waar de bevolking in een staat van chronische hongersnood leeft. De staf van de andere klinieken in Afar die we bezoeken klaagt dat zelfs patiënten



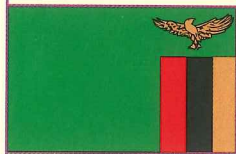
Een toekomst zonder TB?

- ▶ "toch is het niet zo dat deze groepen in dit opzicht een gezondheidsbedreiging vormen voor de Nederlanders. Ze zitten dikwijls bij elkaar en contact met 'de buitenwereld' is er veelal niet. Wat dat betreft zijn wij als Nederland gelukkig een slechte gastheer voor asielzoekers en illegalen. De tbc-bacterie die zij soms bij zich dragen bereikt ons vrijwel niet." 

Bron: Telegraaf, 19 december 1992.  
René Steenhorst.

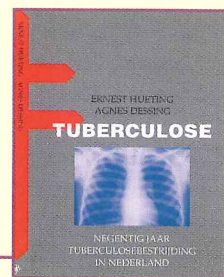


De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in China.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Zambia (de ondersteuning is van 1998 tot 2001 onderbroken geweest).

Cover 'Negenzig jaar tuberculosebestrijding in Nederland', uitgegeven door de KNCV ter gelegenheid van haar 90-jarig bestaan.



De KNCV organiseert het symposium 'Tuberculose, nieuwe uitdagingen, nieuwe mogelijkheden' naar aanleiding van het 90-jarig bestaan van de KNCV.

## 1993

die gemakkelijk bij hen een TB-behandeling kunnen volgen, de verre tocht naar het MSF-kamp maken vanwege de aantrekkelijke omstandigheden. In de wandelgangen heet het MSF-project dan ook 'TB-Club Méditerranée'.

Wat MSF in ieder geval wel aantoonde, is dat met deze aanpak goede TB-bestrijding mogelijk is onder een van de moeilijkste omstandigheden en voor een van de minst geprivilegieerde bevolkingsgroepen in Afrika. Helaas heeft niemand nog de oplossing voorhanden om dit project duurzaam te maken. MSF kan voldoende jonge mensen vinden die daar zes tot negen maanden een unieke ervaring opdoen (in dit afgelegen en hete oord houden weinigen het veel langer vol) en moet



Patiënte met TB en aids in Afar.

### Behandelingsresultaat

Ook in Ethiopië wordt het behandelingsresultaat als TB-indicator nauw gevolgd. Wereldwijd is het doel om 85% behandelingssucces te behalen. In Ethiopië is het behandelingsresultaat de afgelopen jaren gestaag verbeterd en van alle patiënten met een positief sputumuitstrijkje die in 2001 met behandeling begonnen, maakte 81% de rit af (zie figuur 1). Van degenen met een negatief sputumuitstrijkje en de extrapulmonale TB-patiënten (bijna tweederde deel van het totale aantal patiënten) zijn deze gegevens niet exact bekend, maar er is reden genoeg om aan te nemen dat de resultaten beduidend lager liggen. Nationaal lijkt zich ook een daling af te tekenen van het aantal patiënten dat de behandeling onderbreekt, een hoopvol teken dat de behandeling goed aanslaat, geaccepteerd wordt en mogelijk dat de staf moeite doet patiënten op te sporen die niet komen opdagen voor continuering. Enigszins verbazingwekkend is het relatief lage en over de jaren constante sterftecijfer (rond de 6%), zeker gezien de vaak late presentatie en diagnose en de HIV-epidemie die in het land woedt. De jaarlijkse evaluatie, waar de KNCV tot op heden nauw bij betrokken is, bracht aan het licht dat veel patiënten die al met TB-behandeling begonnen zijn, pas geregistreerd worden op het moment dat ze ontslag krijgen en hun behandeling poliklinisch (DOT) voortzetten. Komen ze in de kliniek te overlijden, of worden ze door familieleden mee naar huis genomen wegens het uitblijven van enige verbetering, dan eindigen ze niet in de TB-statistieken.

voor de lange termijn meer intensief met het TLCP gaan samenwerken om een geïntegreerde TB-bestrijding voor Afar te realiseren. Dat klinkt mooi, maar de Ethiopische regering en MSF France zijn helaas geen dikke vrienden. Partnership is

een mooie en veelgehoorde kreet in de TB-wereld, maar lokaal niet altijd even gemakkelijk te verwezenlijken.

### TB, aids, ondervoeding

Evenals de Awash-rivier eindigt het Afar-avontuur in de regionale

In april verklaart de WHO tuberculose tot wereldbedreigend gezondheidsprobleem, en in mei van hetzelfde jaar onderschrijft de Wereld Gezondheids Assemblée (de jaarvergadering van alle lidstaten van de WHO) de noodzaak tot de universele toepassing van Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS). Daarmee voegt de WHO zich bij de IUATLD en de KNCV, die toen al enkele jaren betrokken waren bij de invoering van de DOTS-strategie in een aantal landen.

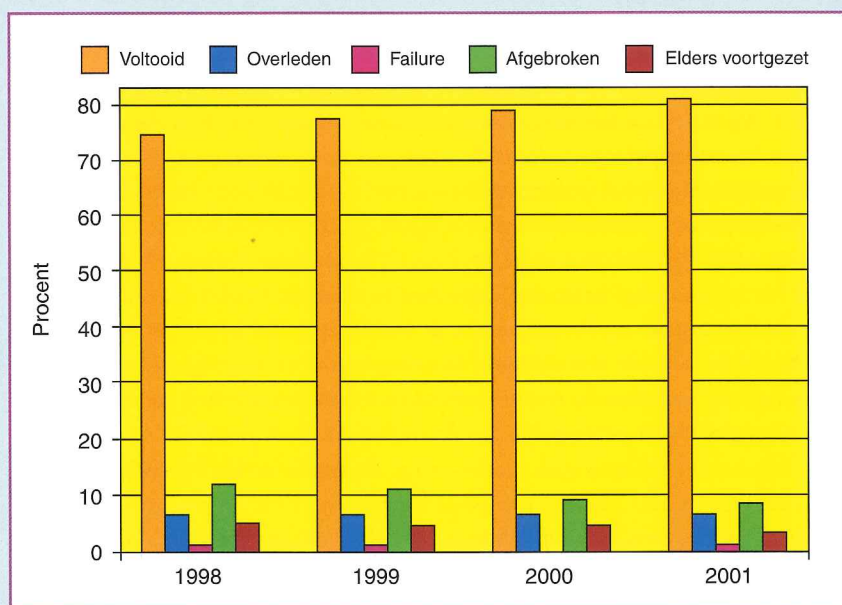


De KNCV en het RIVM starten gezamenlijk het DNA-surveillanceproject. Het doel is de transmissie van de *Mycobacterium tuberculosis*-stammen in kaart te brengen en daarmee inzicht te krijgen in de verspreiding van de verschillende stammen onder de bevolkingsgroepen in Nederland en in mogelijk epidemiologisch verband tussen geclusterde patiënten.

De heer Van der Drift neemt op 23 februari afscheid als voorzitter van de KNCV tijdens het in Den Haag gehouden minisymposium 'Tuberculosebestrijding. Verschuivende bestuurlijke verantwoordelijkheden in epidemiologisch perspectief'.

De Vereniging van Sociaal-Verpleegkundigen in de Tuberculosebestrijding (VSVI) fuseert op 1 september met de AGZ-vereniging en wordt de Vereniging voor Verpleegkundigen in de Algemene GezondheidsZorg (VVAGZ).

## 1993



Figuur 1. Overzicht van het behandelingsresultaat van AFB-positieve long-TB-patiënten in Ethiopië, behandeld met short-course chemotherapie. 'Failure' betekent: AFB-positief sputum, ondanks vijf maanden behandeling. Deze patiënten krijgen een herbehandeling ('re-treatment').

hoofdstad Assaita. De staf in het lokale en enige ziekenhuis in deze regio (1,2 miljoen inwoners) ontvangt ons beleefd in de late namiddag. Het ziekenhuis huisvest veel TB-patiënten. Een groot aantal heeft ook klinische verschijnselen van aids. Op de wat troosteloos ogende afdelingen kunnen we met eigen ogen

zien dat het moeilijk is ernstige ondervoeding als gevolg van de droogte te onderscheiden van aids, TB of een combinatie van alle drie. Er is geen HIV-testbeleid en er zijn geen counselors. De aanvoer van HIV-testkits is niet voldoende om het bloed voor transfusie te testen. In de TB-polikliniek vinden we ook

hier een gemotiveerde medische hulpkracht die de TB-registers goed bijhoudt en veel vertelt over de moeilijke toepassing van DOTS in deze omgeving. De meeste patiënten komen van ver en zijn moeilijk te bewegen om hun intensieve fase van twee maanden af te maken, vooral als ze duidelijk verbeteren en zich fit genoeg voelen om weer op stap te gaan. Maar ook als er geen verbetering is met TB-behandeling besluiten patiënten - die dan vaak ook een gevorderd stadium van aids hebben - het ziekenhuis voortijdig te verlaten. In principe worden deze patiënten dan verwezen ('transfer out') naar een kliniekje in de buurt van hun woonplaats, maar in de praktijk melden ze zich daar zelden en hun behandelingsresultaat blijft dan ook onbekend.

### Onterechte behandeling

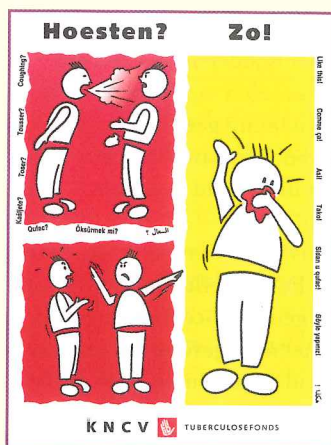
Inmiddels hebben we Afar verlaten en komen we via een bergachtig gebied met spectaculaire ravijnen en vergezichten in Tigray, het noordelijke gebied.

Tigray heeft de naam 'goed georga-



De KNCV brengt voor het eerst de Index Tuberculosis uit, een overzicht en analyse van de landelijke tuberculosecijfers (gebaseerd op het door de KNCV beheerde gegevensbestand).

De 'hoestposter' dateert van 1994 en is tot op heden in gebruik.



Een mijlpaal in de TB-bestrijding is de publicatie van het rapport 'Beleid ten aanzien van risicogroepen in Nederland' van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT). Het wordt de basis voor een nieuwe aanpak van actieve en gerichte opsporing van TB bij risicogroepen. In een tweede rapport, 'Eerste fase ontwikkeling kwaliteitssysteem', doet de CPT voorstellen voor verbetering van bestaande regelgeving, protocollen en richtlijnen voor TB-bestrijding. De voorstellen krijgen een jaar later vorm in een door de CPT opgezet kwaliteitsproject.

## 1994

## 1995

niseerd' te zijn, vooral ook in de opzet van de TB-bestrijding. De 5 zones zijn voorzien van energieke en gemotiveerde coördinatoren. De gemeenschap in deze droge bergachtige regio, die slechts uit stenen lijkt te bestaan, is hecht georganiseerd en het feit dat de lange vrijheidsstrijd tegen de 'Derg' – het communistische regime van Mengistu – destijds hier begonnen is, zal zeker hiertoe hebben bijgedragen. Tigray heeft als enige regio een goed netwerk van 'community health agents' waar de TB-klinieken, die net als elders in het land zeer dun gezaaid zijn, goed gebruik van maken. Het aantal patiënten dat de behandeling niet afmaakt is relatief laag. Wel worden schrikbarend veel patiënten met long-TB met een negatief sputumuitstrijkje en patiënten met extrapulmonale TB op behandeling gezet; met positieve sputumuitstrijkjes bij minder dan 20% van de patiënten is Tigray de twijfelachtige 'landkampioen'. In de meeste klinieken die bezocht worden is er een sterke organisatie van de TB-bestrijding. Er zijn aparte en adequate

### TB en de privé-sector

*De 'private-for-profit' gezondheidssector groeit snel en is - net als overal elders - slecht gereguleerd. De aantrekkelijkheid voor TB-patiënten is de anonimiteit, het laboratorium en de kwaliteit van de service in de ogen van de patiënt. TB-medicijnen worden exclusief door de regering geïmporteerd voor het TLCP en de privé-sector heeft legaal geen toegang tot deze medicijnen. De rol in TB-bestrijding is dan ook beperkt tot diagnostiek, waarna de patiënt verwezen wordt naar een overheidsgezondheidscentrum voor behandeling. Er is geen kwaliteitscontrole van de diagnostiek. Steeds vaker wordt ook met behandeling begonnen, vaak met onjuiste medicijnregimes en met middelen die illegaal verkregen zijn door de talloze 'private pharmacies' in het land, vaak weggelekt uit het TLCP, of binnengesmokkeld uit Kenia of Somalië. Het TLCP en het gezondheidsbureau in Addis Abeba werken aan een project om de privé-sector op deugdelijke wijze bij TB-controle te betrekken.*

ruimtes voor ambulante behandeling, voldoende geneesmiddelen in voorraad, goed bijgehouden registers en gemotiveerde stafleden, die blij zijn TB als taak te hebben, want voor andere gezondheidsproblemen is er minder duidelijk beleid en structuur. Maar ook in Tigray hebben de coördinatoren moeite met de doktoren, die te hooi en te gras mensen op TB-behandeling zetten. Het is natuurlijk ook een verleidelijke diagnose; goede TB-medicijnen zijn vrijwel altijd op voorraad en

gratis voor de patiënt. Voor veel patiënten met HIV-gerelateerde aandoeningen of klinische aids zijn nauwelijks medicijnen beschikbaar en er is veel druk van de familie iets te doen. De vakliteratuur bevestigt de artsen in hun overtuiging dat vrijwel alle aidspatiënten ook TB hebben, dus de verleiding om min of meer blind TB-behandeling te beginnen is begrijpelijk. Veel training en onderwijsmateriaal nuanceert dit probleem, maar bereikt niet alle gezondheidswerkers. Ook komt het



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Ethiopië.

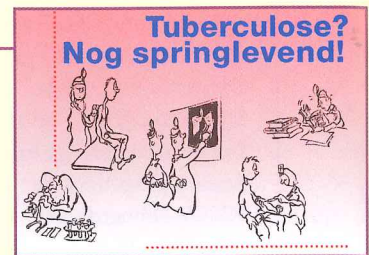


De KNCV start met de ondersteuning van de nationale tuberculosebestrijding in Indonesië.

De CPT presenteert dit jaar nog twee belangrijke rapporten. Het 'Draaiboek BCG-vaccinatie' omschrijft wie er voor BCG-vaccinatie in aanmerking komen en geeft richtlijnen voor de uitvoering, controle en registratie. In het rapport 'De behandeling van longtuberculose, met hoeveel middelen en hoe lang?' stelt de CPT het beleid ten aanzien van longtuberculose bij. Voortaan hoeft behandeling geen negen, maar slechts zes maanden te duren. Het aantal te slikken medicijnen wordt bovendien uitgebreid naar vier.

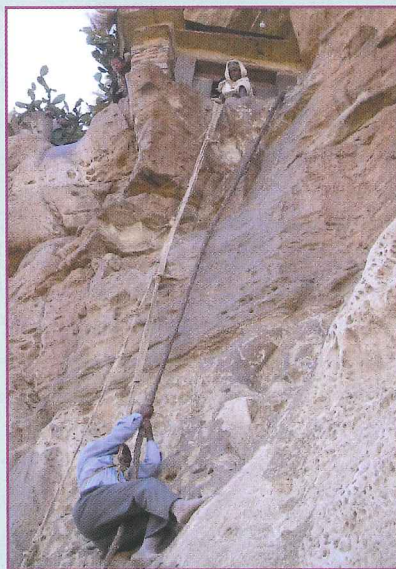
In augustus vindt voor de eerste maal een evaluatie plaats van het Nederlands Tuberculose Register (NTR). Het NTR, geïntroduceerd in 1993, is een door de KNCV beheerd gegevensbestand met informatie over alle tuberculosepatiënten in Nederland. De evaluatie leidt tot een aantal inhoudelijke wijzigingen, waarop de 'Handleiding voor het gebruik' wordt aangepast.

De KNCV brengt in 1995 de publicatiebrochure 'Tuberculose? Nog springlevend!' uit.



## 1995

probleem van de zwerfende en shoppende TB-patiënt pregnant aan de oppervlakte in Tigray. Het merendeel van de diagnoses wordt in ziekenhuizen gesteld, patiënten hebben er nou eenmaal veel reizen en kosten voor over om een ziekenhuis te bezoeken, ook al kan hun naburige gezondheidscentrum ook TB vaststellen of uitsluiten. Terug van het ziekenhuis komen ze voor voortzetting van behandeling weer naar het centrum. Er is veel verwarring over de registratie; wie is verantwoordelijk voor de rapportage van het behandelingsresultaat et cetera. Zonecoördinatoren die regelmatig superviseren lossen veel van deze problemen op, maar Ethiopië heeft de 'zone' als niveau tussen de 'regio' en het 'district' afgeschafte. Sommige vakkundige zonecoördinatoren zijn overgeplaatst naar (kleinere) districten, en het overzicht is verloren geraakt. Vergoedingen voor het op pad gaan voor supervisie zijn drastisch verlaagd, dus gaat men niet meer. Een sombere ontwikkeling, en een klassiek probleem in de reorganisatie van de ge-



DOTS-expansie in Debre Damo.

zondheidszorg, die streeft naar vergaande integratie van 'verticale' ziektebestrijdingsprogramma's.

Op de laatste dag van deze 'Werdegang' door de TB-bestrijding in Ethiopië blijkt bij verrassing dat we ons vlak bij het legendarische klooster van Debre Damo bevinden. Mijn counterpart Dr. Berhane, die geboren is in Tigray en jaren de TB-coör-

dinator voor de streek was, weet dat zich daar een gezondheidspost bevindt waar geen TB-behandeling gegeven kan worden. Bevlogen door de WHO-gedachte van DOTS-expansie, begeven we ons naar dit door legenden omgeven complex dat boven op een steile tafelberg gelegen is. Er is geen natuurlijke toegang tot de uit de 7de eeuw daterende kloosters, en uitsluitend mannen krijgen toegang, geholpen door een geitenleren touw dat door de residentieële monniken omlaag geworpen wordt. Spartelend aan dit koord, af en toe met een voet steun zoekend in de steile wand, klim je dan naar boven waar de breed grijnzende (grijzende?) monnik je opwacht en je daarna rondleidt door het adembenemende complex van gebouwtjes waar nog zo'n 200 monniken in afzondering leven en je naar de prachtige kerk brengt, waar zoals vaak de schitterendste eeuwenoude schilderijen en iconen sjofeltjes opgehangen zijn. De gezondheidspost stelt weinig voor en volgens de priester is TB geen groot probleem hier, dus wordt er van de vestiging van een DOTS-

De KNCV maakt samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een tour langs de Europese hoofdsteden om de interesse te peilen voor de oprichting van een Europees 'Focal point for tuberculosis control'. Tevens worden de bekende 'Wolfheze workshops', aanvankelijk bedoeld voor West-Europese landen met weinig tuberculosepatiënten, voor het eerst door Centraal-Europese en Oost-Europese landen bezocht.



nederlands·tuberculose fonds  
- voor wereldwijde hulp

Het Nederlands Tuberculose Fonds ziet het licht. Het fonds ontstaat uit een fusie tussen stichting De Emma-bloem, de SLGTO (Stichting Landelijke Geldinzameling Tuberculosebestrijding Ontwikkelingslanden) en de Sluitzegelactie van de KNCV. Onder voorzitterschap van Johan Stekelenburg werft het fonds in Nederland financiële middelen voor nationale en internationale tuberculosebestrijding. De gelden worden geheel aan de KNCV ter beschikking gesteld. De KNCV gebruikt het geld voor tuberculoseprogramma's in ontwikkelingslanden en voor verder onderzoek.

1996

1997

steunpunt maar afgezien. Dr. Berhane is opgetogen, want hoewel hij zelf uit Tigray komt, had hij de klim nog niet eerder ondernomen.

Het laatste gezondheidscentrum met TB-behandeling dat we bezoeken, ligt bij Adwa, een historische plaats waar in 1896 voor het eerst in de geschiedenis van Afrika een koloniale grootmacht (die van de Italianen) werd verpletterd door het Ethiopische leger onder leiding van keizer Menelik. Nu een wat slaperig oord, waar de TB-dienst routinematig wordt geëvalueerd. De beeldschone, voor deze afgelegen locatie zeer modieuze TB-verpleegkundige heeft haar zaakjes goed op orde. Op de vraag of zij zichzelf hier nog lang ziet werken, denkt ze lang na en antwoordt ze bedachtzaam maar zeker: 'It's enough....'. Overplaatsing en vertrek bij de overheidssdienst, het draagt allemaal bij tot een chronisch tekort aan basaal opgeleid personeel in de staatsgezondheidszorg. De laborant geeft perfecte uitleg over het kwaliteitsbewakingssysteem van het TLCP. Hij legt ook uit dat patiënten die met een positieve

sputumuitslag van een privé-kliniek naar het centrum voor TB-behandeling komen, eerst opnieuw sputum moeten inleveren om daar te laten nakijken. Hij accepteert niet zomaar een uitslag van de privé-kliniek. In het dorp blijkt slechts één privé-kliniek te zijn. Ik vraag de man terloops of hij zijn collega daar kent. Het besmuikt gelach van de andere aanwezigen in het lab voorziet reeds in het antwoord en hij meldt vrolijk dat hij dat zelf is..., na werktijd. Het leek hem een goede zaak dat hij af en toe kwaliteitscontrole bij zich zelf doet en slim genoeg voegt hij eraan toe, dat het veel kan uitmaken op welk tijdstip sputum door de patiënt wordt geproduceerd.

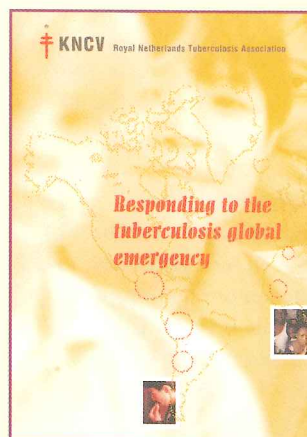
### Besluit

Twee regio's zijn bezocht in een land van 1 miljoen km<sup>2</sup>, twee uitersten, maar vrijwel ieder van de 12 regio's is uiterst verschillend. De geografische, etnische, politieke en culturele diversiteit maakt een uniforme TB-bestrijding er niet makkelijker op. De goede start die in de af-

gelopen 6 tot 7 jaren gemaakt is heeft geresulteerd in een sterke structuur van het programma, een basis van waaruit gewerkt kan worden aan noodzakelijke uitbreiding en verbetering, met als doel TB-opsparing en adequate behandeling bereikbaar te maken voor de gehele bevolking. Dit betekent een enorme investering in menskracht, opleiding en training, inclusief het betrekken van de bevolking bij het begeleiden van de behandeling en een nieuwe aanpak van de gevolgen van de HIV-gerelateerde TB-toename. Ondanks de huidige beschikbaarheid van aanzienlijke financiële steun voor TB-bestrijding (GFATM, Nederlandse Ambassade, Duitse Lepra Associatie, WHO) lijkt het Ethiopische gezondheidszorgbeleid (sterk bepaald door 'health sector reform' en een 'civil service reform') nog niet erg faciliterend te zijn voor de beschreven investering. Daarnaast heeft Ethiopië ook nog te kampen met een voortdurende voedselschaarste van ongekende omvang, waarvan het einde voorlopig nog niet in zicht is. 

De KNCV en de IUATLD organiseren in Hanoi de eerste internationale cursus 'TB-control' voor Aziatische landen. De cursus (al een succes in Latijns-Amerika en Afrika) is bedoeld om de strijd tegen het groeiende TB-probleem in de regio te ondersteunen. Verdere expansie van de DOTS-strategie en het opleiden van lokale gezondheidswerkers staan centraal. De keuze voor Hanoi ligt voor de hand: Vietnam is met zijn goede DOTS-resultaten een voorbeeld voor de regio. De cursus is een succes. In de jaren die volgen zullen steeds meer landen deelnemen.

De KNCV brengt in 1997 de eerste Engelstalige brochure uit over de eigen organisatie, nodig gezien de toenemende activiteiten in internationaal verband.



Engelstalige KNCV-folder 'Responding to the tuberculosis global emergency'.

# 1997

## KNCV Tuberculosefonds en het Nederlands Tuberculose Register

# Registratie draagt bij tot effectieve TB-bestrijding

**Dat Nederland sinds 1993 een vernieuwd geautomatiseerd TB-registratiesysteem heeft, is te danken aan de inspanningen van GGD'en en KNCV Tuberculosefonds. Vanaf volgend jaar kunnen de GGD'en in Nederland hun tuberculosepatiënten zelfs online registreren in het Nederlands Tuberculose Register.**

Het is natuurlijk een open deur: om een infectieziekte als TB effectief te kunnen bestrijden, moet je nauwkeurig in kaart brengen in welke mate, in welke vormen en bij welke bevolkingsgroepen de ziekte voorkomt. De geschiedenis van de TB-bestrijding in Nederland bewijst echter dat het in het verleden nog helemaal niet zo gemakkelijk was om deze gegevens boven tafel te krijgen. En al lukte dat wel, dan nog bleef de vraag: hoe kun je de informatie zo opslaan, dat je een compleet en betrouwbaar beeld kunt geven van het vóórkomen van TB in ons land? 'In de eerste helft van de vorige eeuw vond registratie van TB maar mondjesmaat plaats', vertelt Nico Kalisvaart, stafmedewerker on-

derzoek en ontwikkeling van KNCV Tuberculosefonds. 'Zo begon het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in 1900 al wel met het registreren van de sterftcijfers, maar kwam pas na de oorlog een systematische TB-ziektereregistratie op gang.'

### Witte en Blauwe Kaarten

Kalisvaart nam in 1989 de uitdaging aan om voor de KNCV de TB-registratie te gaan moderniseren. 'Directeur Jaap Broekmans zocht iemand die thuis was in zowel de gezondheidszorg als de automatisering. Dat waren precies de disciplines die ik in mijn toenmalige werk bij de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid ook al combineerde.' Het registratiesysteem van dat



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Angola.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Yogyakarta, Indonesië.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in penitentiaire inrichtingen in Kazakstan.

De KNCV neemt het initiatief tot de oprichting van het Samenwerkingsplatform Internationale Tuberculosebestrijding (SIT). Via dit platform blijven Nederlandse organisaties die betrokken zijn bij de internationale tuberculosebestrijding op de hoogte van elkaars activiteiten, en kunnen ze – daar waar zinvol – activiteiten op elkaar afstemmen. Deelnemende organisaties naast de KNCV zijn: Artsen zonder Grenzen, Cordaid/Memisa, ETC Crystal, ICCO, Johannes Wier Stichting, Kerkinactie, Koninklijk Instituut voor de Tropen, Landelijk Overleg Forum Internationaal Beleid, Leprastichting, Nederlandse Rode Kruis, SIMAVI, Stichting Nederlands Comité Nederland-Vietnam en Tear Fund.

De KNCV krijgt het CBF Keurmerk voor fondsenwerving toegekend voor de komende 5 jaar.



## 1998

moment bestond uit de zogeheten Witte Kaarten en Blauwe Kaarten. De Witte Kaarten dateerden van 1951; daarop werden alle gesignaleerde ziektegevallen geregistreerd. De Blauwe Kaarten kwamen later, in 1973, en werden gebruikt voor het opslaan van aanvullende informatie, zoals informatie over de behandeling. Kalisvaart: 'Sinds 1982 geldt er een wettelijke registratieplicht voor TB. Bij vaststelling van TB meldt de behandelend arts dat aan de GGD, en de GGD op zijn beurt weer aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).'

### Onvoldoende inzicht

Modernisering van dit kaartregistratiesysteem was om diverse redenen dringend gewenst, vervolgt Kalisvaart. 'Ten eerste waren de gegevens niet compleet. De Witte Kaarten gaven bijvoorbeeld geen inzicht in de vraag of een patiënt tot een risicogroep behoorde en, zo ja, welke. Ook ontbraken behandelingsresultaten op landelijk niveau. We wisten wel hoeveel patiënten behandeld werden, maar niet of men ook ge-



Nico Kalisvaart.

nas. Daarnaast waren de gegevens, omdat ze op papier waren opgeslagen, moeilijk toegankelijk en lastig te analyseren. Je kon er geen analyseprogramma op loslaten om bepaalde trends zichtbaar te maken. Een derde bezwaar was dat de terugrapportage aan de diagnostiserende artsen bij de GGD'en zeer traag verliep en niet volledig was.

GGD-artsen hadden dus onvoldoende inzicht in de TB-situatie in hun eigen regio in vergelijking met het landelijke niveau.'

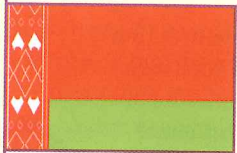
Een werkgroep Modernisering Witte en Blauwe Kaarten van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding ging op zoek naar wegen om het registratiesysteem te verbeteren. Kalisvaart benadrukt dat dit initiatief van de KNCV door een brede coalitie van samenwerkende partijen werd gesteund. 'We wilden toewerken naar een breed gedragen registratiesysteem. Doordat we erin slaagden om samen met IGZ en GGD'en een nieuwe registratie op te zetten, werd het beheer van deze registratie aan ons gedelegeerd.'

### Het NTR: compleet en actueel

Het resultaat van dit samenwerkingsproject was het Nederlands Tuberculose Register (NTR), dat in 1993 in gebruik genomen werd. Het omvat drie delen. Deel 1 – sinds de nieuwe infectieziektewet overigens niet meer zo genoemd – is wettelijk verplicht, de delen 2 en 3 zijn dat niet. De GGD'en vullen per patiënt



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Jambi, Indonesië.



De KNCV start met de ondersteuning van het Nationale Tuberculoseprogramma in Belarus.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Suriname (met ingang van 2001 is de ondersteuning stopgezet).

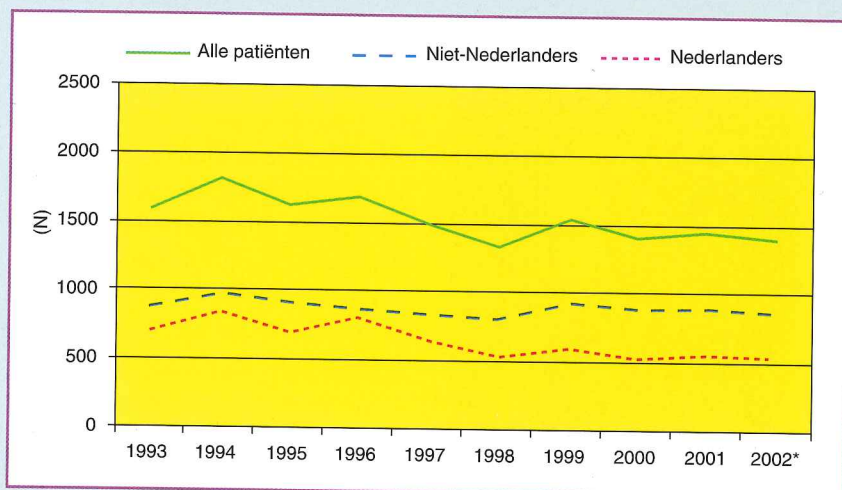


De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Macedonië.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Novgorod Oblast, Russische Federatie.

## 1999



Aantal tuberculosepatiënten naar nationaliteit, Nederland, 1993-2002. Bron: NTR/KNCV.  
\* Voorlopige gegevens.

voor elk deel een kaart in. Deel 1 wordt aan de IGZ gestuurd, de overige twee delen gaan naar KNCV Tuberculosefonds. 'Deel 1 bevat basale informatie', legt Kalisvaart uit, 'zoals anonieme persoonsgegevens en een aanduiding van de lokalisatie van TB die is gediagnosticeerd. Die gegevens staan ook op deel 2, dat echter veel uitgebreider is en informatie biedt over zaken als klachten, eventuele eerdere TB of TB-infectie, en of de patiënt tot een risi-

cogroep behoort. Deel 3 bevat gegevens over de behandeling. GGD'en sturen deel 3 pas in als de behandeling van de patiënt is voltooid; dus minimaal zes maanden later.'

Het vernieuwende karakter van het NTR komt ook tot uitdrukking in de manier waarop KNCV Tuberculosefonds de gegevens beheert en rapporteert. Na een eerste handmatige check gaan de kaarten naar Prisma, een extern bureau dat is gespecialiseerd in het invoeren en va-

liden van informatie. Kalisvaart: 'Zij voeren de gegevens in de computer in, controleren of alle informatie er is en rapporteren eventuele fouten aan ons terug. Indien nodig benaderen we de GGD'en om de ontbrekende informatie alsnog te achterhalen. Het uiteindelijke resultaat is een complete en actuele gegevensset per patiënt. Door de digitale informatieopslag is het systeem toegankelijk, zijn de gegevens beschikbaar voor analyse en kan er geregeld – in de praktijk driemaandelijks – aan de GGD'en worden gerapporteerd.'

### De Index Tuberculosis

De gegevens in het NTR zijn in principe voor iedereen beschikbaar. In de praktijk zijn het vooral medewerkers van de GGD'en, onderzoekers en instanties als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en EuroTB die informatie uit het NTR opvragen. 'Vanaf 1994 functioneert er een Registratie Commissie NTR, bestaande uit TB-artsen, die alle aanvragen toetst', legt Kalisvaart uit. 'Omdat de commissie maar en-

De KNCV wordt voorzitter van de Green Light Committee. Dit comité, opgericht door de Wereldgezondheidsorganisatie, zorgt voor de verstrekking van medicijnen tegen multiresistente tuberculose. Landen met een hoog percentage multiresistente tuberculose kunnen kwalitatief goede tweedelijns medicijnen inkopen tegen een zeer lage prijs. Alleen projecten die deze 'laatste kans'-medicijnen op verantwoorde wijze gebruiken, komen in aanmerking. De prijsverlagingen bedragen gemiddeld maar liefst 98%!

De KNCV ondertekent de samenwerkingsovereenkomst met de Amerikaanse ontwikkelingsorganisatie USAID (United States Agency for International Development). De Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA), waarvan de project management unit wordt gehuisvest bij de KNCV, gaat USAID ondersteunen bij de uitvoering van nationale TB-bestrijdingsprogramma's.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in de Dominicaanse Republiek.



De KNCV start met de ondersteuning van het Nationale Tuberculoseprogramma in Georgië.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in El Salvador.

## 2000

kele keren per jaar bijeenkomt, gebeurt dat meestal achteraf. Alleen als iemand informatie op persoonsniveau wil hebben, is toetsing vooraf nodig. In dat geval stuur ik de aanvraag direct door naar de commissieleden. Uiteraard zijn de verstrekte gegevens altijd anoniem; ook krijgt de aanvrager geen informatie over welke GGD de registratie instuurde.'

Voor de belangrijkste gegevens uit het NTR kunnen artsen, onderzoekers en TB-organisaties ook terecht in de Index Tuberculosis, een rapportage die KNCV Tuberculosefonds jaarlijks publiceert. 'De index is in eerste instantie bedoeld voor de GGD'en', aldus Kalisvaart. 'Voor hen is het een belangrijke aanvulling op de kwartaalrapportages uit het NTR, temeer omdat we voor de Index ook andere bronnen gebruiken, zoals het CBS, de Landelijke Medische Registratie (LMR), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de gegevens over screening van asielzoekers en gevangenen. Daarnaast wordt de index verspreid onder de longart-

sen in Nederland, overheidsinstanties en bijvoorbeeld ook onze internationale partners.'

### Registratie via Internet

De komst van het NTR in 1993 was een enorme stap vooruit in de TB-registratie en de mogelijkheden om de informatie op een doelmatige manier in te zetten bij het bestrijden van de ziekte. Toch is het systeem nog niet volmaakt, vindt Kalisvaart. 'We zijn in 1996 begonnen met een mogelijke digitalisering van het NTR door de ontwikkeling van een managementinformatiesysteem voor TB en registratie op de GGD'en (MIS-TB). Uiteindelijk zal pas op z'n vroegst in 2004 kunnen worden gestart met het digitaal aanleveren van NTR-gegevens via Internet. Samen met het RIVM, dat in opdracht van de IGZ een verbeterde versie van het Internetregistratiesysteem voor infectieziekten in Nederland ontwikkelt (OSIRIS), zijn we vorig jaar begonnen met de ontwikkeling van een digitale applicatie voor de aanlevering van NTR-gegevens. Inmiddels is een testversie

beschikbaar en werkt een aantal GGD'en mee aan het testen en optimaliseren van dit nieuwe programma. Als alles naar wens verloopt, wordt het volledige registratiesysteem in 2004 bij de GGD'en in gebruik genomen. Het grote voordeel van online registratie is dat de verschillende deelnemers aan het systeem (GGD, IGZ en KNCV Tuberculosefonds) direct via Internet kunnen communiceren over de desbetreffende registratie. Dit vereenvoudigt het valideren en biedt de mogelijkheid om onjuistheden of veranderingen direct in het registratiebestand te verwerken. Bovendien is het systeem zodanig ingericht dat wijzigingen in de registratiedelen of (tijdelijke) aanvullingen snel zijn aan te brengen.'

Aan het einde van het gesprek benadrukt Kalisvaart nogmaals dat 'partnerships' essentieel zijn voor de kwaliteit van de TB-bestrijding: 'De ontwikkeling en verbetering van het NTR is te danken aan een optimale samenwerking van de verschillende partijen binnen de TB-bestrijding in Nederland.' 

## 2001



*De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Eritrea.*



*De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in de Filipijnen.*

Wereldtuberculosedag, 24 maart, markeert het begin van een nieuwe fase in de internationale tuberculosebestrijding met de lancering van de nieuwe Global Drug Facility (GDF). De KNCV is actief betrokken bij de plannen voor de oprichting van dit fonds. De GDF garandeert de beschikbaarheid van tuberculosemedicijnen voor arme landen met een hoge tuberculose-incidentie. De Nederlandse overheid wordt internationaal een van de voorlopers van dit fonds door een bedrag van € 9 miljoen toe te zeggen.



*De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Lampung en gaat in het kader van het TBCTA-project het nationale programma ondersteunen bij trainingsactiviteiten, medicijnvoorziening en de opzet van een netwerk van laboratoria.*

## 2001

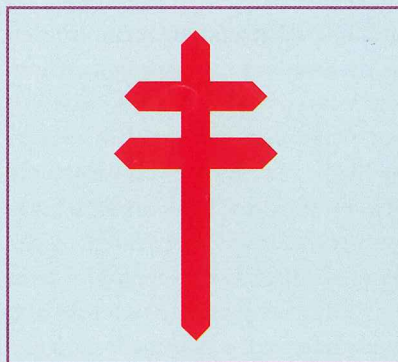
### Het logo van de tuberculosebestrijding in Nederland

# Een nieuw beeld, dezelfde strijd

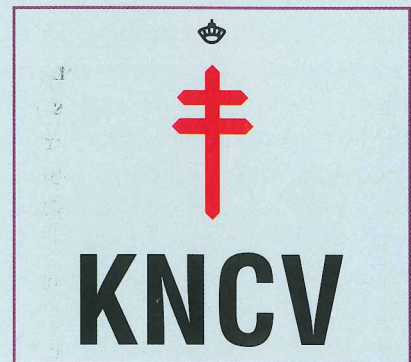
De oorsprong van het Lotharingse kruis ligt in de dertiende eeuw als een Franse ridder van de zesde kruistocht een deel van een van de drie originele dubbele kruizen van Golgotha meebrengt als oorlogsbuit. De hertog van Anjou neemt het relikwie onder zijn hoede. In de vijftiende eeuw wordt het als symbool opgenomen in het wapenschild van Lotharingen. Sindsdien staat het bekend als het Lotharingse kruis.

Tijdens de bijeenkomst van het 'Central Bureau for the Prevention of Tuberculosis' in 1902 te Berlijn kiest de internationale tuberculosebestrijding het Lotharingse kruis als symbool van strijdbaarheid. Het Lotharingse kruis wordt daar-

mee een zeer herkenbaar logo in de strijd tegen tuberculose. Een aantal organisaties, waaronder de IUATLD (International Union against Tuberculosis and Lung Disease) en de American Lung Association gebruikt het nog steeds.



*Het Lotharingse kruis.*



*Het logo van de KNCV van 1953 tot en met 2002.*





De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Nigeria.

In het voorjaar wordt het Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) opgericht voor de bestrijding van deze ziekten.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Zuid-Afrika.

In Bellagio, Italië, wordt in oktober de structuur van het Stop TB partnership vormgegeven. De KNCV is actief in de werkgroepen voor gecombineerde aanpak van HIV en tuberculose, de behandeling van resistente TB met DOTS-plus en de verbreiding van de DOTS-strategie.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in penitentiaire inrichtingen in Georgië.



De KNCV start met de ondersteuning van het Nationale Tuberculoseprogramma in Moldavië.



nederlands · tuberculose fonds  
· voor wereldwijde hulp

Het logo van het Nederlands Tuberculose Fonds van 1997 tot en met 2002.

K N C V



TUBERCULOSEFONDS

Het nieuwe logo van KNCV Tuberculosefonds met ingang van januari 2003.

Ook de KNCV voerde het Lotharingse kruis bijna honderd jaar in haar logo, sinds 1953 zelfs gesierd met een kroontje om het predikaat koninklijk tot uitdrukking te brengen.

### Stop TB in nieuw logo verbeeld

De sterke opmars van tuberculose wereldwijd brengt de KNCV en het Nederlands Tuberculose Fonds ertoe om vanaf 1 januari 2003 geza-

menlijk campagne te gaan voeren onder een nieuwe naam: KNCV Tuberculosefonds. Bij een nieuwe naam hoort een nieuw logo: een hand die het stopteken maakt met aan weerszijden de namen van de KNCV en het Tuberculosefonds. Het Lotharingse kruis van de KNCV en de wereldbol van het Nederlands Tuberculose Fonds maken daarmee plaats voor het krachtige beeld van de hand.

Een krachtig en veelzeggend logo, vindt KNCV-directeur Jaap Broekmans. 'De hand straalt uit dat we stelling nemen tegen de tuberculose, dat we onze handen uit de mouwen willen steken. Het rood symboliseert passie en betrokkenheid bij onze missie. En uit de strakke vormgeving spreekt autoriteit: we zijn professionals in de tuberculosebestrijding.' De gestileerde hand doet denken aan het STOP-teken van een politieagent. Wie goed kijkt, ziet dat de lijnen in de hand de letters 'tb' vormen, de internationale afkorting van tuberculose. Daarmee is het nieuwe logo ook een handreiking naar andere landen om samen een eind te maken aan tuberculose. 



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Guinea-Bissau.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Indonesië in het kader van het CIDA-project.

De KNCV neemt deel aan het project VISI (Versterking InfraStructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg), een project van GGD Nederland. De bijdrage van de KNCV spitst zich toe op drie deelprojecten:

- het versterken van de regionale samenwerking van afdelingen Tuberculosebestrijding in Limburg;
- de ontwikkeling van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens door een landelijke werkgroep;
- het afstemmen van (na)scholing en de toekomstige herregistratie van sociaal-verpleegkundigen met andere consultants op het terrein van de infectieziektebestrijding.

In maart gaat de KNCV samenwerken met de Canadese ontwikkelingsorganisatie CIDA (Canadian International Development Assistance). Dit betekent 10 miljoen euro extra voor de opzet en ontwikkeling van nationale tuberculoseprogramma's in zes Afrikaanse en Aziatische landen.

2002

We moeten de expertise van onze professionals maximaal benutten

## KNCV Tuberculosefonds ook in de toekomst TB-kenniscentrum

**De strijd tegen TB heeft het tijd mee. TB staat hoog op de politieke agenda en weldoeners doneren veel geld. Voor KNCV Tuberculosefonds het moment om de bakens te verzetten, vindt Kitty Lambregts. 'We kunnen onze missie, het verspreiden van kennis en expertise, waarmaken door te profiteren van de gunstige situatie en mee te groeien met de ontwikkelingen.'**

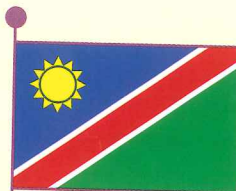
**K**itty Lambregts heeft een lange staat van dienst in de tuberculosebestrijding. Ze begon in 1981 als provinciaal TB-arts, kwam in 1993 bij de KNCV, was enkele jaren coördinator van de unit Nationaal en heeft momenteel een dubbelfunctie, enerzijds als secretaris van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) en anderzijds als voorzitter van de Green Light Committee (GLC) van de WHO. In twee decennia heeft ze de KNCV zien uitgroeien van een kleine pioniersorganisatie tot een professioneel en alom gerespecteerd kennisinstituut met een toonaangevende rol in de nationale en internationale TB-bestrijding. 'We staan bekend als integer en flexibel en worden gewaardeerd om onze

kennis en expertise. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat we zijn gevraagd voor het voorzitterschap van de GLC, een partnership van diverse internationale TB-bestrijdingsorganisaties dat zich inzet voor verspreiding van sterk in prijs gereduceerde medicijnen tegen multiresistente TB. Onze partners zijn onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), de United States Agency for International Development (USAID), de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Harvard University, stuk voor stuk belangrijke spelers in het veld. Het feit dat wij voor het voorzitterschap zijn gevraagd, zegt dus wel iets.'



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Mozambique.

Tijdens de achtste Wolfheze 'Workshops for Tuberculosis Control in Europe' wordt het concept beleidsdocument 'A Framework for the control of Tuberculosis and HIV/AIDS in Europe' geproduceerd. Dit dient als leidraad voor de bestrijding van deze dubbelepidemie.



De KNCV start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Namibië.



De KNCV start met het project DOTS-implementatie in Kiev, Oekraïne.

# 2003

## Profiteren van het momentum

KNCV Tuberculosefonds heeft zijn vooraanstaande rol in de internationale TB-bestrijding echter niet alleen te danken aan zijn goede naam. 'De strijd tegen TB heeft ook het tij mee', aldus Lambregts. 'TB was jarenlang heel moeilijk op de politieke agenda te krijgen, maar nu heeft de ziekte alle aandacht van belangrijke organisaties als de WHO en de G8 (de wereldtop van meest geïndustrialiseerde landen aangevuld met Rusland; redactie). Op eens is er ook veel geld beschikbaar.

## Onze missie voor de komende jaren moet zijn dat we onze kennis en expertise zo veel mogelijk verspreiden'

Toen we in de jaren tachtig in landen als Vietnam en Benin begonnen, mocht het allemaal niet te veel kosten: er was bijna geen geld. Nu krijgt een partnership als de GLC enorme sommen uit fondsen van

multimiljardairs als Gates, Rockefeller en Soros. Fantastisch natuurlijk, maar soms wordt het geld ook over de balk gegooid. Voor een van oorsprong calvinistische particuliere organisatie die zuinigheid altijd als deugd heeft gezien, is dat een behoorlijke cultuurschok.'

Kortom: TB is 'in' bij de politiek en bij geldgevers. Hoe verheugend dat ook is, toch vindt Lambregts een waarschuwing op zijn plaats. 'Wat vandaag mode is, kan morgen passé zijn. Over een paar jaar is een ander goed doel weer heel 'sexy' voor geldgevers. We moeten daarom nú profiteren van het momentum voor TB. We zijn een kennisinstituut met een professionele kijk op hoe TB bestreden moet worden en hebben ook nog eens ontzettend veel ervaring, terwijl het de internationale TB-bestrijding nog steeds aan voldoende kennis en expertise ontbreekt. Onze missie voor de komende jaren moet mijns inziens dan ook zijn dat we de kennis en expertise die wij de afgelopen decennia hebben opgebouwd zo veel mogelijk verspreiden.'

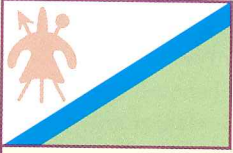
## Professionals zijn onze kracht

Om die missie te kunnen vervullen, moet KNCV Tuberculosefonds zijn organisatiestructuur aanpassen, is Lambregts' overtuiging. 'De professionals zijn onze kracht; zonder professionals geen KNCV Tuberculosefonds. We moeten de organisatie dus zo inrichten dat de expertise van onze professionals maximaal benut wordt. Dat is nu niet altijd het geval. Je ziet bij ons bijvoorbeeld vaak dat seniormedewerkers met veel ervaring doorgroeien naar een functie als coördinator. Een coördinatorpositie geeft weliswaar meer status en invloed in het managementteam, maar betekent tevens dat je je minder op inhoudelijke aspecten kunt richten en vooral met managementtaken bezig bent. Ik denk dat we het moeten zoeken in een creatieve oplossing, bijvoorbeeld door de hiërarchie om te keren. Zet seniorprofessionals op een plaats waar ze zich kunnen richten op de inhoud van het werk, en biedt hun ondersteuning via een managementlaag daaronder, niet daarboven.'





*KNCV Tuberculosefonds start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Egypte.*



*KNCV Tuberculosefonds start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in Lesotho.*

KNCV Tuberculosefonds krijgt wederom het CBF Keurmerk voor fondsenwerving toegekend voor de komende vijf jaar.

Een zeer belangrijke gebeurtenis in 2003 is het 50-jarig bestaan van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT). Ter gelegenheid daarvan is de Nederlandse tuberculosebestrijding onder de loep genomen door een internationaal reviewteam. Tijdens het symposium 'De Nederlandse tuberculosebestrijding door buitenlandse ogen gezien', worden de bevindingen van dat team gepresenteerd.

Het reviewteam bestond uit:

- Mevrouw M. Grzemska, WHO Stop TB Department
- Mevrouw C.J. Pozsik, South-Carolina Department of Health and Environmental Control
- De heer E. Haldal, Norwegian Institute of Public Health
- De heer T. Lillebaek, Statens Serum Institut, Denemarken.

### Minimal package


Als secretaris van de CPT is Lambregts medeverantwoordelijk voor de beleidsvorming op het nationale vlak. Welke ontwikkelingen ziet zij daar voor de nabije toekomst? 'Nationaal gezien is er een heel ander momentum voor TB. In de jaren tachtig gingen de consultatiebureaus op in de GGD'en, maar die

## 'Ik zie mogelijkheden voor het concentreren van de GGD'en in regionale centra, gekoppeld aan de inzet van mobiele röntgenunits'

waren aanvankelijk helemaal niet zo blij met hun nieuwe verantwoordelijkheid. De KNCV heeft toen een belangrijke 'vangnetfunctie' op zich genomen en heeft zich opgeworpen als een overkoepelend orgaan voor de TB-bestrijding. Nu is er een kentering en tonen zowel politiek als professionals meer interesse. Als

organisatie die internationaal altijd hamert op meer overheidsbemoediging zouden we dit moeten verwelkomen, maar wat blijkt: onze organisatie heeft moeite om bepaalde zaken uit handen te geven. We moeten echter niet bang zijn om een andere rol op ons te nemen. Dat doen we toch al honderd jaar?'

Lambregts pleit voor schaalvergroting. Zij vindt dat de TB-bestrijding moet toewerken naar een nieuwe structuur met een meer regionaal draagvlak. 'Er zijn circa 45 GGD'en die aan TB-bestrijding doen, terwijl sommige te weinig patiënten hebben om de kwaliteit te garanderen voor het hele takenpakket. Ik zie goede mogelijkheden voor het concentreren van de TB-bestrijding in een stuk of acht regionale centra, gekoppeld aan de inzet van mobiele röntgenunits. Ook zouden ziekenhuizen een deel van de taken kunnen overnemen. Een voordeel is dat je daarmee artsteamteams krijgt in plaats van één TB-arts per locatie. De ene arts is sociaal heel vaardig, de ander is weer goed in het doen van onderzoek, en zo vullen ze el-

kaar aan. Het ligt voor de hand dat deze regio's in een dergelijk scenario een deel van onze consultatiefunctie overnemen. Misschien moeten we nog andere taken afstoten en ons beperken tot een 'minimal package'. Ik vind het belangrijk dat we hierover intern de discussie aangaan. Wat mij betreft omvat een dergelijk 'minimal package' onze centrale coördinerende rol, de CPT, de surveillance en een dynamische invulling van de vangnetfunctie.' Lambregts noemt twee uitdagingen voor de nationale TB-bestrijding die momenteel in het vangnet liggen. 'Ten eerste het gevaar dat deskundigheid en ervaring verloren gaan. Het is onze taak om dit te bewaken en te zorgen voor een adequate opleiding voor artsen en verpleegkundigen. Een tweede punt is het probleem van TB onder illegalen en mensen die, als inwoners van de nieuwe EU-partnerlanden, vrij naar Nederland mogen komen. Daar zitten landen bij die een multiresistentieprobleem hebben. Dat vraagt om nieuw beleid en aangepaste opleidingen.' 

KNCV Tuberculosefonds start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in penitentiaire inrichtingen in de Kaukasus.



KNCV Tuberculosefonds start met de ondersteuning van de tuberculosebestrijding in penitentiaire inrichtingen in Moldavië.

Op 9 oktober viert de KNCV haar honderdste verjaardag met alle nationale en internationale partners en sympathisanten van KNCV Tuberculosefonds. Deze zijn allen uitgenodigd deel te nemen aan een jubileumsymposium in de Koninklijke Schouwburg in Den Haag, gevolgd door een feestelijke avond. Actuele thema's die de toekomst van de Nederlandse tuberculosebestrijding bepalen staan centraal bij het nationale deel van het symposium. Het internationale deel spitst zich toe op de rol van NGO's in DOTS-expansie. Tot de belangrijkste sprekers behoort Dr Jong-Wook Lee, directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het symposium resulteert in de Centennial Declaration, die richtingbepalend zal zijn voor de bestrijdingspraktijk van de verschillende NGO's werkzaam in de tuberculosebestrijding.

# 2003

**KNCV Tuberculosefonds werkt mee aan nieuwe methoden van onderzoek**

## Opsporen TB-patiënten kan eenvoudiger en goedkoper

Het pionierswerk van dr. Styblo heeft laten zien dat een effectieve TB-bestrijding gebaseerd moet zijn op gedegen epidemiologisch onderzoek. Willen de internationale TB-bestrijdingsorganisaties er de komende jaren in slagen de gestelde doelen te bereiken, dan zullen er nieuwe onderzoeksmethoden en middelen moeten worden ontwikkeld, aldus Martien Borgdorff.

**B**orgdorff is coördinator van de unit Onderzoek en Ontwikkeling van KNCV Tuberculosefonds. Sinds oktober 2002 is hij tevens verbonden aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) als hoogleraar internationale gezondheidszorg, in het bijzonder tuberculose. In een vraaggesprek vertelt hij over zijn werk op beide posten en geeft hij zijn visie op de toekomst van de TB-bestrijding.

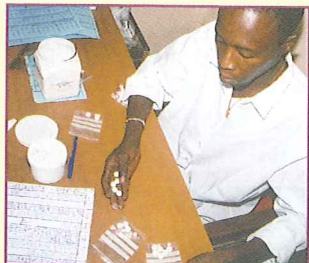
### Welke rol speelt de unit Onderzoek bij de opsporing en bestrijding van TB?

'Onze unit levert een belangrijke bijdrage aan kennis over en inzicht in TB. We doen epidemiologisch en operationeel onderzoek naar de transmissie van TB, naar het ziekte-

verloop en naar de effectiviteit van bestrijdingsmethoden, zowel in Nederland als in ontwikkelingslanden. De hoofdlijn van ons onderzoek is drieledig. Ten eerste doen we tuberculinesurveys onder schoolkinderen. Deze surveys geven een redelijk beeld van de infectiedruk in een land of regio. Als het nodig is om een beter beeld te krijgen, voeren we ziektesurveys uit. Daarin stel je op basis van röntgenfoto's en sputumonderzoek het aantal bestaande infecties nauwkeurig vast. Een derde onderzoeksvorm is DNA-fingerprinting. Met die techniek kweken we uit het sputum van verschillende patiënten de bacterie op. Door het DNA van de gekweekte bacteriën te vergelijken, komen we



Saro Seidy is een 32-jarige werkloze houthandelaar uit Abuko in Gambia. Hij is getrouwd en heeft vier kinderen. Bij hem is de diagnose extrapulmonale tuberculose gesteld, waarvoor hij sinds half juni 2003 in behandeling is.



*In januari 2003 ontdekte ik een harde bobbel in mijn nek, die in de daaropvolgende weken snel groeide. Het bangstigde mij en mijn vrouw enorm. Wie of wat was de oorzaak van dit kwaad in mijn lichaam? Een marabout (spiritueel genezer) in mijn dorp Abuko bevestigde mijn angst: de tu-*

*mor was vleesgeworden kwaad. Met de marabout zocht ik naar een oplossing, maar het mocht niet baten. In maart had de bobbel de omvang van een grote vuist en was ik vele kilo's lichter.*

te weten welke patiënten door dezelfde bron of door elkaar zijn geïnfecteerd. Zo kun je de verschillende TB-stammen lokaliseren.'

#### **Waarom voert u tuberculinesurveys uit als ziektesurveys een nauwkeuriger beeld geven?**

'Een goede vraag, temeer daar het vertrouwen in tuberculinesurveys de laatste tijd is afgenomen, vooral in ontwikkelingslanden. Het onderzoek levert daar namelijk vaak fout-

speelt dit geen rol, maar het probleem met deze onderzoeken is dat ze erg kostbaar zijn. Daarom werkt KNCV Tuberculosefonds momenteel mee aan de ontwikkeling van een goedkopere en vooral eenvoudigere methode waarmee we zowel de ziektelast als de effecten van de bestrijding kunnen meten en trends in de tijd zichtbaar kunnen maken.'

#### **Hoe moet een dergelijke methode eruitzien?**

'Daar is nog weinig over te zeggen. De ontwikkeling van zo'n methode kost misschien wel een jaar of tien, en we zitten nu nog in het beginstadium. Maar het zal zeker niet zo zijn dat iedereen in een regio een onderzoek krijgt. Het worden representatieve steekproeven, eventueel onder specifieke doelgroepen. In Afrika, waar standaard bloed wordt afgenomen bij zwangere vrouwen, neemt men bijvoorbeeld de gelegenheid te baat om tegelijkertijd te testen op HIV. Iets dergelijks kun je wellicht ook voor TB doen. Welke meetmethode het uiteindelijk wordt, valt ook nog niet te zeggen. Misschien blij-

ken de diagnostische tests die we nu al doen, bruikbaar. Een alternatief is de polymerasekettingreactie, een nieuwe techniek die een snellere diagnose mogelijk maakt. Ook zijn er nieuwe tests in de maak, bijvoorbeeld een bloedtest die de huid- of tuberculinetest kan vervangen. Deze test maakt gebruik van andere antigenen die een betere en betrouwbaarder reactie geven, zodat een infectie met meer zekerheid is vast te stellen. Bovendien heb je bij deze bloedtest veel minder last van kruisreacties.'

#### **Sinds oktober bent u hoogleraar aan de UvA. Wat houdt die functie in?**

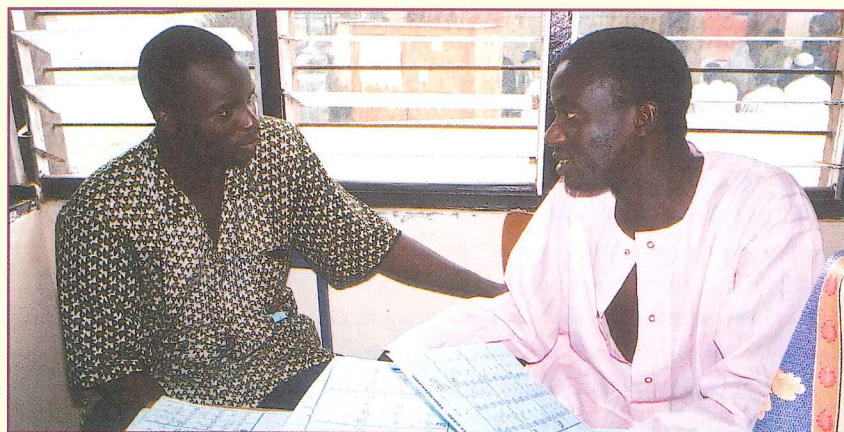
'Als hoogleraar internationale gezondheidszorg, in het bijzonder tuberculose, doe ik in het Academisch Medisch Centrum onderzoek naar armoedegerelateerde, overdraagbare ziekten. Mijn onderzoek vindt plaats in het kader van het Center for Poverty-related Communicable Diseases (CPCD), een samenwerkingsverband van de UvA, KNCV Tuberculosefonds, het Koninklijk Instituut voor de Tropen en Pharm-

## **'Er is behoefte aan goedkope en eenvoudige methoden voor het vaststellen van de TB-ziektelast'**

positieve reacties op, omdat de kinderen al een BCG-vaccinatie hebben gehad. Bovendien vind je in de tropen veel mycobacteriën die sterke gelijkenis vertonen met de TB-bacterie. Ook deze zorgen vaak voor kruisreacties. Bij ziektesurveys

► Bovendien was ik inmiddels al mijn spaargeld van drieduizend dalassi (ongeveer honderd euro, evenveel als

vier van mijn gemiddelde maandsalarissen) kwijtgeraakt aan de marabout en aan natuurmedicijnen. Ten einde



raad, en tegen het advies van familie en vrienden in, bezocht ik daarop het medische onderzoekscentrum in het nabijgelegen stadje Serekunda. Daar onderging ik allereerst een test op HIV. Na de negatieve uitslag volgde een sputumonderzoek. Ook negatief. Maar een Mantoux-test leidde naar de diagnose: extrapulmonale tuberculose. Half juni begon ik met de behandeling. Nu kom ik drie keer per week naar het ziekenhuis in Serekunda om mijn tuberculosemedicijnen in te nemen.

Ik wist dat tuberculose een ernstige ziekte is, maar niet dat er medicijnen ►

## 2003

Access International. Tot nu toe heb ik me vooral met TB beziggehouden, maar het is de bedoeling dat ik op termijn ook vergelijkbaar onderzoek ga doen naar HIV en malaria. Mijn benoeming aan de universiteit zie ik als een positief signaal richting KNCV Tuberculosefonds dat de UvA overtuigd is van onze kwaliteit en deskundigheid. Over die erkenning ben ik uiteraard zeer verheugd. Dat is van grote betekenis voor de TB-bestrijding, omdat ik als

langrijk, tot geldstromen en subsidies om mijn onderzoeksprojecten te financieren. Zo financiert de Bill Gates Foundation momenteel de voorbereiding van een veldonderzoek in Zuid-Afrika naar de effecten van een nieuw, genetisch gemodificeerd BCG-vaccin. In Kenia, een land dat sterk is getroffen door de HIV-epidemie, is een onderzoek begonnen naar de mogelijke rol van actieve opsporing van TB-patiënten.

**De HIV-epidemie is een groot probleem voor de internationale TB-bestrijding. Wat moet er volgens u op dat vlak gebeuren?**

‘Inderdaad worden steeds meer mensen, vooral in Afrika, slachtoffer van een gecombineerde HIV/TB-besmetting. Normaal hebben mensen met een TB-besmetting een kans van 1 op 10 om ziek te worden, maar komt daar een HIV-besmetting bij dan is die kans fifty-fifty. Gelukkig zien we in Oost-Afrika dat HIV minder snel toeneemt dan voorheen. Op een gegeven moment zal de epidemie in een zogeheten ‘steady state’ komen; het aan-



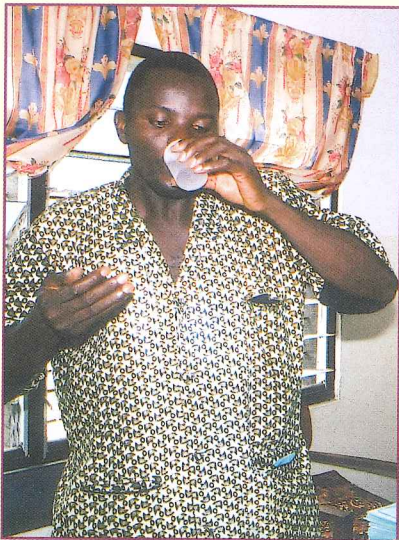
Martien Borgdorff.

**‘Er zijn nieuwe tests in de maak, bijvoorbeeld een bloedtest die de huid- of tuberculinetest kan vervangen’**

hoogleraar kan samenwerken met toponderzoekers uit de academische wereld. Ik krijg gemakkelijker toegang tot relevant wetenschappelijk onderzoek en, niet minder be-


tal nieuwe gevallen is dan gelijk aan het aantal sterfgevallen. Ik waag me echter niet aan voorspellingen over een eventuele afname van het aantal HIV-besmettingen, want de HIV-preventie is veelal bedroevend slecht. Uit onderzoek naar condoomgebruik blijkt bijvoorbeeld dat in de top-6 van HIV-landen slechts 17 condooms per man per jaar wor-





tegen zijn. Mijn vrouw en ik schrokken in eerste instantie dan ook enorm van de diagnose. Inmiddels zijn we van deze angst af. Maar er is een nieuwe bijgekomen: de angst voor het blijvend verlies van werk. Mijn werk als zelfstandig houthandelaar heb ik moeten staken, mijn klanten ben ik kwijt. Omdat ik mijn familie niet meer kan onderhouden, springen familieleden noodgedwongen bij. Mijn vrouw is voor extra inkomsten vis gaan verkopen op de markt. Nog steeds voel ik mij fysiek erg zwak en heb ik vooral pijn in mijn benen: 'alsof ik continu door vuur heen moet lo-

pen'. Maar ik ben vastbesloten mijn zaak weer op te zetten als ik me beter voel.

Mijn vrouw heeft mijn ziekte geaccepteerd, gelooft in mijn genezing en staat me bij. Bij vrienden en anderen ligt het lastiger. Tuberculose in de longen begrijpen ze misschien nog, maar dit kan ik niet aan ze uitleggen, ze denken zoals ik in het begin: dat iemand me kwaad wil doen of dat ik iets slechts heb gedaan. Gelukkig is de tumor nu verdwenen, je kunt niet meer zien dat ik nog steeds ziek ben. 

den gebruikt, terwijl heel veel mannen aangeven dat ze geregeld seks hebben met meerdere, vaak onbekende partners. De preventie moet dus krachtiger ter hand genomen worden. Daarnaast is er dringend behoefte aan projecten waarin TB- en HIV-onderzoekers hun kennis en expertise delen om in kaart te brengen hoe de ziekten elkaar onderling beïnvloeden en hoe ze gecombineerd bestreden kunnen worden. Een probleem is helaas dat de nationale HIV/aids-bestrijdingsprogramma's te diffuus van opzet zijn. Vaak worden er veel te veel doelen tegelijk gesteld en is nauwelijks te


twintig slecht. Ook liggen de verantwoordelijkheden vaak niet duidelijk, waardoor zaken blijven liggen omdat iedereen denkt dat een ander het wel zal opknappen. Kortom, HIV-bestrijders zouden er goed aan doen prioriteiten te stellen, net als de TB-bestrijders, voor wie opsporing en genezing van patiënten altijd op de eerste plaats komen.'

#### **Wat ziet u als de grootste uitdaging voor KNCV Tuberculosefonds voor de komende vijf jaar?**

'Wereldwijd liggen er ambitieuze doelstellingen om in 2005 70% van de nieuwe TB-patiënten op te sporen en 85% van deze patiënten te genezen. Meewerken aan het behalen van die doelstellingen, zie ik als onze grootste uitdaging, met name voor onze programmaondersteuningsunits Nationaal, Europa en Internationaal. Maar dat wordt een harde dobber, gezien het feit dat we nu pas op 30% opsporing zitten. Halen we het niet, dan zullen we ook moeite hebben met het realiseren van de doelstelling voor de lange termijn: halvering van de sterfte

en van het aantal zieke patiënten in 2010. Hoopgevend is echter dat we de laatste tien jaar veel terreinwinst hebben geboekt, mede dankzij het

### **'Er is dringend behoefte aan projecten waarin TB- en HIV-onderzoekers hun kennis en expertise delen'**

feit dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) begin jaren negentig de genoemde doelen heeft gesteld. Als we dat vasthouden en enthousiast blijven voor de strijd tegen TB, kunnen we in 2010 misschien toch zeggen: We hebben ons doel bereikt.' 

### **'Dankzij mijn hoogleraarschap krijgt het onderzoek van KNCV Tuberculosefonds een academische verankering'**

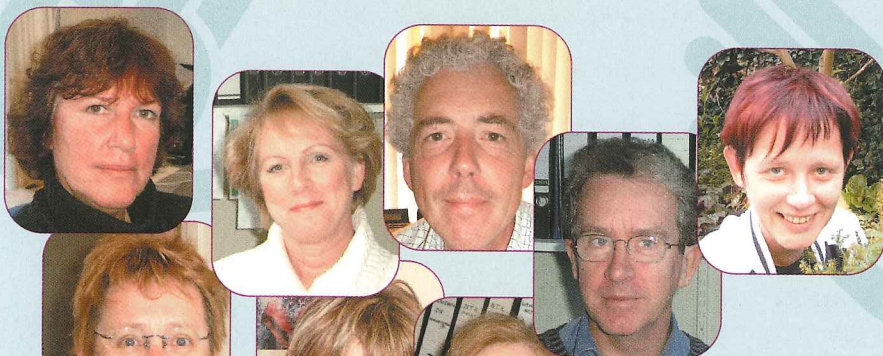
meten of die wel gehaald worden. Niet zo handig natuurlijk; je kunt beter drie dingen goed doen dan

# De gezichten van KNCV Tuberculose en hun visie op



## AFDELING COMMUNICATIE EN FONDSENWERVING

- Communicatie binnen KNCV Tuberculosefonds inzetten om als organisatie een betere bijdrage te leveren aan tuberculosebestrijding.
- Communicatie buiten KNCV Tuberculosefonds inzetten om maatschappelijk en financieel draagvlak te verkrijgen voor ons werk.
- Fondsen werven om meer tuberculose te bestrijden.



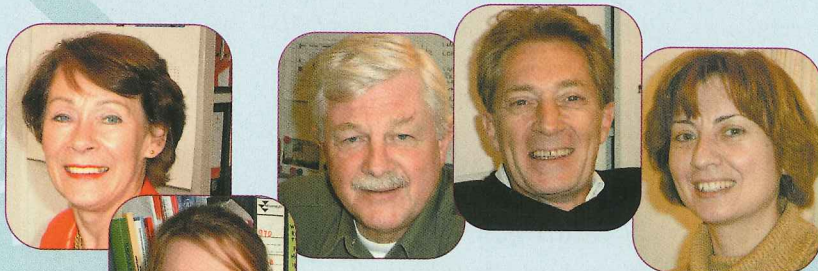
## UNIT NATIONAAL

We willen werken aan een versterkte kennisinfrastructuur én een slagvaardiger TB-bestrijding door schaalvergroting, nu het aantal tuberculosepatiënten in Nederland daalt.



## AFDELING FACILITAIRE ZAKEN

We willen een stabiele basissituatie creëren, zodat de rest van de KNCV zich kan bezighouden met waar het om gaat: TB bestrijden.



## UNIT EUROPA

Zal de Unit Europa in staat zijn de onstuitende koers naar rustiger waters te verleggen zonder de vaart te verminderen?



# onds le toekomst



## UNIT ONDERZOEK

We willen graag meewerken aan het behalen van de wereldwijde ambitieuze doelstellingen om in 2005 70% van de nieuwe TB-patiënten op te sporen en 85% van deze patiënten te genezen.

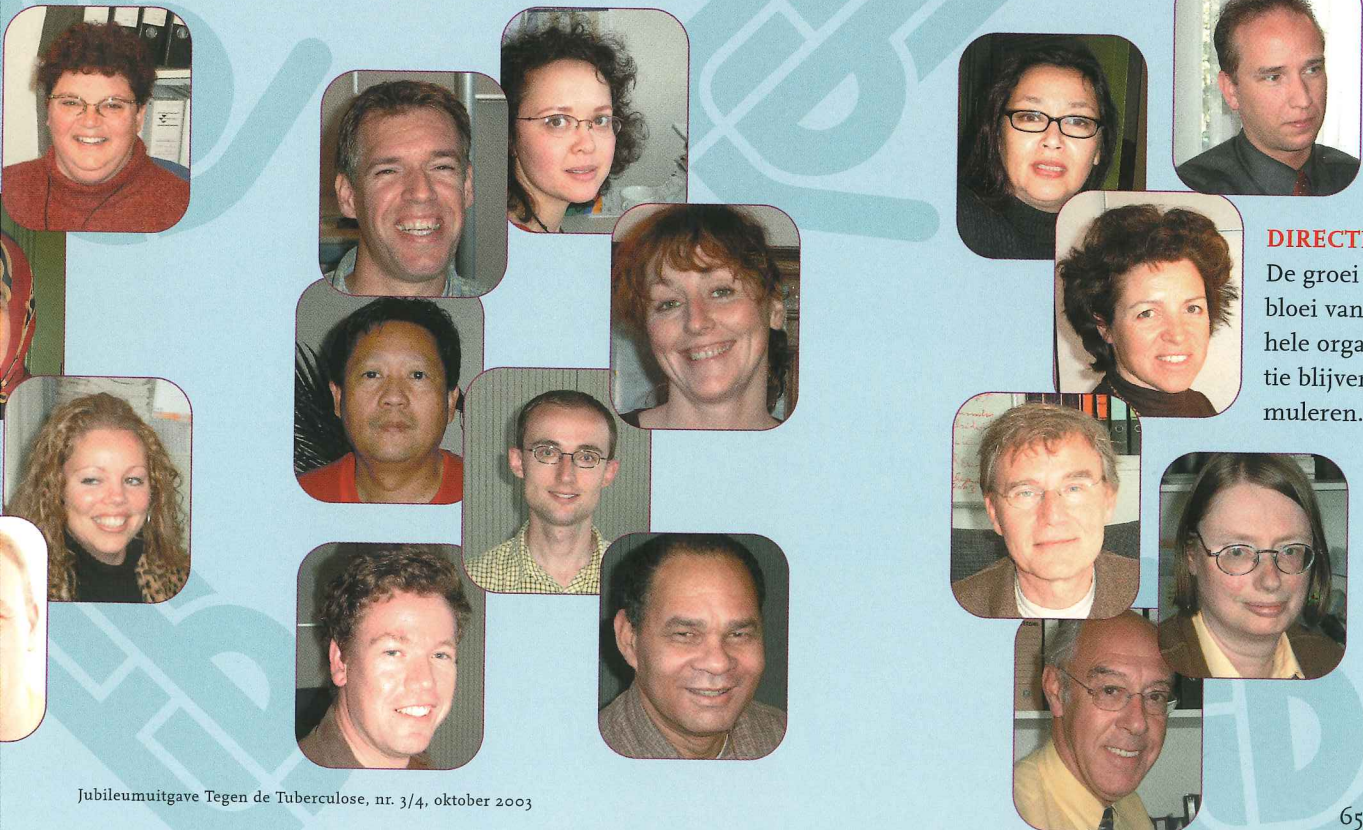


## UNIT INTERNATIONAAL

De grootste uitdagingen zijn het bereiken van de targets in zoveel mogelijk landen waar wij actief zijn en de continuering van de financiering van al onze activiteiten.

## AFDELING FINANCIËN

We streven naar de beste balans.

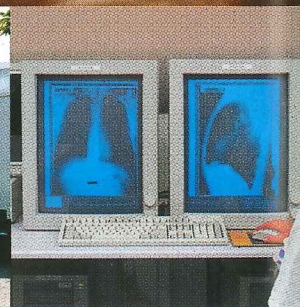
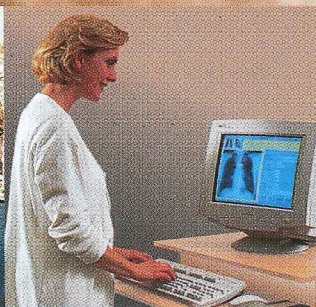
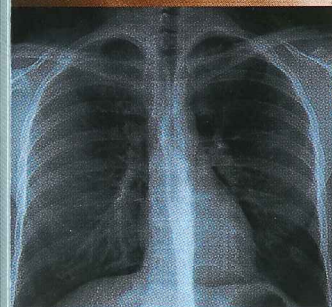


## DIRECTIE

De groei en bloei van de hele organisatie blijven stimuleren.

# Digidelca-M

Het ideale digitale screening systeem voor verhoging van uw detectie ratio door middel van een consistente beeldkwaliteit en optimale efficiëntie.



Als uw betrouwbare partner op het gebied van thorax systemen streven wij continu naar optimalisering van bevolkingsonderzoek. De Digidelca-M levert een waardevolle bijdrage in de strijd tegen TB.



**Oldelft  
Benelux**

**Thoracic Imaging to see it all!**

Oldelft Benelux B.V.  
Postbus 456, 2600 AL Delft  
Tel.: 015 269 89 69, Fax: 015 269 89 70  
[www.oldelftbenelux.nl](http://www.oldelftbenelux.nl)