


Tegen de Tuberculose



- Preventie van ziekenhuisinfectie met *Mycobacterium tuberculosis*
- Discrepantie in het aflezen van de Mantoux-reactie tussen arts en medisch-technische medewerker
- De tuberculosebestrijding in Indonesië
- De invloed van cultuur op therapietrouw


KNCV

NR. **4**

JAARGANG 96 • 2000

VOOR EEN TIENTJE PER MAAND KUNNEN WE DIT MEISJE GENEZEN VAN TBC. MAAR WIE HOEST HET OP?



TBC maakt meer slachtoffers dan Aids, cholera en malaria samen. Elke seconde raakt iemand besmet, elke minuut sterven 2 moeders, elke 3 minuten sterft een kind. Met een nieuwe, in Nederland ontwikkelde bestrijdingsmethode kunnen patiënten voor een tientje per maand behandeld worden. Na 6 maanden is 93% van de behandelde patiënten genezen. De oplossing voor Sumjati Hanisah, het afgebeelde 4 jarige meisje op het Indonesische eiland Sulawesi en voor tienduizenden andere TBC patiënten ligt dus binnen handbereik. Uw handbereik! Steun het Nederlands Tuberculose Fonds voor een tientje per maand en red levens via het meest kansrijke medische hulpprogramma ter wereld.



nederlands-tuberculose fonds
voor wereldwijde hulp

JA, IK WIL HELPEN OM TBC TE OVERWINNEN

Noteer mij als donateur voor een bedrag van f 30,- per kwartaal.

Naam: _____ m/v

Ik maak een eenmalige gift van _____ over op giro 130 t.n.v. het Nederlands Tuberculose Fonds in Den Haag o.v.v. Sulawesi.

Straat + nr: _____

Stuur mij vrijblijvend meer informatie over het werk van het Nederlands Tuberculose Fonds.

P.C.+ Plaats: _____

Telefoon: _____

STUUR DEZE BON IN EEN ENVELOP NAAR HET NEDERLANDS TUBERCULOSE FONDS, ANTWOORDNUMMER 470, 2501 VC DEN HAAG. POSTZEGEL GRAAG, MAAR HOEFT NIET.

Bij de voorpagina:

Een tuberculosepatiënt krijgt in Indonesië haar tuberculosemedicijnen onder direct toezicht.

Foto: A. Becx.

Uitgever

Tegen de Tuberculose is een uitgave van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV) en verschijnt eenmaal per kwartaal. Met deze uitgave wil de KNCV 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. van Deutekom, longarts,
- de heer H.J.M. de Lange, sociaal-verpleegkundige tuberculosebestrijding,
- de heer G.P.M. Luiken, arts-tuberculosebestrijding;
- mevrouw J.M.A. Nijhuis-Heddes, longarts,
- mevrouw M.M.G.G. Šebek, sociaal-verpleegkundige tuberculosebestrijding.

Eindredactie

KNCV Tuberculosebestrijding
Postbus 146
2501 CC Den Haag
Telefoon: 070-416 72 22
Fax: 070-358 40 04
E-mail: kncvtbc@kncvtbc.nl
Internet: <http://www.artsen.net/kncv>

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
Sluitingsdatum kopij voor TdT 2/2001: 10 januari 2001

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


5.000 exemplaren

Nederlands Tuberculose Fonds

Giro 130

ISSN 0040-2125

jaargang 96 | nr. 4 | 2000


KNCV

Tegen de Tuberculose

NR. 4

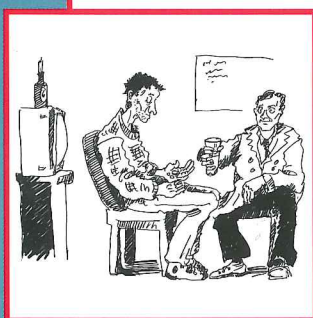


101 De tuberculosebestrijding in Indonesië

J.E.J. Voskens

Sinds 1991 ondersteunt de KNCV de tuberculosebestrijding in Indonesië. In 1994 werd het nationale programma door de WHO en het ministerie van Gezondheidszorg geëvalueerd.

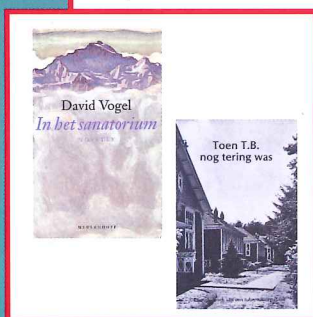
Tuberculose, zo werd toen geconcludeerd, is een van de belangrijkste en meest verwaarloosde prioriteiten binnen de gezondheidszorg.



104 De invloed van cultuur op therapietrouw

G.F.M. van der Werff

In dit artikel wordt dieper ingegaan op de relatie tussen cultuur en therapietrouw. Niet alleen kennis van een andere cultuur is noodzakelijk, ook is het van belang te weten hoe een patiënt zelf denkt over zijn ziekte.



109 Zedenschetsen uit het sanatoriumleven in de eerste helft van de vorige eeuw

A. Wouters

In dit artikel worden de boeken 'Toen T.B. nog tering was. Uit het dagboek van een tuberculosepatiënt' en 'In het sanatorium' besproken. De lezer wordt uitgenodigd kennis te nemen van het wedervaren en het gedachtegoed van tuberculoselijders die het druk hebben met zichzelf en met elkaar.

- 92 Redactioneel
- 93 Preventie van ziekenhuisinfectie met *Mycobacterium tuberculosis*
- 96 Berichten
- 97 Discrepancie in het aflezen van de Mantoux-reactie
- 100 Stichting Sarphati: Petra Meerburgprijs
- 101 De tuberculosebestrijding in Indonesië
- 104 De invloed van cultuur op therapietrouw
- 109 Zedenschetsen uit het sanatoriumleven
- 113 Zonta-netwerk actief voor 'Stop TB'
- 115 Tuberculose in Nederland
- 116 Aanwinsten bibliotheek KNCV derde kwartaal 2000
- 116 In Memoriam Jo Hoftijzer
- 117 Van de Riouwstraat...
- 119 Doorlopende Agenda

J.F. Broekmans
arts, directeur KNCV

Uniek contract voor de KNCV

Deze zomer is in Okinawa door de G8 een resolutie aangenomen om tuberculose, malaria en AIDS wereldwijd terug te dringen. Het United States Agency for International Development (USAID) heeft mede naar aanleiding hiervan besloten om de komende vijf jaar ruim 26 miljoen Amerikaanse dollar extra uit te geven voor de ontwikkeling en uitvoering van effectieve tuberculosebestrijdingprogramma's. De KNCV heeft in het kader hiervan onlangs een contract voor een periode van vijf jaar getekend met de Amerikaanse overheid, USAID. Dit contract behelst structurele samenwerking tussen verschillende Europese en Amerikaanse organisaties op het gebied van tuberculosebestrijding. De KNCV maakt in dit verband onderdeel uit van een coalitie met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, Genève), het Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Atlanta), de International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, (IUATLD, Parijs) en twee particuliere Amerikaanse organisaties, de American Lung Association (ALA) en de American Thoracic Society (ATS). Gezamenlijk vormen zij de Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA), die specifieke programma's moet ontwikkelen en uitvoeren voor de bestrijding van tuberculose in landen waar de Verenigde Staten reeds actief is in de ontwikkelingssamenwerking. De KNCV verzorgt het management, de coördinatie en het (financiële) beheer van dit project. Het is voor het eerst dat de Amerikaanse regering een Nederlandse partner kiest voor de uitvoering van een dergelijk grootschalig ontwikkelingshulpprogramma.

De doelstelling van de coalitie is zeer ambitieus: substantieel bijdragen aan 85% genezing en 70% opsporing van besmettelijke tuberculose wereldwijd, te realiseren in 2005. De TBCTA-partners beschikken over voldoende deskun-

digheid, zowel op medisch gebied als op dat van beleidsontwikkeling, management en organisatie, en bovendien over voldoende opleiding en training om deze ambitie te kunnen waarmaken.

De 26 miljoen Amerikaanse dollar die USAID nu beschikbaar stelt, is een extra investering naast de middelen die jaarlijks al door de Verenigde Staten worden gereserveerd voor tuberculosebestrijding. Opsporing en behandeling van de ziekte kunnen nu efficiënter en effectiever worden aangepakt, er komen meer medicijnen en er wordt meer deskundigheid ingezet. Deze versnelling krijgt een enorme impact op de wereldgezondheid, omdat hierdoor het aantal tuberculosepatiënten dat toegang krijgt tot genezing gigantisch toeneemt.

Essentieel in de gehele aanpak is DOTS, de strategie die dagelijks toezicht op het juist innemen van de medicijnen gedurende de zes maanden durende kuur impliceert. Deze methode gaat uit van grote betrokkenheid van plaatselijke hulpverleners. De werkwijze van TBCTA spitst zich daarom toe op deskundigheidsbevordering van artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners in gebieden met tuberculose. Daar zullen projectteams worden gevormd, samen met de ter plaatse gevestigde vertegenwoordiging van USAID. Voor de aansturing van deze projectteams worden deskundigen van KNCV, IUATLD of WHO ingezet. Door op deze wijze samen te werken, worden de hier al aanwezige kennis en ervaring optimaal benut en kan extra hulp worden geboden.

Met dit contract wordt het de KNCV mogelijk haar bestaande samenwerking met belangrijke organisaties als WHO Genève en CDC Atlanta te versterken en haar inspanningen wereldwijd aanzienlijk te intensiveren. ●

G. de Vries*
 P.D.L.P.M. van der Valk**
 H. Bok***
 W.P.J. Severin****

Preventie van ziekenhuisinfectie met *Mycobacterium tuberculosis*

Van richtlijn tot praktische invulling

Vermindering van het risico van besmetting met *M.tuberculosis* bij ziekenhuismedewerkers, patiënten en bezoekers is een belangrijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Nationaal is daartoe een tweetal richtlijnen ontwikkeld om tuberculosepreventiebeleid op lokaal niveau richting te geven. Het is niet duidelijk hoe deze adviezen moeten worden vertaald naar lokaal beleid. Dit artikel beschrijft de totstandkoming van het tuberculosepreventiebeleid in het Medisch Spectrum Twente (MST) te Enschede.

Het regionaal initiatief om in een multidisciplinaire commissie tuberculosepreventiebeleid te formuleren, was een belangrijke ondersteuning om het protocol in het MST verder te ontwikkelen en aan het ziekenhuismanagement voor te leggen. Een multidisciplinaire aanpak (TBC-club) met een daartoe aangestelde tuberculosecoördinator was een strategie om het beleid succesvol uit te voeren. Het tuberculosepreventiebeleid zal aan de hand van een zorgvuldige registratie van nosocomiale infecties en in nauwe samenwerking met de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD moeten worden geëvalueerd.

Inleiding

Met de komst van effectieve tuberculostatica is de transmissie van tuberculose in ziekenhuizen (nosocomiale infecties) sterk teruggedrongen. In het tijdperk voorafgaand aan tuberculostatica werden vrijwel alle gezondheidswerkers in sanatoria geïnfecteerd. Soms werd zelfs gericht naar tuberculineconversie toegewerkt.¹ Ook was het jaren gebruikelijk om gezondheidswerkers te vaccineren met BCG om ze tegen tuberculose te beschermen.

De tuberculose-incidentie is de laatste

decennia sterk gedaald, waardoor ook de aandacht voor het risico van besmetting in gezondheidsinstellingen is verminderd.² De laatste jaren staat overdracht van *M.tuberculosis* in ziekenhuizen weer op de agenda. Hiervoor is een aantal redenen te geven.

- Het bestaan van multiresistente en daardoor moeilijk behandelbare tuberculose maakt preventieve maatregelen extra belangrijk.³ Patiënten met verminderde weerstand door bijvoorbeeld cytostaticakuren, prednisongebruik en HIV-infectie zijn vatbaarder voor tuberculose. Goede isolatiemaatregelen van patiënten met besmettelijke tuberculose zijn voor hen dus van groot belang.
- Relatief vaak wordt tuberculose gediagnosticeerd bij patiënten uit andere culturen. Communicatieproblemen kunnen een oorzaak zijn voor een verlate diagnose en toena-

* sociaal-geneeskundige tuberculosebestrijding i.o., GGD Rotterdam e.o. Destijds stage Longziekten, Medisch Spectrum Twente, Enschede.

** longarts, Medisch Spectrum Twente, Enschede

*** longarts, arts-tuberculosebestrijding, GGD Twente

**** arts-microbioloog, Streeklaboratorium Microbiologie, Enschede

me van het besmettingsrisico hierdoor. Bovendien kan een beperkte ervaring van artsen met tuberculose leiden tot onvoldoende snelle herkenning van de ziekte en het niet tijdig isoleren van patiënten als gevolg hiervan.

- De laatste jaren wordt meer aandacht besteed aan kwaliteitsbeleid en worden ziekenhuizen in dat kader aangespoord een goed preventiebeleid op te zetten.⁴
- Wetgeving, juridische aansprakelijkheid, publieke opinie en ongewilde publiciteit zetten ziekenhuizen er ten slotte verder toe aan om scherper op nosocomiale transmissie te letten en deze zoveel mogelijk te voorkomen.

Incidentie

In de Index Tuberculosis van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV) worden jaarlijks landelijke cijfers van tuberculose-incidentie gepubliceerd. In 1997 werd bij 25 gezondheidswerkers tuberculose vastgesteld, waarbij het in zeven gevallen een besmettelijke vorm betrof. In 1996 werden 240 gezondheidswerkers behandeld voor een recente infectie die werd vastgesteld via een Mantoux-omslag.⁵ Verder zijn er verschillende casuïstische mededelingen van nosocomiale infecties bij medepatiënten, verpleegkundigen, laboranten en artsen.^{6,7} Deze cijfers en rapporten geven aan dat nosocomiale besmetting plaatsvindt. De werkelijke incidentie van infecties met *M. tuberculosis* in ziekenhuizen is wellicht een veelvoud van bovengenoemde cijfers.

Preventie

Het grootste risico op infectie wordt gevormd door zorgcontacten met een niet als zodanig gediagnosticeerde tuberculosepatiënt.⁸ Transmissie van tuberculose in ziekenhuizen kan wor-

den teruggebracht door patiënten met besmettelijke tuberculose tijdig te herkennen, hen adequaat te behandelen en goede isolatiemaatregelen toe te passen. In Nederland is op het gebied van tuberculosepreventiebeleid in ziekenhuizen een tweetal richtlijnen verschenen. De Werkgroep Infectiepreventie (WIP) is een door het Ministerie van VWS gesubsidieerde stichting die is opgericht door een viertal op het gebied van infectiepreventie werkzame verenigingen. Deze werkgroep heeft de eerdere richtlijnen Preventie van Besmetting met Tuberculose in Ziekenhuizen herzien in 1995.⁹ De KNCV geeft specifieke richtlijnen met betrekking tot preventie van multiresistente tuberculose.³ Ook internationaal zijn gedetailleerde richtlijnen ter preventie van besmetting met tuberculose in ziekenhuizen opgesteld.¹⁰ Het is vaak niet duidelijk hoe deze adviezen moeten worden vertaald naar de werkvloer.¹¹ Dit artikel beschrijft de totstandkoming van een regionaal tuberculosepreventiebeleid en verdere formulering en uitvoering van dit beleid in een van de ziekenhuizen in de regio.

Regionaal beleid

In de regio Twente werd in 1996 een regionaal initiatief genomen om beleid inzake tuberculosepreventie in de drie ziekenhuizen te formuleren. Hiertoe werd een werkgroep samengesteld met longartsen en ziekenhuishygiënist van de drie ziekenhuizen, een regionaal werkende arts-microbioloog, de arts-tuberculosebestrijding en een sociaal-verpleegkundige van de GGD. Regionaal werd met betrekking tot een aantal hoofdonderwerpen het beleid onderling afgestemd.¹²

- Organisatie en communicatie inzake de opname van een patiënt met tuberculose. In elk ziekenhuis moet een tuberculosecoördinator worden aangewezen, analoog aan het advies

in het WIP-rapport. Iedere nieuwe tuberculosepatiënt moet direct aan de tuberculosecoördinator worden gemeld. Het bacteriologisch laboratorium meldt positieve resultaten van ZN, PCR of kweek zowel aan de aanvrager als aan de tuberculosecoördinator. De tuberculosecoördinator bepaalt het hygiënisch beleid in samenspraak met de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD, de arts-microbioloog en de ziekenhuishygiënist.

- Controle op tuberculose bij indiensttreding van nieuw personeel door middel van een van onderstaande onderzoeken:
 1. Mantoux-onderzoek indien het personeelslid na 1 januari 1945 is geboren, niet met BCG is gevaccineerd en niet eerder een positieve Mantoux of tuberculose heeft gehad.
 2. Röntgencontrole indien het personeelslid voor 1 januari 1945 is geboren of met BCG is gevaccineerd of eerder een positieve Mantoux-uitslag of tuberculose heeft gehad.
- Halfjaarlijks periodiek onderzoek door middel van een Mantoux-test of jaarlijks röntgenologische controle bij alle medewerkers op risico-afdelingen.
- Controle van medewerkers en medepatiënten indien er op een afdeling een patiënt heeft gelegen met een besmettelijke vorm van tuberculose zonder dat er adequate isolatiemaatregelen waren getroffen. De tuberculosecoördinator roept dan een ad hoc TBC-commissie bijeen die een actieplan uitwerkt.
- Isolatiemaatregelen, die vrijwel conform de WIP-richtlijnen zijn.³ Het gaat hierbij om adviezen aan de patiënt om aerosolen te beperken door middel van goede hoesthygiëne en gebruik van filtratiemasker. Daarnaast gaat het om adviezen omtrent

de ruimte waarin de patiënt verblijft, zoals een gesluisde kamer met onderdruk ten opzichte van de gang in combinatie met adequate ventilatie, en om voorzorgsmaatregelen voor bezoek en personeel, zoals het dragen van een filtratiemasker bij het betreden, en hygiënische adviezen betreffende het schoonmaken van de kamer.⁸

- Wettelijke meldingsplicht: de tuberculosecoördinator meldt binnen 24 uur elke nieuwe patiënt aan de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD.

Beleid Medisch Spectrum Twente

Het MST te Enschede is een van de drie ziekenhuizen in de regio Twente. Het ziekenhuis heeft een capaciteit van 1.070 bedden. Jaarlijks wordt bij gemiddeld 15 patiënten tuberculose vastgesteld (1997: 12; 1998: 15; 1999: 20), waarbij het in ongeveer de helft van de gevallen een besmettelijke vorm van longtuberculose betreft.

In 1997 werd het regionale tuberculosepreventiebeleid vertaald naar een protocol voor het MST.¹³ Het protocol werd opgesteld door een daarvoor opgerichte tuberculoseclub (TBC-club), die bestaat uit een longarts, de hoofden van verpleegafdelingen, de ziekenhuishygiënist, de bedrijfsarts en de sociaal-verpleegkundige tuberculosebestrijding van de GGD. Het protocol werd geaccordeerd door de Raad van Bestuur en de medische staf van het ziekenhuis. Eén van de leden van de TBC-club werd benoemd tot tuberculosecoördinator.

In het ziekenhuisprotocol zijn de hoofdonderwerpen uit het regionale protocol tuberculosepreventie verder uitgewerkt voor het MST. De risicoafdelingen waarop nu periodieke screening plaatsvindt zijn de klinische afdelingen longgeneeskunde en interne geneeskunde, de polikliniek en be-

handelkamers longgeneeskunde, de röntgenafdeling, de spoedeisende hulp, het mortuarium, het patiëntenvervoer en de fysiotherapie. De interne verpleegafdeling werd aan de risicoafdelingen toegevoegd omdat uit evaluatie bleek dat op deze afdeling bij herhaling niet-geïsoleerde besmettelijke tuberculosepatiënten waren opgenomen die Mantoux-omslagen hadden veroorzaakt bij ziekenhuismedewerkers. Ook medewerkers bij diensten als mortuarium en fysiotherapie werden toegevoegd als risicogroep, omdat ook hier een verhoogd risico op tuberculosebesmetting bestond. Beleid en communicatie bij een patiënt met tuberculose zijn gedetailleerd beschreven in het protocol, evenals de afdelingen en kamers waarop isolatie van een patiënt met (verdenking op) besmettelijke tuberculose mogelijk is.

In de TBC-club werd ook de praktische invulling van het tuberculosepreventiebeleid besproken. Na de formulering van het ziekenhuisprotocol zijn de protocollen voor handboeken voor verpleegkundigen aangepast, is onderwijs gegeven op de risicoafdelingen en werd de routing van een patiënt met besmettelijke tuberculose door het ziekenhuis vastgelegd. In het kader van de BIG-wetgeving werd onderzoek gedaan naar de kennis omtrent Mantoux-testen.¹⁴ Uitvoering van Mantoux-testen werd gecentraliseerd bij daartoe geautoriseerde medewerkers, die inmiddels met hulp van de KNCV zijn bijgeschoold. De autorisatie wordt verleend door de tuberculosecoördinator.

Het vroeg herkennen en onderkennen van besmettelijke tuberculose is wellicht de belangrijkste factor in het voorkomen van transmissie van *M.tuberculosis* in ziekenhuizen. In het MST werd de afgelopen jaren bij drie pa-

tiënten de diagnose longtuberculose pas gesteld nadat via een biopsie van een halsklier de diagnose tuberculose werd verkregen. In overleg met de betrokken specialisten is nu de procedure halsklierzwellingen aangescherpt met extra aandacht voor tuberculose in de differentiaaldiagnose.¹⁵

Iedere zes weken vindt een multidisciplinaire tuberculosebespreking plaats, waarbij alle tuberculosepatiënten structureel met betrokkenen worden besproken. In deze bespreking participeren onder andere verschillende specialisten, de ziekenhuishygiënist, verpleegkundig afdelingshoofd en ook extramurale zorgverleners, zoals de arts-tuberculosebestrijding en sociaal-verpleegkundige van de GGD, de bedrijfsarts en soms huisartsen. Tijdens deze besprekingen wordt altijd een bepaald aspect van tuberculose thematisch behandeld en getracht de aandacht voor tuberculose vast te houden en het risico van gemiste of late diagnoses te beperken.

Tuberculosepreventiebeleid is geen doel op zich. De effecten moeten worden gemeten en het beleid moet worden geëvalueerd. In Nederland zijn ons geen indicatoren bekend op basis waarvan het tuberculose-infectierisico kan worden ingeschat en het preventiebeleid kan worden geëvalueerd. In het MST volgen we momenteel twee belangrijke parameters. De eerste betreft het aantal dagen dat een besmettelijke tuberculosepatiënt niet-geïsoleerd in het ziekenhuis is verpleegd. De tweede indicator is het aantal Mantoux-omslagen bij gezondheidswerkers.

Conclusie

Het verminderen van het risico van besmetting met *M.tuberculosis* bij ziekenhuismedewerkers, patiënten en bezoekers is een belangrijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Nationale richtlijnen moeten worden

vertaald naar lokaal niveau, zoals in het MST is gebeurd. De regionale formulering van het protocol was een belangrijke ondersteuning om het protocol aan te passen aan lokale behoeften en voor te leggen aan het ziekenhuismanagement. De ondersteuning van het management en de medische staf was een belangrijke voorwaarde voor succesvolle implementatie in het ziekenhuis. Een multidisciplinaire aanpak met een tuberculosecoördinator die eindverantwoordelijkheid draagt, is noodzakelijk voor planning en effectieve uitvoering van een tuberculosepreventiebeleid in ziekenhuizen. ●

Literatuur

- 1 Douma J. De besmettelijkheid van de tuberculosepatiënt. *Tegen de Tuberculose* 1978;74: 102-98.
- 2 ACCP Consensus statement. Institutional control measures for tuberculosis in the era of multiple drug resistance. *Chest* 1995;108:1690-710.
- 3 Richtlijnen met betrekking tot de behandeling en preventie van multiresistente tuberculose in Nederland. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose, 1993.
- 4 ARBO Wet 1998, artikel 5 en 8, Staatsblad 1999, nr. 184.
- 5 Index Tuberculosis 1997 Nederland, Den Haag. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose, 1999.
- 6 Lambregts-van Weezenbeek CSB, Keizer ST, Šebek MMGG, Schepp-Beelen JCHM, Loo CJ van der. Transmissie van multiresistente tuberculose in een Nederlands ziekenhuis. *Ned Tijdschr v Geneesk* 1996;140:2293-5.
- 7 Tuberculose bij gezondheidswerkers. Verslag studie-ochtend VvAwT en Werkgroep Tuberculose 4 november 1995. *Pulmoscript* April 1996.
- 8 Nardell EA, Barnhart S, Permutt S. Control of tuberculosis in health care facilities: the rational application of patient isolation, building ventilation, air filtration, ultraviolet air disinfection and personal respirators. In: Rom WN, Garay S. *Tuberculosis*. Boston 1996:873-91.
- 9 Preventie van besmetting met tuberculose in ziekenhuizen, Werkgroep Infectie Preventie. Richtlijn No. 17a, 1995.
- 10 Centers for Disease Control. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care facilities, 1994. *Morb Mort Weekly Rep* 1994;43:1-120.
- 11 Valk PDLPM van der, Veen J. 2 Visies op tuberculose(bestrijding). De klinisch werkende longarts en de arts-tuberculosebestrijding van de GGD. *Tegen de Tuberculose* 2000;96(2): 40-1, 46.
- 12 Protocol Regionaal beleid inzake tuberculose, Regio Twente, 1996.
- 13 Tuberculose preventiebeleid in Medisch Spectrum Twente, 1998.
- 14 Poortman GH, Breejen AD den, Valk PDLPM van der, Palen J van der. Parate kennis over de uitvoering van de Mantoux-test onvoldoende. *Ned Tijdschr v Geneesk* 1999;143:851-5.
- 15 Egberink EJR, Valk PDLPM van der, Mastboom WJB. Scrofulose, niet zo'n zeldzame diagnose. Aangeboden voor publicatie.

Berichten

Almelo

Mevrouw A.I. Schreurs-Jonkeren is onlangs toegevoegd aan het team van sociaal-verpleegkundigen tuberculosebestrijding van de GGD Twente.

Breda

Mevrouw A.T.J. Theuws, sociaal-verpleegkundige tuberculosebestrijding, heeft per 1 januari 2001 een andere functie aanvaard binnen de GGD West-Brabant. Mevrouw B. van Oers

volgt haar op binnen de afdeling Tuberculosebestrijding.

Den Helder

Mevrouw I. Bargman is sinds kort werkzaam als sociaal-verpleegkundige tuberculosebestrijding bij de GGD Kop van Noord-Holland.

Nijmegen

Mevrouw G.A.M.J. Yokarini is niet langer werkzaam als sociaal-verpleeg-

kundige tuberculosebestrijding bij de GGD Regio Nijmegen. Mevrouw B. Meijer heeft haar inmiddels opgevolgd. ●

W. Haddad

arts-tuberculosebestrijding GGD Midden-Brabant

Discrepantie in het aflezen van de Mantoux-reactie tussen arts en medisch-technische medewerker

Een tuberculine huidtest volgens de methode van Mantoux wordt verricht om vast te stellen of een individu al dan niet met *Mycobacterium tuberculosis* is geïnfecteerd. De Mantoux-test is een waardevol hulpmiddel bij het vaststellen van infectie met *M.tuberculosis*. Er zijn echter problemen met de specificiteit (kruisreactie met atypische tuberculine) en de sensitiviteit (intra-individuele variatie in de cellulaire afweer, toedieningfouten, afleesfouten). In Nederland wordt een bepaalde drempelwaarde gehanteerd om de reactie al dan niet als positief te beschouwen. De laatste jaren bleek echter dat die drempelwaarde moest worden bijgesteld vanwege verandering in incidentie, populatie en gebruikt PPD.

Een negatieve reactie mag niet zonder meer worden beschouwd als een bewijs voor de afwezigheid van infectie of actieve tuberculose. Bij contactonderzoek is de Mantoux-test een waardevolle methode om besmetting vast te stellen. Het aflezen van de Mantoux-reactie vereist grote precisie. De medisch-technische medewerker van de GGD is in staat om volgens protocol een Mantoux-reactie af te lezen. In het kader van kwaliteitsbewaking en onderhoud van vaardigheden bij de Mantoux-afleesteknik werd in 1997 en 1998 op de afdeling Tuberculosebestrijding van GGD Midden-Brabant een onderzoek gedaan naar de inter-individuele variaties tussen vijf medisch-technische medewerkers en de arts-tuberculosebestrijding.

Methode

De Mantoux-test werd gezet en afgelezen volgens het protocol en de werk-instructie van de afdeling Tuberculosebestrijding GGD Midden-Brabant. Alle 'afwijkende' Mantoux-reacties (d.w.z. >0 mm) werden afgelezen door de arts-tuberculosebestrijding nadat een reactie door de medisch-technische medewerker was geconstateerd en gemeten. Na afloop werden beide metingen geregistreerd en vergeleken.

Een verschil van 2 mm tussen beide lezers was toegestaan. Het was mogelijk dat een reactie als negatief werd afgelezen, met als gevolg dat er geen tweede beoordeling plaatsvond (tabel 1). In sommige gevallen werden ook atypische tuberculinerecties afgelezen in combinatie met de humane reactie. In die gevallen kon een humane reactie van 0 mm worden afgelezen door één of beide lezers.

De Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) stelt dat werkers in de gezondheidszorg medische handelingen mogen verrichten wanneer zij hiertoe niet alleen bevoegd, maar ook bekwaam zijn. De KNCV heeft nieuwe eisen gesteld aan de (bij)scholing van de medisch-technische medewerkers.

Resultaat

In totaal werden 296 Mantoux-testen gezet en afgelezen door de medisch-technische medewerkers. Alle reacties werden ook door de arts afgelezen (figuur 1 t/m 5). Uit de curven kon geen inconsistente trend worden gevonden. Alle metingen werden ingevoerd in Epi Info (een software-programma voor de gezondheidszorg ontwikkeld in samenwerking met het Centers for Disease Control and Prevention

Tabel 1.
Aflaesresultaten van de Mantoux-testen.

Lezer	Aantal metingen	Gemiddeld	Kappa-score
MTM 1	53	8,9±5,8	0,58
Arts	53	9,3±4,9	
MTM 2	56	10,2±6,1	0,71
Arts	56	10,6±6,2	
MTM 3	30	12,2±6,0	0,76
Arts	30	12,0±5,3	
MTM 4	92	8,2±6,3	0,78
Arts	92	8,7±6,1	
MTM 5	65	12,2±8,5	0,69
Arts	65	12,3±7,4	

(CDC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)). Daarna werd de gewogen kappa-score* berekend, waarbij verschillen van 2 mm nog als overeenstemming (agreement) werden gezien. De grotere waarden (>2 mm) werden als discrepantie gezien.

Het verschil in meting tussen de eerste medisch-technische medewerker en de arts was in 37 gevallen 0-2 mm. In 16 gevallen was het verschil >2 mm, in 8 gevallen 3 mm, in 4 gevallen 4 mm, in 2 gevallen 5 mm, in 1 geval 6 mm en in 1 geval >7 mm. De kappa-score was hier matig: 0,58 (zie tabel 2). In 70% van de gevallen was het verschil 0-2 mm.

Bij de andere medisch-technische medewerkers was het percentage goed (0-2 mm), namelijk: 78,5%, 84%, 80% en 75%. De kappa-score was respectievelijk 0,72, 0,79, 0,76 en 0,69.

Volgens de criteria in de 'Wijzer in de tuberculosebestrijding. Inwerkmap voor medisch-technische medewer-

kers' van de KNCV, moet minimaal 90% van de Mantoux-reacties goed zijn afgelezen. Een marge van 2 mm naar beide zijden is toegestaan bij positieve Mantoux-reactie. Dit criteriumpercentage ('90% goed') is in dit onderzoek bij geen van de vijf medewerkers bereikt.

De ervaringen van de medisch-technische medewerkers bij de GGD Midden-Brabant zijn verschillend: uiteenlopend van een goede, ervaren medewerker tot een nieuwe medewerker in opleiding.

De interindividuele overeenstemming werd geëvalueerd bij de vijf medisch-technische medewerkers in vergelijking met de resultaten bij de arts. De kappa-score was respectievelijk 0,58, 0,72, 0,76, 0,79 en 0,69.

De kappa-score geeft een beeld van de overeenstemming tussen beide lezers, rekening houdend met toevallige overeenstemming. Een kappa-score van 0 betekent niet per definitie geen over-

eenstemming. Hier kan de kans op overeenstemming per toeval groter zijn dan de gevonden metingen. Een kappa-score <0,4 wordt beschouwd als geringe/matige overeenstemming. De kappa-score van 0,4-0,7 wordt beschouwd als een redelijke overeenstemming en een kappa-score >0,75 wordt gezien als een goede overeenstemming.

Conclusie en aanbevelingen

Het percentage 90% goed (marge 2 mm verschil) werd door de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding afgesproken, op voorwaarde dat er minimaal 25 positieve Mantoux-reacties werden afgelezen. Dat aantal is volgens de auteur klein, terwijl de kans op overeenstemming per toeval groot is.

In dit onderzoek varieert de noemer tussen 30 tot 92 Mantoux-reacties. Dat maakt de kans op overeenstemming per toeval wat kleiner. In de literatuur zijn geen gegevens gevonden die het percentage 90% rechtvaardigen. Verschillende artikelen gebruiken de kappa-score als norm bij het onderzoek naar interindividuele discrepantie.

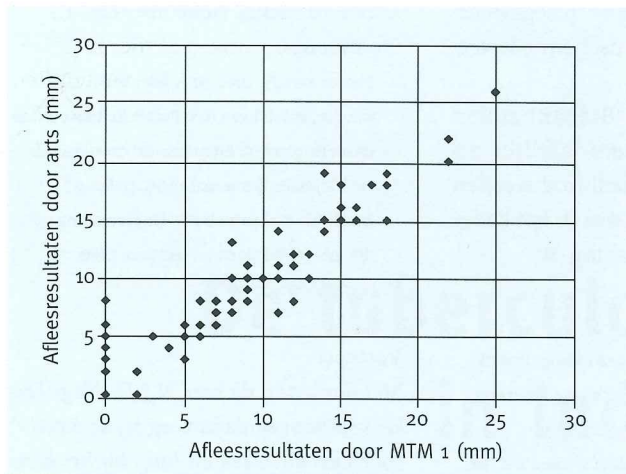
Het verdient aanbeveling om de normen te evalueren. Helaas zijn er geen andere gedocumenteerde onderzoeken uit andere GGD's of ziekenhuizen in Nederland. Een norm van 80% goed lijkt mij hier acceptabel. Deze is in overeenstemming met de berekende kappa-score in dit onderzoek.

De KNCV heeft reeds een software-programma ontwikkeld dat is bedoeld voor de training van de medisch-technische medewerkers in derdewereldlanden, waarbij de kappa-score kan worden berekend. Dit betreft een mondelinge mededeling van mevrouw C. Verhage, verpleegkundige

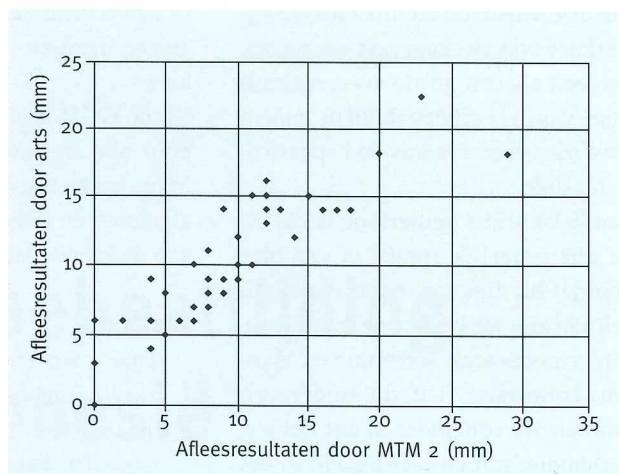
Tabel 2.
Aantal marges >2 mm en <2 mm tussen de lezers.

Lezers	0-2mm (%)	3mm	4mm	5mm	6mm	7mm	>7mm	totaal >2mm
MTM 1/arts	37 (70%)	8	4	2	1	0	1	16
MTM 2/arts	34 (79%)	1	1	3	4	2	1	12
MTM 3/arts	77 (84%)	5	4	3	2	0	1	15
MTM 4/arts	24 (80%)	3	1	1	0	1	0	6
MTM 5/arts	49 (75%)	2	7	1	1	2	3	16

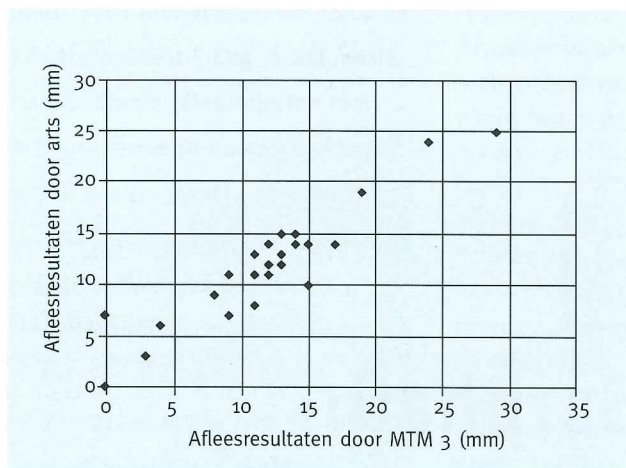
* $kappa = \frac{\text{observed accuracy-chance agreement}}{(1 - \text{chance agreement})}$



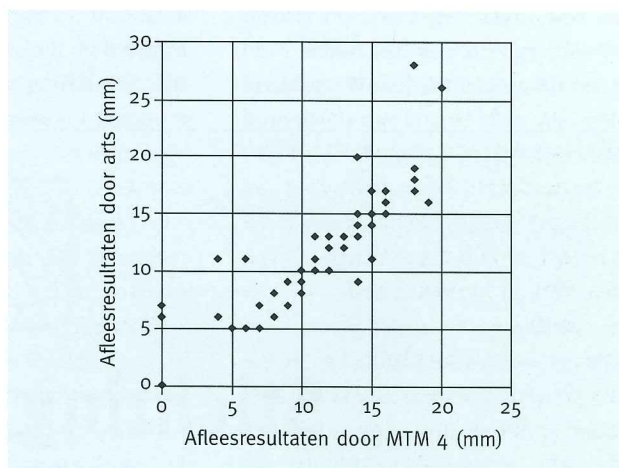
Figuur 1. Spreiding afleesresultaten Mantoux door MTM 1 en de arts.



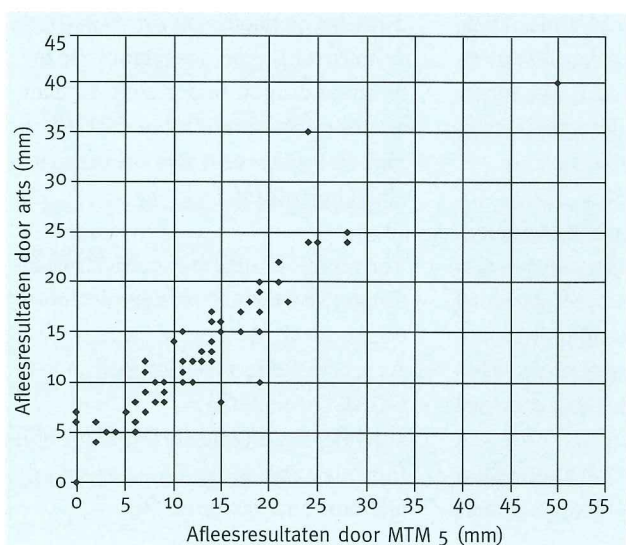
Figuur 2. Spreiding afleesresultaten Mantoux door MTM 2 en de arts.



Figuur 3. Spreiding afleesresultaten Mantoux door MTM 3 en de arts.



Figuur 4. Spreiding afleesresultaten Mantoux door MTM 4 en de arts.



Figuur 5. Spreiding afleesresultaten Mantoux door MTM 5 en de arts.

van de unit Onderzoek & Ontwikkeling van de KNCV.

Het lijkt zeer wenselijk om dit programma bij alle afdelingen Tuberculosebestrijding van de GGD's te gaan gebruiken. De arts-tuberculosebestrijding blijft verantwoordelijk voor het bekwaam verklaren van de medisch-technische medewerkers. Van de registratie van het aantal uitgevoerde testen kan de gewogen kappa-score worden gebruikt als norm, in plaats van het verschil van 2 mm. Bij de berekening van de gewogen kappa-score wordt rekening gehouden met de kans op overeenstemming per toeval.

Bij drie medisch-technische medewerkers was de kappa-score $>0,70$, hetgeen als een goede overeenstemming wordt beschouwd. Bij de andere twee medewerkers was de kappa-score redelijk.

Een belangrijke opmerking is dat bij de arts mogelijk sprake is van bias doordat hij zijn metingen vaak koppelt aan zijn werkdiagnose (anamnese, contactonderzoek, screening en Mantoux-conversie). Uit dit onderzoek kunnen we concluderen dat het onderhouden van de vaardigheid in het aflezen van Mantoux zeer wenselijk

is, zowel bij artsen als verpleegkundigen en medisch-technische medewerkers.

Bij de GGD Midden-Brabant zullen door alle medewerkers jaarlijks 20 Mantoux-testen dubbelblind worden afgelezen en geëvalueerd in het kader van de kwaliteitsbewaking. ●

Literatuur

- Wijzer in de tuberculosebestrijding. Inwerkmapp voor medisch-technische medewerkers. Den Haag: KNCV, december 1999.
- Longfield JN, Margileth AM, Golden SM, Lazowitz S. Interobserver and variability in tuber-

culin skin testing. *Pediatr Infect Dis* 1984;3:323-6.

- Poortman GH, Breejen A den, Valk PDLPM van der, Palen J van der. Parate kennis over de uitvoering van de Mantoux-test onvoldoende. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;43:851-5.
- Kendi EL, Kirkpatrick BV. Underreading of the tuberculin skin test reaction. *Chest* 1998;113(5):1175-7.

Voetnoot

Met dank aan de heer N.J.D. Nagelkerke, voorheen epidemioloog bij de KNCV, voor zijn adviezen en hulp bij het berekenen van de uitkomsten.



Stichting Sarphati: Petra Meerburgprijs

Al vele jaren zet Petra Meerburg zich in als sociaal-verpleegkundige en manager op het terrein van de infectieziektebestrijding in Amsterdam en de rest van Nederland. Tijdens het symposium ter ere van haar 25-jarig ambtsjubileum werd de Petra Meerburgprijs ingesteld door de Stichting Sarphati.

Deze tweejaarlijkse prijs bestaat uit een bedrag van f 5.000,- en werd in 1997 en 1999 uitgereikt tijdens de ledenvergadering van de Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundi-

gen in GGD-en (LVSvggd). Deze prijs is voorlopig toegekend voor de duur van zes jaar. De Petra Meerburgprijs zal voor de derde maal worden uitgereikt medio 2001.

Voor deze prijs komt die verpleegkundige in aanmerking, die een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd op het gebied van de infectieziektebestrijding, van belang voor de volksgezondheid in Nederland dan wel Vlaanderen.

Kandidaten kunnen zich aanmelden of worden aangemeld tot 1 maart

2001 bij de secretaris van de beoordelingscommissie. De commissie die de inzendingen beoordeelt, bestaat uit zes personen die allen deskundig zijn op het terrein van de infectieziektebestrijding.

Voor nadere informatie en aanmeldingen kunt u zich wenden tot: mevrouw C. Morée, secretaris Petra Meerburgprijs, GG&GD Amsterdam, afdeling Tuberculosebestrijding, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam, telefoon 020-555 57 06. ●

J.E.J. Voskens

arts, consultant tuberculosebestrijding KNCV,
Den Haag

De tuberculosebestrijding in Indonesië

Sinds 1991 ondersteunt de KNCV de tuberculosebestrijding in Indonesië. De allereerste pilotprojecten met DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) werden met steun van de KNCV opgezet in Sulawesi, gecombineerd met bestaande leprabestrijdingsprojecten en in samenwerking met de Leprastichting. De auteur was als lepra-/tuberculosearts in Centraal-Sulawesi zeer nauw betrokken bij deze pilotprojecten. Het begin was moeizaam, maar na enkele jaren bleek de aanpak succesvol. In 1994 werd het nationale programma door een gezamenlijke missie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het ministerie van Gezondheidszorg geëvalueerd. Tuberculose, zo werd toen geconcludeerd, is een van de belangrijkste en meest verwaarloosde prioriteiten binnen de gezondheidszorg.

'Ya, Bu, sudah mengerti', fluisterde Arwan, in elkaar gedoken op het gammele bankje voor de polikliniek. Opnieuw begon de magere jongeman te hoesten, zijn knokkige lijf voorovergebogen. Dit keer met een zakdoek voor zijn mond, als bewijs dat hij de voorlichting van de zuster had begrepen: hoesten zonder handen voor je mond vergroot de kans op verspreiding van de tuberkelbacteriën in je omgeving, met een groter gevaar voor besmetting van anderen. 'Jangan lupa minum obat sehari-hari' ('Niet vergeten, die pillen iedere dag'), drukte zij de patiënt en zijn begeleider op het hart. 'Cepat datang kalau ada masalah' ('Terugkomen als er problemen zijn'). Een moeizame glimlach verscheen op zijn magere gezicht, fletse ogen diep in de kassen.

Arwan is een van de vele tienduizenden patiënten met 'open' (dus besmettelijke) tuberculose die jaarlijks in Indonesië worden ontdekt. Acht maanden geleden was hij ziek geworden: een rokershoestje van de Gudang Garam kretek-sigaretten, zo leek het. Het ging maar niet over. Na een paar weken had hij zijn buurman in de kampong, die bekend stond als een gerespecteerd dukun (traditioneel ge-

nezer) om raad gevraagd. Die had hem behandeld met mengseltjes van kruiden. Wekelijks moest hij terugkomen en dat kostte hem veel geld: tienduizend roepia per keer en toen het geld op was kon hij in natura betalen (een kip per consult). Omdat Arwan niet meer kon werken, kwam de familie steeds dieper in de financiële problemen. Er moest geleend worden om de schulden te kunnen betalen. Zelfs de kinderen moesten van school. Toen duidelijk werd dat de behandeling van de dukun niet hielp, ging hij op advies van een vriend naar de mantri, een gepensioneerd verpleger in Sengeti, een desa verderop. 'Asthma' was zijn diagnose. Als behandeling kreeg hij een reeks vitamine-injecties en pillen die helaas ook niets hielpen. Zijn toestand werd steeds slechter: hij vermagerde zienderogen, het hoesten werd steeds pijnlijker en af en toe zat er bloed bij.

Op advies van zijn oom, die een bezoek bracht, kwam hij uiteindelijk terecht in de puskesmas (gezondheidscentrum) Batanghari. Deze oom, Pak Ukok, die met hem was meegekomen, was zelf een voormalig tuberculosepatiënt. Een aantal jaren geleden was hij in de stad met succes behandeld. Een tanige gestalte, gesierd met een

indrukwekkende snor. Hij leek erg bezorgd, dat was duidelijk uit zijn houding te merken. De verpleegkundige beantwoordde geduldig alle vragen en vroeg Arwan om samen met Pak Ukok na een week terug te komen. Moeizaam ademend kwam Arwan overeind en werd voorzichtig, door Pak Ukok ondersteund, naar buiten gebracht, het zakje met medicijnen als een kostbare schat in de vooruitgestoken hand.



Een tuberculosepatiënt krijgt in Indonesië haar tuberculosemedicijnen onder direct toezicht. Foto: A. Becx.

Hoe groot is het tuberculoseprobleem in Indonesië?

In Indonesië sterven jaarlijks ongeveer 175.000 mensen aan tuberculose. De ziekte vormt er 7,7% van de totale ziektelast, gemeten in 'disability-adjusted life years' (DALY's), vergeleken met gemiddeld 4% in de overige Aziatische landen. De jaarlijkse incidentie wordt berekend op 445.000 (nieuwe) patiënten, van wie er 260.000 nooit onder behandeling komen. Tuberculose treft vooral jonge volwassenen in de economisch actieve leeftijdsgroep van 15 tot 49 jaar. Het is een van de belangrijkste sterfteoorzaken onder jonge vrouwen. Naar schatting bestaat er een 'stuwmeer' van ruim 560.000 chronische patiënten. Een economische studie, gerealiseerd in 1996, toont aan dat elke dollar geïnvesteerd in tuberculosebestrijding, de gemeenschap 55 dollar oplevert.

Gezien deze alarmerende cijfers en mede gezien de dreigende opmars van HIV/AIDS, beval de missie van de WHO en het ministerie van Gezondheidszorg aan zo spoedig mogelijk de DOTS-strategie in te voeren. Deze aanbeveling werd overgenomen door de Indonesische regering en in okto-

ber 1994 werd met de eerste pilotprojecten in de districten Sidoarjo (Oost-Java) en Bungo Tebo (op Sumatra) begonnen. Bij de invoering van de DOTS-strategie in deze districten is dankbaar gebruikgemaakt van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in het Sulawesi-project van de KNCV/Leprastichting. In 1996 besloot de overheid om de DOTS-strategie van het Nationaal Tuberculosebestrijdingsprogramma (NTP) in het gehele land in te voeren. Eind 1997 was de strategie ingevoerd in gezondheidscentra van 198 districten, waarmee 28% van de Indonesische bevolking toegang kreeg tot DOTS. In 1999 werd dit verder uitgebreid. De resultaten van de nieuwe strategie over de eerste jaren en de resultaten van behandeling staan in tabel 1 en 2.

Nieuwe uitdagingen en problemen

Eind december 1999 was de DOTS-

strategie in 40% van de puskesmas (gezondheidscentra) ingevoerd. Helaas werd dat jaar met het programma slechts 10% van het aantal geschatte nieuwe tuberculosepatiënten ontdekt en met DOTS behandeld. In het streven om internationaal aanvaarde 'DOTS coverage'-targets te halen, blijft de kwaliteit ver achter, bijvoorbeeld van diagnostiek (microscopisch onderzoek van

sputum) en behandeling (dagelijks gesuperviseerde medicatie). Het programmamanagement wordt ook nog eens ernstig bemoeilijkt door de gebrekkig functionerende informatiesystemen (zoals behandelingsgegevens en medicijndistributie). Behandelingresultaten zijn slechts bekend voor één op de zeven patiënten, zodat we naar het lot van de overige zes moeten gissen. Bovendien zijn er grote problemen op het gebied van logistiek en medicijnvoorziening. In verschillende provincies zijn er ernstige tekorten aan tuberculosemiddelen waardoor nieuwe patiënten geen behandeling kunnen krijgen.

Veel ziekenhuizen zijn begonnen om patiënten met de nieuwe medicijncombinatie te behandelen. Helaas volgen zij daarbij niet de gestelde DOTS-richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Het resultaat is dat zeer veel patiënten hun behandeling niet

Tabel 1.
Tuberculosepatiënten, geregistreerd in de periode 1996-1998.

Jaar	Totaal	Nieuwe sputum-positieve patiënten	
		N	N per 100.000 bevolking
1996	14.553	11.790	30
1997	20.123	17.797	31
1998	26.471	22.221	11

Tabel 2.
Resultaten van behandeling bij nieuwe sputum-positieve patiënten na 6 maanden, 1995-1997.

Jaar	Totaal	Genezen		Voltooid		Niet genezen		Overleden		Voortijdig afgebroken		Verhuisd	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1995	3.018	2.206	73	532	18	13	41	56	2	181	6	30	1
1996	7.305	5.413	74	1.247	17	116	2	156	2	305	4	68	1
1997	18.562*	14.195	76	3.190	17	291	2	349	2	481	3	146	1
Totaal	28.885	21.814	76	4.969	17	420	1	561	2	967	3	244	1

* Gegevens jaarlijkse rapportage april t/m maart.

afmaken, met desastreuze gevolgen voor henzelf en hun omgeving: snelle verspreiding van resistentie. Met name multiresistentie is niet denkbeeldig en vormt een reëel gevaar!

Training als deel van de oplossing

Het merendeel van al deze problemen wordt veroorzaakt door menselijke factoren: géén gebrek aan goede wil, maar wél aan management en technische capaciteit op verschillende niveaus (op nationaal, provinciaal, maar vooral districtsniveau).

De sinds 1997 toeslaande economische crisis heeft ook tot een sterke reductie van het operationele budget van het NTP geleid. Met name cruciale activiteiten als supervisie en training kunnen daarom slechts in beperkte mate worden uitgevoerd. Dit heeft dramatische gevolgen in deze fase van snelle DOTS-expansie.

Nederlandse steun voor training

Vanaf mei 1995 geeft de WHO technische ondersteuning aan het NTP. Zij heeft de KNCV gecontracteerd om jaarlijkse monitoring-missies uit te voeren. Ook heeft de WHO aan de KNCV gevraagd om management en planning van het nationale programma te ondersteunen. Op dit moment is de KNCV nauw betrokken bij een door de Nederlandse overheid ondersteund plan om de kwaliteit van training in het programma te verbeteren. De uitvoering van dit plan voor deskundigheidsbevordering zal geleid

worden door de WHO en is cruciaal voor het slagen van DOTS-expansie in Indonesië.

Optimistisch

Toch is het niet alleen kommer en kwel. Zoals blijkt in deze puskesmas in Batanghari, waar een handjevol gemotiveerd personeel erin slaagt om iets moois op poten te zetten. Met eigen ogen kunnen we hier zien dat patiënten 'volgens de DOTS-boekjes' worden gediagnosticeerd en behandeld. Het patiëntenregister van Haryati, de TB wasor (supervisor), ziet er piekfijn en compleet uit. Het natrekken van een patiëntcohort kost haar geen enkele moeite en blijkt te kloppen als een bus. Is dit kliniekje een parel in de woestijn of gaat het toch de goede kant op met het nationale programma? Opgewekt en vol optimisme gaan we op weg naar de volgende kliniek.

DOTS is niet altijd eenvoudig

Bunga Tebo, een afgelegen district dat grenst aan de oerwouden van Riau, wordt doorsneden door brede rivieren. Het is zo groot als Noord-Brabant. Wegen zijn er bijna niet, alles gaat per prauw. De kliniek blijkt een bouwval op palen, middenin de rivier. Oppassen dat je niet door de krakende vloerdelen zakt. Onder onze voeten kabbelt het groene water rustig voort. Het is drukkend heet. Wanneer we aan de laborant vragen om ons een sputumuitstrijkje onder de microscoop te laten

zien, haalt hij drie dozen onder de tafel vandaan. Alles zit onder een dikke laag stof met spinrag. De bewuste microscoop blijkt het niet te doen. Dan gaat hij druk in de weer met objectieven en oculairs. Binnen een half uur ligt de tafel bezaaid met losse onderdelen van verschillende microscopen. Niets past op iets. Het zijn dan ook drie verschillende merken. Een uit Korea, een uit Japan en een uit China. De laatste lijkt het nieuwst. De microscoop draagt de veelbelovende merknaam Fortuna. Het zweet breekt hem zichtbaar uit. Geduldig kijken we toe hoe onze laborant worstelt met de onderdelen en techniek, maar hoe hij ook probeert, het lukt niet. Na een uur geven we het op, de laborant vertwijfeld achterlatend. Toch diagnosticeert deze kliniek zo'n 10 tuberculosepatiënten per maand, maar de vraag is hoe. ●

G.F.M. van der Werff

sociaal-verpleegkundige tuberculosebestrijding
GGD Groningen

De invloed van cultuur op therapietrouw

In nummer 2, 2000 van Tegen de Tuberculose gaf Sjoerdje Kramer-Hoekstra, voorheen zorgmanager asielzoekers en illegalen van de KNCV, het belang aan van het integreren van culturele aspecten in de verpleegkundige zorg voor de tuberculosepatiënt. Niet alleen is kennis van de andere cultuur noodzakelijk, ook is van belang te weten hoe de patiënt zelf over zijn ziekte denkt. In dit artikel wordt dieper ingegaan op de relatie tussen cultuur en terapietrouw. Daarbij wordt de vraag gesteld of meer inzicht van de hulpverlener in de invloed van iemands cultuur op therapieontrouw kan leiden tot een groter aantal voltooide tuberculosebehandelingen. Om meer controle over dit cultureel bepaalde aspect van terapietrouw te verkrijgen, is een verklaringsmodel van Kleinman uitgewerkt.¹

Gezondheids- en ziektebeleving

Tijdens de verpleegkundige anamnese wordt informatie verzameld voor onder andere het vaststellen van verpleegkundige problemen en daaruit voortvloeiende verpleegkundige interventies. Binnen de georganiseerde tuberculosebestrijding bestonden verschillende anamneselijsten waarmee op een bewuste, systematische en doelgerichte manier informatie werd verzameld. Wat echter ontbrak was een landelijke uniforme anamneselijst voor het zo volledig mogelijk verzamelen en registreren van de relevante gegevens. In 1997 werd door de Commissie Tuberculose van de Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen in GGD-en (LVSVggd) een werkgroep opgericht die zich heeft beziggehouden met het actualiseren en optimaliseren van de verpleegkundige anamnese. Aan de verpleegkundige anamneselijst (VAL) die hieruit ontstond werd onder meer een geheel nieuw onderdeel toegevoegd: *gezondheidsbeleving*. De vragen hierover hebben betrekking op ziektebeleving en ziekteinzicht (zie kader). Waarom zijn deze cultureel bepaalde vragen toegevoegd, wat is het belang ervan voor de verpleegkundige tuberculosebestrijding en hoe is men tot een keuze geko-

men? Om deze vragen te kunnen beantwoorden wordt ingegaan op terapietrouw, gezondheidscultuur en hoe het laatste het eerste beïnvloedt.

Therapietrouw

Vanuit het oogpunt van een goede tuberculosebestrijding is het cruciaal dat bij een tuberculosebehandeling de medicatie volgens voorschrift wordt ingenomen. Het inschatten en bevorderen van terapietrouw is een essentiële taak van de sociaal-verpleegkundige bij het begeleiden van de tuberculosepatiënt. Onder therapieontrouw wordt in dit artikel verstaan: Patroon waarbij de patiënt zijn leefwijze onvoldoende aanpast aan de behandeling van zijn ziekte of de gevolgen daarvan om bepaalde behandeldoelen te verwezenlijken.² Eerdere onderzoeken naar dit probleem richtten zich vooral op een farmacologische oplossing, alsof combinatiepreparaten therapieontrouw de wereld uit zouden kunnen helpen. Er werd te weinig gekeken naar sociale en culturele aspecten. De laatste jaren zijn er steeds meer niet-Nederlandse tuberculosepatiënten, met name door de komst van asielzoekers. Patiënten uit deze categorie blijken in de praktijk regelmatig problemen te hebben met het medicijngebruik, hetgeen on-

Vragen in de verpleegkundige anamneselijst die betrekking hebben op ziektebeleving en ziekte-inzicht.

Wat weet u over tuberculose?
 Wat ging er in u om toen u hoorde dat u tuberculose heeft?
 Heeft u enig idee hoe en waarom u tuberculose heeft gekregen?
 Wat denkt u dat tuberculose doet in uw lichaam?
 Weet uw omgeving dat u tuberculose heeft; maakt u zich zorgen over hun reactie?
 Waar bent u het meest bang voor?
 Hoe ernstig is uw tuberculose?
 Wat verwacht u van het verloop van uw ziekte?
 Wat voor soort behandeling denkt u nodig te hebben?
 Wat hoopt u met de behandeling voor tuberculose te bereiken?
 Zijn er factoren die het u moeilijk (kunnen) maken in de naleving van de voorgestelde behandeling, bij u persoonlijk, in het gezin of in de wijk/buurt?

der meer leidt tot therapieontrouw. Om het aantal patiënten dat de behandeling volgens voorschrift afmaakt te vergroten, is het van belang om inzicht te krijgen in de invloed van gezondheidscultuur op therapietrouw.

Gezondheidscultuur

Onder gezondheidscultuur wordt alle kennis en begrip over een gezondheidsprobleem verstaan die een zieke heeft meegekregen vanuit zijn cultuur. Deze informatie wordt gebruikt om symptomen te interpreteren en betekenis te geven, de ziekte te benoemen, te besluiten of de ziekte ernstig is en, zo ja, wie geconsulteerd moet worden en hoe lang de patiënt onder behandeling zal blijven. Een beroep doen op de medische hulpverlening is slechts een van de vele mogelijkheden bij ziekte; de officiële gezondheidszorg wordt lang niet altijd ingeschakeld.

Ook ziektebeleving is cultureel gevormd, omdat de manier waarop mensen aandoeningen waarnemen, ervaren en ermee omgaan gebaseerd is op de verklaringen die ze hebben voor de ziekte. Allochtonen hebben vaak andere denkpatronen en gebruiken andere woorden om symptomen uit te leggen dan wanneer dat gebaseerd zou zijn op het westerse na-

tuurwetenschappelijk referentiekader. Te denken valt aan de invloed van voorouders of bovennatuurlijke krachten, de verdeling in holten en vloeistoffen, de verdeling in yin en yang. Zo blijkt uit een onderzoek in Botswana dat er aan tuberculose verschillende oorzaken worden toegeschreven: seks, hard werken, stof, de mijnen, God, erfelijkheid, alcohol, slecht voedsel, vergif, voorouders, onrein bloed, verdriet, een baby, besmetting en hekserij.³ Duidelijk is dat de vermeende oorzaak van een ziekte van grote invloed is op de beleving ervan, maar het kan ook grote invloed hebben op de opvattingen over welke therapie er nodig is om ervan af te komen of om ermee om te leren gaan. Ook de verschillende professionele subculturen in onze samenleving, zoals de medische en verpleegkundige professie, verkrijgen door hun opleiding een ander perspectief op het leven dan diegenen buiten het werkveld. Dit kan later in de praktijk tot problemen leiden. Zo kan een beginnend sociaal-verpleegkundige grote moeite hebben met de interventie DOT, omdat zij tijdens de basisopleiding aspecten als zelfzorg en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt met de paplepel ingegoten heeft gekregen.

Het verklaringsmodel van Kleinman: theorie⁴

Een verklarend model is de uitleg die een individu zelf geeft aan zijn ziekte. Het omvat opvattingen over de oorzaak, het begin van de symptomen, de diagnose en de therapie en dit bepaalt tevens de rollen en verwachtingen van de patiënt. De interactie tussen de verklarende modellen van de patiënt en de hulpverlener is een kernelement van de gezondheidszorg. Tussen deze verklarende modellen van de patiënt en van de hulpverlener kunnen behoorlijke verschillen bestaan in kennis, waarden, verwachtingen en doelen die problemen kunnen veroorzaken bij de behandeling. Deze verschillen kunnen worden ontdekt door de verklarende modellen van de patiënt en de hulpverlener met elkaar te vergelijken. Vervolgens kan er, afhankelijk van de relevantie en grootte van het verschil, actie worden ondernomen. Kleinman stelt dat resultaten van de gezondheidszorg, zoals therapietrouw, direct gerelateerd zijn aan het verschil in verklarende modellen bij aanvang van de hulpverleningsrelatie en aan effectieve communicatie. Als er namelijk een bevredigend contact heeft plaatsgevonden, zal het verschil tussen de verklarende modellen zijn afgenomen.

Het verklaringsmodel van Kleinman: praktijk

Het verklarend model is van toepassing op alle culturen, dus ook op autochtone (sub)culturen. Het toepassen in de praktijk gebeurt in vier fasen.

a. Het model van de patiënt

Een beeld van het model van de patiënt kan volgens Kleinman op een snelle en systematische manier worden verkregen door het stellen van vragen betreffende oorzaak, begin van symptomen, diagnose, therapie en rollen en verwachtingen van de patiënt.



Illustratie: Thea Boonstra.

b. Het model van de hulpverlener

Het verklarende model van de hulpverlener dient in begrijpelijke termen aan de patiënt te worden uitgelegd. Alle bovengenoemde aspecten behoren aan bod te komen.

c. Vergelijken van de modellen

Bij het vergelijken van het verklarende model van de patiënt en de hulpverlener wordt gekeken naar mogelijke verschillen in de gezichtspunten ten aanzien van de klinische realiteit. Er moet ruimte zijn voor het stellen van vragen. Daarbij zal worden getracht om de kern van de ziektebeleving van de patiënt duidelijk te krijgen. Vergelijking van de modellen moet gericht zijn op de essentiële aspecten die patiënteneducatie, duidelijke klinische uitleg of onderhandelingen behoeven.

d. Onderhandelen over de vergeleken modellen

Hierbij onderhandelt de hulpverlener actief met de patiënt als therapeutische bondgenoot over behandeling en resultaten. Omdat dit afhankelijk is van het gebied waarover men het niet eens is en van de beschikbare speelruimte, zijn hiervoor moei-

lijk richtlijnen te geven. Zo ontbreekt de noodzaak tot onderhandelingen bij grote culturele verschillen die geen hindernis voor de behandeling vormen. Indien de oorzaak van tuberculose in de ogen van een patiënt niet overeenkomt met die van de gangbare westerse, medische opvattingen, dan hoeft dit geen enkel probleem te zijn als de patiënt wel de tuberculostatica inneemt. Veel onderhandelingsruimte is er niet als het gaat om de therapie bij tuberculose, daarentegen valt er meer te onderhandelen als het gaat om de verstrekkingsmogelijkheden zoals DOT (waar en hoe?), een weekdoos, eigen beheer et cetera.

Onderhandelen is mogelijk de belangrijkste stap in het winnen van het vertrouwen van de patiënt, het voorkomen van grote verschillen in de evaluatie van de resultaten van de behandeling, het vergroten van therapietrouw en het verminderen van patiëntontevredenheid.

Het model van Kleinman bij het vaststellen van therapie(on)trouw

Therapietrouw is essentieel voor het

slagen van een tuberculosebehandeling, maar een gebrek daaraan is een veelvoorkomend verpleegprobleem bij tuberculosepatiënten. Omdat het de taak van de verpleegkundige is om therapietrouw te bevorderen, dient hiervan bij iedere nieuwe patiënt een inschatting te worden gemaakt. Het grote probleem hierbij is dat er in de praktijk nog nauwelijks bruikbare instrumenten of methoden voorhanden zijn waarmee de therapietrouw kan worden ingeschat.⁵ Een belangrijke reden die hieraan ten grondslag ligt, is het ontbreken van consensus over dit begrip in de literatuur.⁶ Het model van Kleinman kan mogelijk een handvat bieden bij het inschatten ervan.

In het model worden verklarende submodellen met elkaar vergeleken. Het verschil hiertussen kan als voorspellende factor worden beschouwd ten aanzien van de resultaten van de gezondheidszorg. In relatie tot therapietrouw kan gekeken worden naar verklaringsmodellen van de patiënt en de hulpverlener ten tijde van het eerste contact. De tijd tussen het stellen van de diagnose tuberculose en het eerste contact met de sociaal-verpleegkundige varieert van nul tot drie dagen. Dit betekent dat de verpleegkundige voor of vlak na het begin van de behandeling het verklarende model van de patiënt in kaart kan brengen. Door de mogelijkheid tot intensieve begeleiding aan huis zal de periode tot het vervolcontact afhankelijk kunnen zijn van de overeenkomsten en verschillen tussen de verklarende modellen van de patiënt en de verpleegkundige. Zijn deze verschillen groot, dan dient de verpleegkundige binnen een tot twee weken een nieuwe afspraak te maken. Tijdens dit contact wordt nogmaals het verklarende model van de patiënt gemeten. Is het verschil met het model van de verpleegkundige afgenomen, dan zou dit een gunstige invloed op de therapietrouw van de patiënt implice-

Casus

Kira, een jonge Afghaanse vrouw, is opgenomen in het ziekenhuis. Na de diagnose longtuberculose is ze in het ziekenhuis gebleven vanwege sociale omstandigheden. Ze wordt sinds enkele weken behandeld met tuberculostatica. De eerste week had ze last van bijwerkingen, daarna ging het beter. Toch vinden de verpleegkundigen dat Kira niet opknapt. Ook laat de controlefoto na een maand geen verbetering zien. De sociaal-verpleegkundige komt voor de tweede keer langs. Bij de eerste keer leek Kira alles goed te begrijpen en gaf ze aan de medicijnen zeker te zullen gebruiken.

De nieuwe verpleegkundige anamneselijst is net uit en de sociaal-verpleegkundige gebruikt het tweede contact om meer inzicht te krijgen in de ziektebeleving van Kira. Door de vragen over gezondheidsbeleving wordt het haar duidelijk dat Kira zich wil laten behandelen door een traditioneel genezer uit een naburige stad. Over de diagnose bestaat overeenstemming, maar Kira twijfelt erg aan het nut van de behandeling. Ze voelt zich immers zeker met de medicatie dan zonder. Dat is dan ook de reden dat ze na die eerste week de medicatie heeft laten staan. Dat was niemand opgevallen; de middelen worden immers alleen maar op het kastje gezet. Kira durfde niet uit eigen beweging haar dilemma aan te kaarten. Niet alleen beheerst ze het Nederlands nog niet, ze is ook bang dat iedereen boos op haar wordt, haar dom vindt en dat ze het in de toekomst zonder medische hulp moet stellen. Bovendien durft ze niet direct met haar specialist te praten omdat het een man is. De verpleegkundige legt haar nogmaals de (bij)werking van de tuberculostatica uit. Ze vraagt door over de traditionele genezer. De interventies blijken te bestaan uit kruiden en bezweringen. Omdat dit de behandeling met medicatie niet schaadt, stelt de sociaal-verpleegkundige voor om de behandelingen te combineren. Opgelucht stemt Kira toe.

ren. Is dit verschil hetzelfde gebleven of zelfs groter geworden, dan blijft intensieve begeleiding voorlopig geïndiceerd. Kleinman erkent dat ook het verklarende model van de verpleegkundige door contact met de patiënt kan veranderen. Deze veranderingen zullen in het algemeen minder groot zijn en zullen daardoor dan ook minder ingrijpende consequenties hebben. Als een patiënt bijvoorbeeld in aanmerking komt voor DOT (7 keer per week), dan is het mogelijk dat toch besloten wordt dat hij de medicijnen in het weekend zelf inneemt. Dit zal het geval zijn als de patiënt de verpleegkundige weet te overtuigen af te wijken van haar eigen verwachtingen over de medicatiebegeleiding.

Beschouwing

Het probleem bij therapietrouw is het ontbreken van indicatoren waarmee een gebrek hieraan tijdig kan worden opgespoord. Zoals uit de casus blijkt, kan het bij een tuberculosepatiënt lang duren voordat bewezen kan worden dat hij zich niet aan de voorschriften of afspraken houdt. Het ver-

klaringsmodel van Kleinman lijkt een mogelijkheid te zijn waarmee therapietrouw en -ontrouw eerder gediagnosticeerd kunnen worden. Het uitgangspunt van het model is dat iedere (sub)cultuur eigen opvattingen over gezondheid en ziekte heeft. Ook de opvattingen van de hulpverlener worden erbij betrokken. Hierdoor is dit model van toepassing op iedere patiënt en in iedere hulpverleningssituatie. Hoewel aanvankelijk ontstaan uit de gedachte dat inzicht in gezondheids- en ziektebeleving van belang zou zijn voor met name niet-Nederlandse culturen, is dit model bruikbaar (en noodzakelijk!) bij elke patiënt. Kleinman onderscheidt binnen een samenleving verschillende sectoren die zich bezighouden met ziekte en gezondheid (bijvoorbeeld de drogist met talloze mogelijkheden voor onder andere homeopathische zelfhulpmedicatie of het professioneel medische circuit). Zijn verklaringsmodel is een antwoord op de vraag hoe de kennis en praktijk met betrekking tot gezondheid binnen deze afzonderlijke sectoren met elkaar vergeleken kun-

nen worden. Het model van Kleinman is op zich niet verklarend, maar helpt bij het afstemmen van opvattingen over de ziekte en de behandeling. Op deze manier wordt het mogelijk om een therapeutisch beleid te ontwikkelen dat toegespitst is op de behoeften, het belang en het dagelijkse leefritme van de individuele patiënt. Een dergelijke behandeling en begeleiding zouden een positief effect hebben op de therapietrouw die noodzakelijk is voor een succesvolle tuberculosebehandeling.

Het model van Kleinman heeft ook beperkingen. Deze liggen met name op het gebied van het uiten van gevoelens en gedachten. Ook kan men zich afvragen in hoeverre alle culturen hechten aan het betekenis geven zoals wij dit in onze cultuur gewend zijn. Wij zouden immers het liefst voor elke situatie een verklaring hebben.

Een jaar na invoering is de VAL geëvalueerd. In verband met een lopend onderzoek heeft de provincie Noord-Holland de VAL nog niet gebruikt en dus niet meegedaan met de evaluatie. Met betrekking tot het onderdeel gezondheidsbeleving blijkt de meerderheid van de sociaal-verpleegkundigen deze vragen geïntegreerd te hebben in het anamnesegeprek. Wel geeft een deel van de collega's aan dat ze de onderwerpen gezondheids- en ziektebeleving ook al voor invoering van de VAL aan de orde lieten komen, zij het minder specifiek of in de vorm van aandachtspunten op de achtergrond. Ook wordt aangegeven dat het onderwerp juist in het begin van een hulpverleningsrelatie moeilijk aan te kaarten is. De vraag of de betreffende vragen helpen om een beter zicht te krijgen op ziektebeleving en therapietrouw werd door 81% van de respondenten positief beantwoord. Daarbij werd onder andere ge-

Model van Kleinman.

Het verklaringmodel van Kleinman is een hulpmiddel om meer te weten te komen over opvattingen van de patiënt over gezondheid en ziekte. Dit model heeft als uitgangspunt dat iedere cultuur eigen opvattingen heeft over gezondheid en ziekte. Het onderscheid tussen autochtoon en allochtoon is daarbij niet aan de orde. Met behulp van een aantal vragen worden opvattingen over ziekte en behandeling van patiënt en hulpverlener duidelijk en kunnen ze op elkaar afgestemd worden.

Vragen:

Wat denkt u dat de oorzaak van uw probleem is? Wat voor naam heeft het? Wat denkt u dat uw probleem (tuberculose) veroorzaakt heeft? Wanneer startte het probleem en waarom? Hoe ernstig is het (de tuberculose)? Zal het een kort of lang verloop hebben? Voor welk aspect van uw ziekte heeft u de meeste angst? Wat doet uw ziekte met u? Hoe werkt het? Wat zijn de belangrijkste problemen die uw ziekte met zich meebrengt? Hoe zou de ziekte behandeld moeten worden? Wat zijn de belangrijkste resultaten die u van deze behandeling verwacht?

Kleinman ziet ook beperkingen bij gebruik van dit hulpmiddel, vooral als patiënten moeite hebben met het uiten van hun opvattingen, bijvoorbeeld uit angst dat hun opvattingen misschien niet juist zijn.

Het model van Kleinman werd in de versie van augustus 1998 van de landelijke verpleegkundige anamneselijst voor de tuberculosebestrijding geïntegreerd.

meld dat de vragen helpen de patiënt meer te laten vertellen over zijn achtergrond en gedachten, en de sociale en culturele aspecten. In de definitieve versie van de VAL wordt geen verandering aangebracht in de vragen die gebaseerd zijn op het model van Kleinman. Het is mogelijk en haalbaar gebleken om gezondheidsopvattingen te expliciteren bij deze categorie patiënten met behulp van Kleinmans methode.

Toekomstperspectief

De vraag of het percentage voltooide tuberculosebehandelingen toeneemt door inzicht in de invloed van cultuur op therapietrouw, is in dit artikel niet beantwoord. Wel is naar een methode gezocht om meer inzicht te verkrijgen in cultureel bepaalde aspecten die een invloed hebben op de thera-

pietrouw. Het zou vervolgens interessant zijn te onderzoeken of het verklarende model in de praktijk een voorspellende en/of voorkomende werking heeft ten aanzien van therapieontrouw. Hiervoor is het nodig om de volgende fasen van het verpleegkundig proces verder te ontwikkelen en uit te werken. De werkgroep VAL heeft een vervolg gekregen met de nieuwe werkgroep Diagnostiek, Interventies, Resultaten (DIR). Deze werkgroep richt zich op het vertalen van de informatie verkregen met behulp van de VAL naar verpleegkundige diagnoses, waarna de gewenste interventies en de resultaten van deze interventies worden beschreven. Met de doelstellingen van deze nieuwe werkgroep komt het antwoord op de gestelde vraag in ieder geval veelbelovend dichterbij. ●

Literatuur

- 1 Werff GFM van der. De invloed van gezondheidscultuur op therapietrouw bij patiënten met tuberculose. Ongepubliceerde literatuurstudie. Maastricht: Rijksuniversiteit Maastricht, opleiding Verpleegwetenschap, 1996.
- 2 Gordon M. Handleiding Verpleegkundige Diagnostiek, 1995-1996. Utrecht: Lemma, 1995.
- 3 Schröder P. Tuberculosis and traditional medicine in Botswana. Berlin: Express Edition GmbH, Reihe Ethnomedizin und Bewußtseinsforschung, 1986.
- 4 Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. London: University of California Press, 1980.
- 5 Bond WS, Hussar DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:1978-88.
- 6 Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails; a social behavioral account of patient adherence. *Am Rev Resp Dis* 1993;147:1311-20.

LET OP DIT KEURMERK ALS U AAN EEN GOED DOEL WILT GEVEN

Want alleen fondsenwervende organisaties die op verantwoorde wijze geld inzamelen en besteden krijgen het CBF-Keur.

Voor vragen over het CBF-Keur: Centraal Bureau Fondsenwerving. Tel. 0900-2025592 (75ct./min.) of Internet: www.cbf-keur.nl



A. Wouters
socioloog, Den Haag

Zedenschetsen uit het sanatorium- leven in de eerste helft van de vorige eeuw

Iedereen die een beetje geïnteresseerd is in de maatschappelijke context van tuberculose kent de beroemde roman *De Toverberg* van Thomas Mann uit 1924.¹ Iedereen die wel eens een goed boek leest, heeft dankzij *De Toverberg* veel geleerd over tuberculose, althans over het verblijf van tuberculosepatiënten in een sanatorium. In *De Toverberg* wordt het sanatorium beschreven als het leven zelf, als een metafoor van de maatschappij. De lezer wordt uitgenodigd kennis te nemen van het wedervaren en het gedachtegoed van tuberculoselijders die het druk hebben met zichzelf en met elkaar.

De Toverberg lijkt vooral een schuilplaats voor de boze buitenwereld. Er hoeft niet gewerkt te worden, ten minste niet door de patiënten, en niemand schijnt daar ook veel behoefte aan te hebben. Er wordt wel beweerd dat na Manns impliciete kritiek op de ledigheid van de sanatoriumdagen een begin is gemaakt met de invoering van bezigheidstherapie. Thomas Mann was zelf geen tuberculosepatiënt. Hij is tot het verhaal geïnspireerd door de bezoeken aan zijn vrouw die wel tuberculose had. Mann heeft zelf ook enige tijd bij haar in het sanatorium gewoond (in de sanatoria voor de betere kringen zoals *De Toverberg* kon dat) en kennelijk beviel hem dat geregelde leven zo goed dat hij slechts node weer uit het sanatorium vertrok.

Er is veel geschreven over het leven met tuberculose en het leven van tuberculosepatiënten, maar er is niet zo veel geschreven over het leven in het sanatorium door tuberculosepatiënten zelf. Dat is vrij opvallend omdat de sanatoriumkuur als behandelmethode voor tuberculose in de hele eerste helft van de vorige eeuw toch populair was: iedereen kende het sanatorium als instituut en iedereen kende wel iemand

die in een sanatorium lag of er had gelegen.

In dit artikel worden twee boekjes besproken die, met heel wat minder prententie dan in *De Toverberg*, het leven in een sanatorium behandelen. Het ene gaat over het leven in een Nederlands sanatorium en is geschreven door een Nederlander uit Groningen (Harm Meins), het andere over het leven in een Oostenrijks sanatorium en is in het Hebreeuws geschreven door een Russische jood (David Vogel).

Harm en David

‘Toen T.B. nog tering was. Uit het dagboek van een tuberculosepatiënt’ is van Ami (duidelijk een ‘nom de plume’) en is in eigen beheer uitgegeven door H. Meins te Appingedam, vermoedelijk (want het boekje is ongedateerd) rond 1988.²

Die H van H. Meins zal wel staan voor Harm uit Winschoten, de persoon wiens wederwaardigheden het meest aan bod komen. Het verhaal is in de derde persoon enkelvoud geschreven, wellicht om enige afstand te bewaren of om het autobiografische wat te verdoezelen. Harms vader overleed op zijn 50ste aan tuberculose en twee broers van Harm hadden het ook. Harm heeft van 1946 tot 1950 in het sanatorium

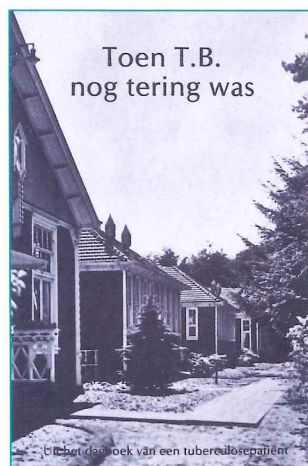
gelegen, aanvankelijk in een noodsanatorium in de stad Groningen, later in Beatrixoord in Appelscha in Friesland. Hij beschrijft in zijn boek het leven in dit laatste sanatorium.

Het is onbekend of David Vogel, de schrijver van 'In het sanatorium'³ zelf als tuberculosepatiënt in het sanatorium heeft gelegen. De Russisch-joodse schrijver David Vogel werd geboren in 1891 en zat zowel in de Eerste als in de Tweede Wereldoorlog, in respectievelijk Wenen en Parijs, als 'vijandig staatsburger' gevangen. In maart 1944 kwam hij in Auschwitz om het leven. Vogel is met zijn grote roman 'Huwelijksleven' beroemd geworden. 'In het sanatorium', zijn eerste novelle, werd in 1926 in het Hebreuws gepubliceerd en speelt in de jaren twintig van de vorige eeuw in een joods 'sanatorium voor minvermogenen' in de Oostenrijkse bergen.

Hoewel de boekjes onderling hemelsbreed verschillen – zo is de Hebreuwse novelle duidelijk als literatuur bedoeld, terwijl het Nederlandse boekje die pretentie absoluut niet heeft – zullen ze hier toch met elkaar worden vergeleken. Beide geschriften vormen aardige zedenschetsen en geven een leerzaam beeld van het tijdsgewricht. Om de vergelijking wat overzichtelijk te houden en het persoonlijke van de geschriften te respecteren zal naar 'Toen T.B. nog toring was' verwezen worden als naar het sanatorium van Harm en naar 'In het sanatorium' als naar het sanatorium van David.

Nuchter en romantisch

Harm die op zijn 20ste, onmiddellijk na de Tweede Wereldoorlog, naar het sanatorium Beatrixoord ging, doet nuchtere mededelingen over het leven daar, waarbij hij geregeld citeert uit notulen van jaarverslagen en patiëntencommissies. Het taalgebruik is



haast ontroerend ouderwets, in de trant van: 'Na de inwendige mens versterkt te hebben, werd de terugtocht aanvaard'. Het boek is gortdroog in zijn opsomming van de gebeurtenissen op vooral de zaal waar Harm ligt. Heel af en toe verstuurt de schrijver zich tot een grappige opmerking. Zo noemt hij een bepaalde patiënt 'zo mager als een scheurkalender in december'. Maar een dergelijk taalgebruik houdt de lezer wel in de sfeer van de late jaren veertig.

Harm hield in het sanatorium een dagboek op rijm bij, waarvan hij af en toe gedeelten publiceerde in het sanatoriumblad, en dat leverde versjes op van een hartveroverend sinterklaasniveau. Maar de schrijver had kennelijk geen enkele schroom om die na zoveel jaren nog te publiceren.

David Vogel beschrijft een episode in een sanatorium in het Oostenrijkse Albanodal vlak na de Eerste Wereldoorlog en hij doet dat duidelijk als een literaire poging. Zijn natuurbeschrijvingen zijn dan ook zeer evocatief: de frisse berglucht kan zo worden opgesnoven en het uitzicht op de bergen en dalen ademloos genoten. De omgeving van het sanatorium voldoet naadloos aan de eisen die in de jaren twintig en dertig aan een ideaal vakantieoord werden gesteld: mooie om-

geving met uitstekende wandel- en flaneermogelijkheden.

Harm is nogal nuchter, neemt veel voor kennisgeving aan en veronderstelt dat veel van wat in het sanatorium gebeurt zo vanzelfsprekend is dat het de lezer niet uitgelegd hoeft te worden. Zo wordt hij onderworpen aan 'caustiek' of 'strengbranden', maar wat dat precies is staat zelfs niet (meer) in de Dikke Van Dale. Zo had hij ook wel eens mogen uitleggen wat 'plastic krijgen' is, 'arbeid twee hebben' en 'stoel hebben'.

In een mooie overspannen samentrekking schrijft Harm: 'Zijn middagmaal is rijst en de bezinking 85'. Misschien is dat eten wel heel vervelend in een tijd dat rijst in Nederland vooral als rijstepap of rijstebrij met suiker werd gegeten, en alleen de ingewijde weet wat dat bezinkingsgetal zou kunnen betekenen. Een sanatoriumarts, dr. Nauta, beschrijft in 'De Lift', het blad van Beatrixoord, de werkwijze om bloed te laten bezinken, en Harm citeert dat keurig, maar het wordt niet duidelijk wat die bezinking en de bijbehorende getallen nu precies zeggen over de toestand van de patiënt.

Op een gegeven moment krijgt Harm streptomycine en dat werd, vanwege de prijs van dat geneesmiddel, niet aan iedereen gegeven. Harm probeert niet te weten te komen op welke medische gronden hij juist een van de gelukkigen was die streptomycine kreeg. Ook Harms beschrijving van de sterfgevallen onder de patiënten, uiteraard aan tuberculose, is van een ontvullende zakelijkheid. Maar er was ook een 'jonge vent' die zich ophing in de wc. De schrijver geeft daar geen enkel commentaar bij en vraagt zich ook niet af waarom die vent dat gedaan zou kunnen hebben.

David Vogel is een totaal andere man. Hij schrijft met groot inlevingsvermo-

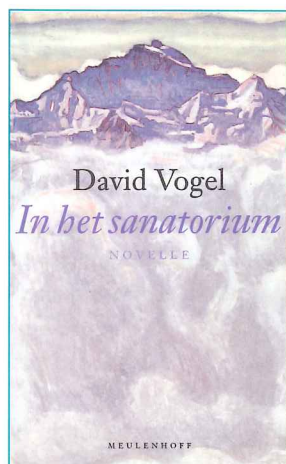
gen en uit zijn beschrijving van de personages die hij in het sanatorium laat wonen en werken blijkt vooral sympathie. De hoofdpersoon in Davids sanatorium is Irme Orniek, een prototypische hypochonder. Hij is groot en zwaar, maar fluistert om zijn ene goede long te sparen. Nauwkeurig noteert hij om de twee uur zijn temperatuur en de kwaliteit van zijn stoelgang: de lijsten daarvan stuurt hij naar zijn huisarts in Wenen, want hij vertrouwt de sanatoriumartsen niet helemaal. Hij vat deurklinken pas aan als hij er een krant omheen heeft gevouwen. Orniek leest niet, want lezen leidt de aandacht van de long af. En hij heeft zijn ouders, die zich grote moeite getroosten om hem in het sanatorium te laten verplegen, beloofd dat niets hem van zijn aandacht voor zijn long zal afleiden.

Verhouding tussen de geslachten

Volgens Harm en David concentreert het leven in het sanatorium zich vooral op de verhouding tussen de geslachten, althans op de pogingen van mannen en vrouwen om met elkaar in contact te komen.

In Harms sanatorium was dat bijna uitgesloten. Er waren aparte mannen- en vrouwenpaviljoens, zodat zelfs het zicht op elkaar door de tussenliggende bospartijen onmogelijk was. Omdat de patiënten bijna continu in bed moesten liggen – Harm praat bijna uitsluitend over bedpatiënten – was er ook nauwelijks bewegingsvrijheid. Harm heeft in zijn sanatoriumperiode dan ook nauwelijks vrouwelijke patiënten gezien, laat staan gesproken. Ook mannelijk en vrouwelijk personeel mocht geen contact met elkaar hebben, en de omgang tussen patiënten en verplegend personeel – in de praktijk dus mannelijke patiënten en verpleegsters – werd bestraft met ontslag van beide partijen.

In Davids sanatorium ging het er 20



jaar eerder, ruim voor de Tweede Wereldoorlog, heel anders aan toe: de patiënten waren niet de hele dag aan hun bed gekluisterd en hadden een behoorlijke bewegingsvrijheid, zowel in het sanatorium zelf als in het kuuroord waar het sanatorium lag. Het gebouw had twee grote zonnepalons boven elkaar: het onderste voor mannen en het bovenste voor vrouwen. Dat was heel gezellig, want mannen en vrouwen konden zo uitgebreid met elkaar kletsen en als ze mazzel hadden, vingden de mannen een glimp van een vrouwenbeen op. Er werd ook gezamenlijk gegeten, maar dan wel aan voor dames en heren afzonderlijk gereserveerde tafels. Ook werd er samen gewandeld en uitbundig geflirt. Dat wil niet zeggen dat de joodse jongens in het sanatorium (Davids sanatorium was, zoals gezegd, een joods sanatorium voor minvermogenen) in een erotisch paradijs leefden. Een van de hoofdpersonen benaderde liever 'sjijsen' (zoals niet-joodse meisjes door joden worden genoemd), want die zijn veel gemakkelijker dan joodse meisjes: joodse meisjes moet je eerst trouwen voordat je ze tot het uiterste kunt verleiden.

Amoureuze contacten tussen personeel en patiënten waren ook in Davids sanatorium ten strengste verboden. De leiding betrapte op een gegeven

moment een arts die een patiënte kustte – terwijl het nog niet eens een ongewenste intimiteit was – en stuurde beiden naar huis. Toen twee mannelijke patiënten 's avonds op zijn kostschool waren ontsnapt om met twee dienstmeisjes van het sanatorium een gezellige nacht door te brengen, werden ze alle vier zonder pardon ontslagen.

Gezellig

Het leven in het sanatorium was aan strenge regels gebonden: alcohol, roken en amoureuze omgang met het andere geslacht waren ten strengste verboden.

Het belang dat aan roken werd gehecht is nauwelijks nog voor te stellen in deze tijd van toenemende criminalisering van het nicotinegebruik. Maar toen, in ieder geval voor Harm en zijn zaalgenoten en Davids personages, betekende het opsteken van een sigaret dat je weer de oude was, dat je weer gezond was en er weer bij hoorde. Dat gold natuurlijk vooral buiten het sanatorium, want als je binnen met een sigaret betrappt werd, kon je meteen vertrekken, in Oostenrijk zowel als in Nederland.

Maar dat betekende niet dat het leven in een sanatorium geen plezierige momenten kende. In het Nederlandse sanatorium is het Nederlands gezellig: de verjaardagen en vooral die van sinterklaas worden met inzet gevierd. Harm laat wat kiekjes zien waarop sinterklaas in een tabberd van oorlogskwaliteit vanaf een stoer werkpaard de sanatoriumbewoners begroet.

De verjaardagen van de patiënten voltrokken zich volgens oud-Nederlands gebruik: in een kring gezeten enkele uren met de familie doorbrengen en cadeautjes uitdelen. 'Toch werpt het overlijden van een zaalgenoot een schaduw op de dag', meldt Harm over een van zijn verjaardagen.

De onderlinge grappenmakerij bestaat uit elkaars spullen verstoppen, suiker in bedden strooien en fruitgevechten (waarvan de sporen 's nachts heimelijk met washandjes van de slaapzaalmuren werden gewassen). Ook urinalen dichtstoppen met krantenpapier schijnt heel leuk te zijn geweest, evenals pogingen om de verpleegsters te laten schrikken met namaakrollen gekneet van peperkoek of chocolade. Gelukkig hadden de zusters de grapjes van de jongens al snel door.

Ook in Davids sanatorium werd wat afgelachen. Daar waren tweemaal per week gezelschapsavonden, die omdat ze voor mannen en vrouwen gezamenlijk werden gehouden ook wel koppelavonden werden genoemd. Een van de populairste spelletjes was blindemannetje spelen, een spel waarbij je legitiem anderen kon betasten.

Gezagsverhoudingen

Harm noemt prof. dr. J.K. Kraan, die lang geneesheer-directeur van Beatrixoord is geweest, de 'baas'. En professor Kraan was inderdaad de baas. Als er in het sanatoriumblad huwelijksadvertenties werden geplaatst, moest de geneesheer-directeur ze eerst zien. (Jammer genoeg zegt de schrijver niet wat onder huwelijksadvertentie moet worden verstaan: de aankondiging van een huwelijk, of iets wat heden ten dage een contactadvertentie zou heten.)

Op een oudejaarsavond hadden de lopende en zittende patiënten in Beatrixoord vuurwerk afgestoken terwijl dat niet mocht. Voor straf moesten ze voor een week het bed in.

Ook in Oostenrijk werd kennelijk met harde hand geregeerd. David schrijft daar niet zo veel over, maar zijn personages zijn wel bang voor de strenge blikken van de leiding en de artsen en zelfs voor de directrice van de huishoudelijke dienst. (In Davids sanato-

rium was een vrouw medisch onderdirecteur. Jammer genoeg zegt de schrijver niets over haar positie binnen de sanatoriumgemeenschap.)

Op een gegeven moment ontstaat in Beatrixoord onrust over het aantal verpleegsters dat voortijdig de opleiding en de dienst van het sanatorium verlaat. Vooral omdat er voor elke vertrekkende verpleegster vijf patiënten vroegtijdig naar huis moeten.

Angst voor besmetting kan het niet zijn, denkt Harm, want de leerling-verpleegsters worden bij indiensttreding direct ingeënt met een antituberculosevaccin zodat 'besmetting tot een minimum beperkt blijft'. Vooral dat 'minimum' is interessant. Ook hier bedwingt de schrijver met gemak zijn nieuwsgierigheid, want hij doet geen moeite, in ieder geval niet zichtbaar in de tekst, om te weten te komen waarom de verpleegsters vertrekken.

De geneesheer-directeur vraagt zich af of er 'geen waarde meer (wordt) gehecht aan de dienende liefde'. Harm rapporteert niet of de geneesheer-directeur met de vertrekkende verpleegsters heeft gepraat over de mogelijkheid dat zij wellicht andere redenen hadden om te vertrekken dan een gebrek aan dienende liefde.

De buitenwereld

De al dan niet boze buitenwereld drong nauwelijks de sanatoria binnen. Heel af en toe vertelt Harm iets waaruit enige aandacht voor de wereld buiten het sanatorium blijkt. Op een gegeven moment wedt een zaalgenoot dat hij in het urinaal zijn grote behoefte durft te doen. Lachen dus. Harm denkt dat de grapjas dit deed uit balorigheid omdat de Partij van de Arbeid bij de Kamerverkiezingen (van 1948) twee zetels had verloren. Tegen het eind van zijn sanatoriumverblijf begint Harm zich af te vragen wat hij in de maatschappij moet gaan

doen. Genezen patiënten melden dat het niet meevalt werk te krijgen, omdat de gemiddelde werkgever liever geen ex-tuberculoselijders in dienst neemt? Maar ook hierop gaat Harm (wederom jammer) niet verder in. Met hemzelf loopt het goed af: kort na zijn ontslag uit het sanatorium krijgt hij er een betrekking op de administratie. Hij trouwt met een verpleegster op wie hij al tijdens zijn verblijf in het sanatorium een oogje had en ze leefden nog lang en gelukkig.

Met Irme Orniek, de hoofdpersoon uit Davids roman, loopt het heel verdrietig af. Orniek lijdt in het sanatorium onder de wereldwijze Weners die de pummels uit de dorpen wel eens duidelijk zullen maken hoe de wereld in elkaar steekt. Hij lijdt onder zijn onvermogen om met vrouwen contact te leggen, ondanks het feit dat een mooie levenslustige graag met hem wandelt. Hij lijdt onder zijn hypochondrie. Kortom, hij lijdt aan het leven en besluit er dan ook een eind aan te maken. In de fraaie omgeving van het sanatorium met zijn watervallen en ravijnen kan dat moeiteloos. Waarmee David Vogel zich aansluit bij Thoman Mann in diens beschrijving van de tuberculose als metafoor van het leven. Davids hoofdpersoon kan niet met zijn tuberculose en dus niet met het leven omgaan. ●

Literatuur

- 1 Mann, Thomas. De Toverberg. Nederlandse vertaling van *Der Zauberberg* (1924) door Pé Hawinkels. Amsterdam: Uitgeverij De Arbeiderspers, 1975.
- 2 Ami. Toen T.B. nog toring was. Uit het dagboek van een tuberculosepatiënt. Uitgave in eigen beheer. Appingedam: H. Meins, rond 1988.
- 3 Vogel, David. In het sanatorium. Nederlandse vertaling uit het Hebreeuws van 'Bewet hamarpé' (1926) door Kees Meiling. Amsterdam: Meulenhoff, 1994.

C.E. Guicherit-Samson
Zonta Den Haag II

Zonta-netwerk actief voor 'Stop TB'

Bijna de helft van de twee miljoen dodelijke slachtoffers die tuberculose jaarlijks vergt, is vrouw. Daarmee is het aantal vrouwen dat jaarlijks overlijdt ten gevolge van tuberculose nog groter dan het eveneens zorgwekkende aantal gevallen van maternale sterfte. Dergelijke cijfers tonen aan dat de gezondheidssituatie van vrouwen met name in ontwikkelingslanden vaak dramatisch is. Tegen deze achtergrond plaatste de wereldwijd vertakte netwerkorganisatie Zonta International* de bestrijding van tuberculose in 1999 op haar agenda tijdens haar internationale congres in Maastricht. De organisatie besloot toen om op mondiaal niveau zoveel mogelijk aandacht te vragen voor de risico's die tuberculose met zich meebrengt voor de wereldgezondheid. Dit besluit leidde tot verschillende acties, waaronder ook een opvallend Nederlands initiatief.

Nederlandse campagne

Anderhalf jaar na de conferentie in Maastricht neemt Zonta Nederland het voortouw met een plan dat is gericht op de Nederlandse 'thuismarkt'. Nederland telt 21 Zonta-clubs, verspreid over het land. Elke regio kent op die manier een eigen actief netwerk van vrouwen met relatief goede opleidingen en dito banen. Op uitnodiging van hun Nederlandse 'area-manager' Ingrid Levinsky en de voorzitter van het Nederlands Tuberculose Fonds, Johan Stekelenburg, gaan zij zich inspannen om de komende periode zoveel mogelijk nieuwe donateurs voor het Nederlands Tuberculose Fonds te werven.

De voorbereidingen zijn inmiddels in volle gang. In principe geldt als voorwaarde voor brede ondersteuning van de actie, zowel door het Zonta-bestuur als door het Nederlands Tuberculose Fonds, dat alle Zonta-clubs participeren. Alle voortekenen wijzen erop dat dit ook daadwerkelijk het geval zal zijn.

Met name Wereldtuberculosedag op 24 maart 2001 krijgt een opvallend extra accent. Die datum is door Zonta en het Nederlandse Tuberculose Fonds gekozen als moment om de donateurswervingscampagne te laten

losbarsten. In de aanloopperiode zal vooral binnen de netwerken van de Zonta-leden het nodige voorwerk worden verricht en zal ook op lokaal en regionaal niveau publiciteit worden gezocht. Op de dag zelf worden diverse activiteiten en evenementen georganiseerd, waaraan verschillende prominenten hun medewerking zullen verlenen.

Wereldtuberculosedag mag dan een momentopname zijn, het is wel een goede gelegenheid om in de publiciteit te 'scoren' voor de tuberculosebestrijding. Ook voor Zonta zelf, want de organisatie wil wat meer naar buiten treden. Als dat leidt tot meer middelen om de wereldwijde strijd tegen tuberculose aan te gaan, geven de KNCV en het Nederlands Tuberculose Fonds daaraan op hun beurt graag ondersteuning.

Scoren

Johan Stekelenburg, die naast voorzitter van het Nederlands Tuberculose

* Zonta International is een wereldwijde organisatie van vrouwen - en inmiddels ook enkele mannen - met een zelfstandige positie in beroep en bedrijf, die sinds 1919 werken aan de verbetering van de positie van de vrouw.

Fonds ook burgemeester van Tilburg is, reageerde enthousiast op de plannen. De ambitie van Zonta Nederland om alle 21 clubs aan de campagne te committeren en zelf met behulp van de GGD Midden-Brabant te Tilburg activiteiten te ontplooien in de eigen stad - die merkwaardig genoeg nog geen Zonta-club heeft - wordt door hem nog wat aangewakkerd: 'Wanneer je in zo'n landelijke actie een zeker competitie-element inbrengt, kan

de score aardig omhoog gaan. Op voorhand wil ik afgevaardigden van de Zonta-club, die de meeste nieuwe donateurs aanbrengt, uitnodigen voor een bijzondere bijeenkomst.'

Stop TB met DOTS

De 'Stop TB'-activiteiten van Zonta, nationaal en internationaal, sluiten vrijwel naadloos aan op de campagne die wereldwijd wordt gevoerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

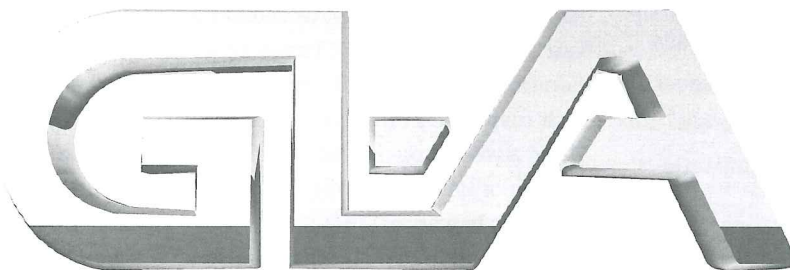
Daarin wordt duidelijk gemaakt dat tuberculose werkelijk te 'stoppen' is als kan worden voldaan aan de dringende wens om alle landen en alle tuberculosepatiënten toegang te verschaffen tot de specifieke opsporing- en behandelingsmethode DOTS. Evenals de Nederlandse arts dr. Karel Styblo, de geestelijke vader van DOTS, wil Zonta Nederland met haar actie een krachtige impuls geven aan de internationale tuberculosebestrijding. ●

Advertentie

Luchtdesinfectie door UV-C

is efficiënter, economischer, flexibeler en comfortabeler dan ventilatie.

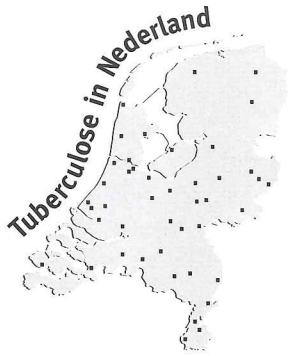
Wilt u meer weten? Neem dan contact op met:



*Specialisten in UV-C
Desinfectie van lucht en water - UV-C advies en metingen*

Germicidal Lamps & Applications

Postbus 195
1600 AD Enkhuisen
Tel.: 0228 322 673
Fax: 0228 322 675
E-mail: info@gla-uvc.nl
Internet: www.gla-uvc.nl



P.J.H.J. van Gerven

arts, consultant in algemene dienst

N.A. Kalisvaart

stafmedewerker surveillance,

KNCV, Den Haag

Kwartaaloverzicht

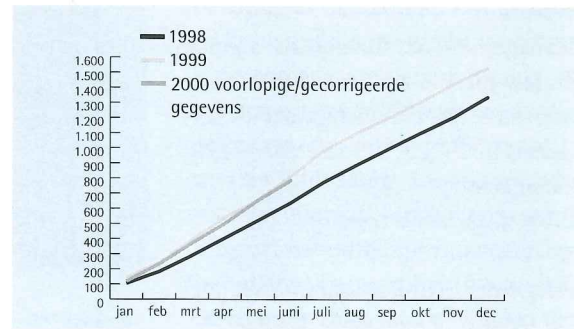
Het aantal geregistreerde tuberculosepatiënten was in het eerste half jaar van 2000 14% lager dan in dezelfde periode van 1999. Deze afname doet zich vooral voor onder Nederlanders. Bij hen is sprake van een daling van 23%, hetgeen dus niet meer zo sterk is als de daling van 38% die zich in het eerste kwartaal aftekende. Het aantal tuberculosepatiënten onder Nederlandse mannen daalde met 17%, onder vrouwen met 31%. Het aantal niet-Nederlanders met tuberculose nam met 8% af.

Hierbij moet worden bedacht dat de voorlopige cijfers over 2000 worden vergeleken met definitieve aantallen over de overeenkomstige periode van

1999. Uit de grafische weergave van de gegevens over het eerste half jaar, die zijn gecorrigeerd voor de verwachte rapportagevertraging, blijkt de lijn van 2000 tot dusverre nauwelijks van die van 1999 af te wijken.

De daling van het aantal gerapporteerde infecties was met 27% aanzienlijk, zij het minder sterk dan de afname van 34% in het eerste kwartaal.

De behandelingsresultaten over het eerste half jaar van 1999 in vergelijking



Alle geregistreerde actieve tuberculose in Nederland, cumulatieve gegevens 1998-2000 (januari-juni).*

met die van dezelfde periode in 1998 blijven goed. Na correctie voor rapportagevertraging bedraagt het percentage genezen/behandeling voltooid 83. ●

Cumulatieve gegevens over de periode 1 januari 2000 t/m 30 juni 2000, vergeleken met dezelfde periode in 1999.*

	1999		2000*	
	n	%	n	%
Gerapporteerde patiënten				
Totaal	812		701	
Pulmonaal	449	55	403	57
Extrapulmonaal	297	37	229	33
Pulmonaal en extrapulmonaal	66	8	69	10
Waarvan				
Nieuw	720	89	626	89
Eerder tuberculose	92	11	75	11
Nationaliteit				
Nederlanders	316	39	244	35
Niet-Nederlanders	496	61	457	65
Nederlanders				
Man	186	59	154	63
Vrouw	130	41	90	37
Niet-Nederlanders				
Man	296	60	269	59
Vrouw	200	40	188	41
Gerapporteerde (recente) infecties	1.314		953	
Tuberculine-omslag	291	22	219	23
Positieve tuberculinereactie	1.023	78	734	77

Cumulatieve resultaten van de behandeling van tuberculosepatiënten gerapporteerd in de periode 1 januari 1999 t/m 30 juni 1999, vergeleken met dezelfde periode in 1998.*

	1998		1999*	
	n	%	n	%
Totaal geëvalueerd	649		814	
Genezen/voltooid	502	77	491	60
Afgebroken	38	6	30	4
Elders voortgezet	11	2	15	2
Overleden aan tuberculose	8	1	15	2
Overleden andere oorzaak dan tuberculose	27	4	40	5
(Nog) niet ingevuld	63	10	223	27
Behandeling voortijdig afgebroken wegens				
Bijwerkingen	4	1	4	0
Onttrokken aan de behandeling	31	5	24	3
Onbekend/niet ingevuld	3	0	2	0

N.B.: Totalen per jaar wijken af van eerder gepubliceerde totalen in verband met de mogelijkheid van correcties door de GGD's in het dynamische bestand (red.).

* Voorlopige gegevens. Bron: NTR/KNCV.



Enarson DA, Rieder HL, Arnadottir T, Trébucq A

Management of tuberculosis: a guide for low income countries - fifth ed.

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), Paris, 2000

ISBN 2-914365-00-4

Hoogsteden HC, Dekhuijzen PNR, Joos GF, Postmus PE (red)

Leerboek longziekten

Elsevier/Bunge, Maarssen, 1999

ISBN 90-352-2076-5

Lönnroth K

Public health in private hands : studies on private and public tuberculosis care in Ho Chi Minh City, Vietnam : Thesis

Department of Social Medicine Göteborg University, Nordic School of Public Health, Göteborg, 2000

ISBN 91-628-4318-4

Norval PY, Blanc L

Regional strategic plan to stop TB in the Western Pacific

World Health Organization Western

Pacific Regional Office, Manila, 2000

World Health Organization

Anti-tuberculosis drug resistance in the world: report no. 2: Prevalence and trends

The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance, World Health Organization, Geneva, 2000

(WHO/CDS/TB/2000.278) ●

In Memoriam Jo Hoftijzer

Op 22 augustus 2000 overleed de heer Jo Hoftijzer op 83-jarige leeftijd. Aan de ontwikkelingen op het gebied van de fondsenwerving voor de tuberculosebestrijding heeft hij een grote bijdrage geleverd. Hij was van 1970 tot 1985 bestuurder van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV) en van 1983 tot 1997 voorzitter van de stichting De Emmabloem. Zijn grote betrokkenheid bij de tuberculosebestrijding weerspiegelde zich in zijn actieve opstelling in het bestuur en in de Algemene Vergadering van de KNCV. De constructieve op- en aanmerkingen die hij plaatsten aanzien van het beleid getuigden van een grote dossierkennis.

Als initiatiefnemer heeft hij vanuit de stichting De Emmabloem en in sa-

menwerking met de KNCV Kerstzegelcampagne en de Stichting Landelijke Geldinzameling Tuberculosebestrijding in Ontwikkelingslanden (SLGTO) doelbewust toegewerkt naar het oprichten van één fondsenwervende organisatie voor de tuberculosebestrijding.

De voorbereidingen heeft hij met veel energie en deskundigheid geleid tot aan de benoeming van Johan Stekelburg als voorzitter van het Nederlands Tuberculose Fonds.

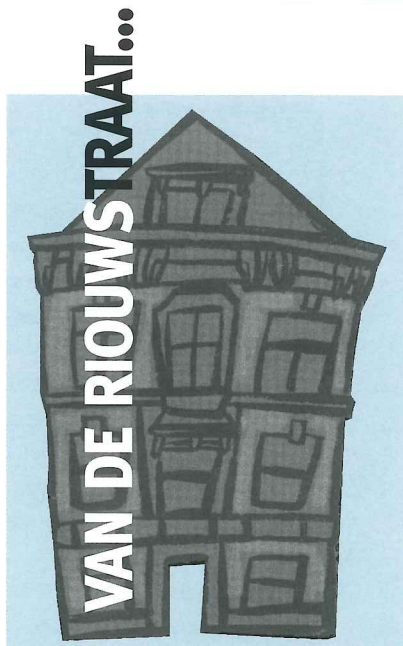
Als burgemeester van Lienden genoot hij zowel binnen als buiten zijn gemeente veel aanzien, zoals is gebleken uit zijn voorzitterschap in tal van gemeentelijke en provinciale organisaties. Brede waardering dankte Jo Hoftijzer in niet geringe mate aan zijn persoonlijke benadering: wars van ui-



terlijk vertoon, bondig en rustig, met een voortdurende ondertoon van milde spot en een niet verborgen hang naar de eenvoudige genoegens van het leven.

Met zijn heengaan verliest de fondsenwerving voor de tuberculosebestrijding een vasthoudend en gedegen bestuurder en een aimabele vriend. ●

J.F. Broekmans, arts
directeur KNCV



Continuering Dr. H.A. van Geuns Stichting

Eind 2000 loopt voor de Dr. H.A. van Geuns Stichting de huidige periode van tien jaar ten einde. Inmiddels is besloten de activiteiten van de Stichting te continueren voor een periode van vijf jaar. De bestaande doelstelling, te weten het verlenen van subsidie voor de stage klinische longziekten voor artsen-tuberculosebestrijding, wordt met ingang van 2001 uitgebreid met de subsidieverlening in het kader van de opleiding en bij-/nascholing van de artsen-tuberculosebestrijding. De uitbreiding van de activiteiten van de Stichting betreft een vergoeding voor de te ontwikkelen module terugkom-/toetsingsdagen in het kader van de opleiding van de artsen-tuberculosebestrijding, alsmede een jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten van de organisatie van de bij-/nascholing voor de artsen-tuberculosebestrijding. De handleiding voor de aanvraag van subsidie wordt dienovereenkomstig aangepast. Daarnaast wordt een eenmalige vergoeding verstrekt aan de KNCV voor de ontwikkelingskosten van de onderwijsactiviteiten voor de artsen-tuberculosebestrijding, alsme-

de voor die van de medisch-technische medewerkers.

Studiedagen sociaal-verpleegkundigen tuberculosebestrijding

Op 30 en 31 maart organiseerde de Commissie Tuberculose van de Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen in GGD-en (LVSVggd) de jaarlijkse studiedagen van de sociaal-verpleegkundigen tuberculosebestrijding in de Ernst Sillem Hoeve in Lage Vuursche. Dit jaar stond het thema contactonderzoek centraal. In een aantal lezingen kwamen de verschillende aspecten van het contactonderzoek, zoals epidemiologie en verslaglegging, de praktische uitvoering en de bijdrage van het DNA-fingerprintonderzoek

aan de orde. De theoretische inleidingen werden gevolgd door praktische oefeningen met behulp van een aantal casussen die in verschillende subgroepen nader werden uitgewerkt. Parallel aan het contactonderzoek werd ook aandacht besteed aan de relatie met kwaliteitszorg. De voorwaarden voor het optimaal functioneren van de tuberculosebestrijding zijn neergelegd in het Kwaliteitsprofiel tuberculosebestrijding. Door middel van een toetsingssysteem (visitatie) wordt in de toekomst voorzien in een systeem van beoordeling en advisering. Over dit onderwerp werd ook vanuit de uitvoering een bijdrage verzorgd die nader inging op de verschillende achtergronden van deze methodiek en de ervaringen die inmiddels via de proefvisitaties zijn opgedaan. Verder kwamen aan de orde: de inwerkmap voor medisch-technische medewerkers, nieuws uit de Werkgroep Internationale Contacten, informatie over medische zorg binnen penitentiaire inrichtingen en de eerste bevindingen van de werkgroep Diagnostiek, Interventies, Resultaten (DIR). Speciale aandacht was er voor de afronding van het project Verpleegkundige Anamneselijst (VAL). De studiedagen werden afgesloten met een voordracht van de heer C.J. van der Loo, arts-tuberculosebestrijding GGD Regio Stedendriehoek. Hij gaf een indrukwekkende impressie van zijn werk in Rusland. Al met al kan ook dit jaar weer worden teruggezien op zeer leerzame studiedagen.



Werkgroep Studiedagen.

V.l.n.r.:

Reina Kuipers,
Jacintha Voorn,
Marlein de Leeuw,
Roos Lopez Diaz.

Bestuurssamenstelling NVALT

Samenstelling van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Artsen

voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) per 13 oktober 2000:

- dr. G.P.M. ten Velde, voorzitter;
- dr. J.J. Klein, vice-voorzitter;
- dr. J.S. van der Zee, secretaris;
- dr. L.N.A. Willems, wetenschappelijk secretaris;
- A.J. Neve, penningmeester;
- dr. J.P. Janssen, lid (vertegenwoordiger Commissie Beroepsbelangen);
- prof. dr. G.H. Koëter, lid (vertegenwoordiging Concilium);
- mw. E.A.M. Mensen, lid (vertegenwoordiging Sectie Tuberculose);
- A.J. Michels, lid (vertegenwoordiging Assistenten)
- S.J.M. Mol, lid
- M.A.M.F. van Nierop, lid
- W.F. Westermann, lid (vertegenwoordiging Commissie Beroepsbelangen)

Adreswijziging secretariaat NVALT

Het secretariaat van de NVALT is onlangs verhuisd naar 's-Hertogenbosch. Het nieuwe adres is:

Luybenstraat 15

5211 BR 's-Hertogenbosch

Telefoon: 073-612 61 63

Fax: 073-612 61 54

E-mail: secretariaat@nvalt.nl

Website: www.nvalt.nl

Monitoring van screening van immigranten

In het vorige nummer van Tegen de Tuberculose is de opzet van een nieuw landelijk systeem voor monitoring van screening van immigranten aangekondigd. Nederland is een van de weinige landen die na de verplichte screening bij binnenkomst nog vrijwillige vervolgscreeningen uitvoert. Er is echter weinig bekend over de dekkingsgraad en opbrengst van deze vervolgscreeningen. GGD's worden daarom vanaf 2001 verplicht deze gegevens halfjaarlijks centraal aan te leveren in het kader van de Wet op het

bevolkingsonderzoek.

Inmiddels hebben acht GGD's gegevens over screening van alle immigranten die zijn binnengekomen in 1998 ingestuurd. Twee GGD's konden deze direct uit hun computersysteem halen, twee hadden gegevens in Excel ingevoerd en vier hebben de gegevens op het daarvoor ontwikkelde formulier ingevuld. De KNCV zal deze gegevens analyseren en in eerste instantie teruggroeperen aan de betreffende GGD's.

GGD's die geautomatiseerd zijn, zullen hun computersysteem moeten aanpassen. Vaak zullen enkele nieuwe invoervelden moeten worden aangeemaakt. Om gegevens van verschillende GGD's te kunnen vergelijken, is het wenselijk om invoercodes landelijk te standaardiseren. Daarnaast zullen zogenaamde 'queries' geschreven moeten worden om de gegevens elk half jaar te selecteren en om te zetten naar een spreadsheet. In de toekomst is ook de invoer van een uniek landelijk nummeringsysteem wenselijk, zodat de privacy gewaarborgd blijft. De KNCV kan assisteren bij het maken van deze aanpassingen.

De KNCV is hierover in overleg met de GGD's, de systeemontwikkelaars en het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). Er wordt tevens een protocol ontwikkeld voor analyse, beheer en rapportage van de screeningsgegevens. Mocht u hierover nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met mevrouw S. Verver, epidemioloog bij de KNCV, tel.: 070-416 72 22.

CPT/Bureau KNCV

In verband met algemene beleidsontwikkelingen binnen de KNCV heeft de heer J.F. Broekmans, directeur van de KNCV, besloten terug te treden als secretaris van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT). De KNCV is zeer verheugd dat mevrouw

Het bureau van de KNCV is gesloten op vrijdag 22 en vrijdag 29 december 2000.

De redactieraad van Tegen de Tuberculose wenst u prettige kerstdagen en een voorspoedig

2001.



dr. C.S.B. Lambregts-van Weezenbeek bereid is deze functie te gaan vervullen. In de vacature van coördinator van de Nationale Ondersteuningsunit die hiermee ontstaat, wordt per 1 januari 2001 voorzien door de benoeming van de heer J.V. Kuyvenhoven, arts-tuberculosebestrijding GGD Den Haag. De heer P.J.H.J. van Gerven, thans consulent in algemene dienst, wordt de consulent tuberculosebestrijding.

MedWeb-site gratis en vernieuwd

MedWeb, de eerste Nederlandse Internet-site voor en door medici, is vanaf 1 november 2000 officieel gratis te raadplegen. Besloten is om niet langer abonnementsgeld te heffen voor toegang tot de duizenden pagina's aan vakinformatie. Wel blijft voor het gebruik van www.medweb.nl registratie vereist, onder voorwaarde dat de aanvrager aantoont dat hij of zij arts dan wel medisch student is. De vacaturebank/CV-bank en adressenlijst zijn ook zonder registratie toegankelijk.

Het gratis beschikbaar stellen valt samen met de introductie van 'medweb.nl nieuwe stijl'. De MedWeb-site heeft een nieuwe, verfrissende lay-out gekregen. Ook is een handige navigatiestructuur aangebracht, waardoor de gebruiker nog sneller en gericht informatie kan vinden. ●

2001**17 januari**

Bijtscholing voor de medisch-technische medewerkers van de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD's

Locatie: Congrescentrum De Eenhoorn, Amersfoort

Organisatie: KNCV

Telefoon: 070-416 72 22; *fax:* 070-358 40 04 (mevrouw M.G. Arnold of mevrouw I.A. Pool)

22-28 maart

Tuberculosis: clinical aspects of diagnosis, management and control

Locatie: Liverpool, Groot Brittannië

Organisatie: The British Council en International Networking Events

Kosten (inclusief accommodatie en maaltijden): £ 1.490

Aantal deelnemers: 50

Telefoon: +44-0-1865 31 66 36; *fax:* +44-0-1865 55 73 68;

e-mail: network.events@britishcouncil.org

29-30 maart

TB Drug Resistance: from Molecules to Macro-Economics

Locatie: Londen, Groot Brittannië

Organisatie: The Royal Society of Medicine (RSM)

Kosten: RSM-leden £155, niet-RSM-leden £255

Telefoon: +44-0-20 7290 2965; *fax:* +44-0-20 7290 2977

(Victoria Boswell)

5-6 april

Jaarlijkse studiedagen van de sociaal-verpleegkundigen tuberculosebestrijding

Locatie: De Queeste, Leusden

Organisatie: Commissie Tuberculose van de LVSvgg

Telefoon: 0164-28 74 44 of 28 74 65 (mevrouw

J.J.M. Voorn)

5-7 april

Vergadering Tuberculosis Surveillance Research Unit (TSRU)

Locatie: Münchenwiler/Murten, Zwitserland

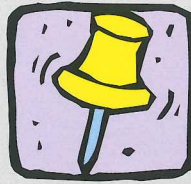
Organisatie: KNCV

Telefoon: 070-416 72 22; *fax:* 070-358 40 04

7-9 mei

Module Tuberculose

Bestemd voor sociaal-verpleegkundigen van de GGD's



Organisatie: Kwaliteitscentrum Gezondheidszorg, Hogeschool Leiden, samen met de KNCV

Telefoon: 071-518 84 00; *fax:* 071-518 84 13

18 mei

Algemene Vergadering KNCV

Locatie: Congrescentrum De Eenhoorn, Amersfoort

Organisatie: KNCV

Telefoon: 070-416 72 22; *fax:* 070-358 40 04

18-23 mei

ALA/ATS International Conference

Locatie: San Francisco, VS

Organisatie: American Lung Association (ALA) en American Thoracic Society (ATS)

Fax: +1-212-315 64 98

9-13 juni

Wolfheze Workshop for Tuberculosis Control in Europe

Locatie: Wolfheze

Organisatie: KNCV

Telefoon: 070-416 72 22; *fax:* 070-358 40 04

22-26 september

Annual Congress European Respiratory Society

Locatie: Berlijn, Duitsland

Organisatie: ERS

Telefoon: +41-21 613 02 02; *fax:* +41-21-617 28 65

1-4 november

32nd World Conference on Lung Health van de IUATLD

Locatie: Parijs, Frankrijk

Organisatie: IUATLD

Telefoon: +33-1-44 32 03 60; *fax:* +33-1-43 29 90 87

2002**17-22 mei**

ALA/ATS International Conference

Locatie: Atlanta, VS

Organisatie: ALA/ATS

Fax: +1 212-315 64 98

24 mei

Algemene Vergadering KNCV

Locatie: Jaarbeurs Congrescentrum, Utrecht

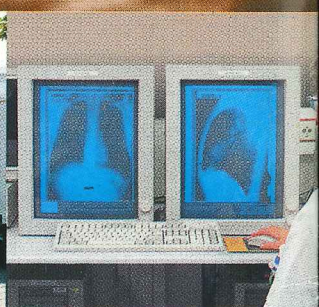
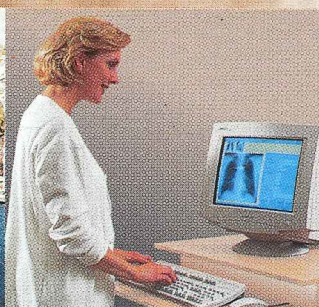
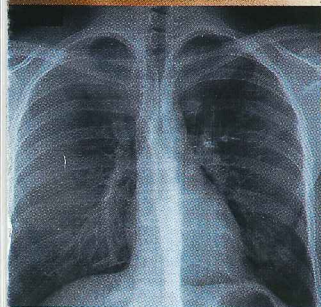
Organisatie: KNCV

Telefoon: 070-416 72 22; *fax:* 070-358 40 04

Doorlopende Agenda Doorlopende Agenda Doorlopende Agenda Doorlopende Agenda Doorlopende Agenda Doorlopende Agenda

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