

'MODERNE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING GAAT OVER GRENZEN HEEN'

Euregio Maas-Rijn strijdt tegen infectieziekten

Het Nederlands-Belgisch-Duitse verbond Euregio Maas-Rijn doet onder meer aan infectieziektebestrijding. Dat is nodig, zegt de Zuid-Limburgse arts-hoogleraar Christian Hoebe, want: 'Infectieziekten houden zich niet aan kunstmatige grenzen.'

Christian Hoebe bevindt zich in een unieke positie. Als arts maatschappij en gezondheid en als hoofd van de afdeling Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu (SIM) van GGD Zuid-Limburg werkt hij in een gebied waarvan de omtrek voor 95 procent aan het buitenland grenst – zowel aan België als aan Duitsland. Hoebe houdt zich, als bijzonder hoogleraar infectieziektebestrijding aan de Universiteit van Maastricht, onder andere bezig met onderzoek naar dreigende infectieziekten. De afdeling SIM is verantwoordelijk voor de soa-zorg in Zuid-Limburg. Het is daarom niet verwonderlijk dat soa-gerelateerd onderzoek, met bijzondere aandacht voor chlamydia, een belangrijke plaats in Hoebes onderzoek inneemt. In zijn oratie noemde hij 'Infectieziektebestrijding 2.0' een van zijn speerpunten. Daarmee bedoelt hij 'infectieziekte-

bestrijding die oog heeft voor nieuwe ontwikkelingen'. Volgens Hoebe horen daar ook de mogelijkheden bij die internet en social media bieden. 'Bij de vaccinatie tegen HPV hebben we een veel lagere vaccinatiegraad gehaald, omdat we vooraf geen rekening hadden gehouden met de impact van internet, waar indianenverhalen de ronde deden over dat je er misschien aan dood zou kunnen gaan. We hadden niet moeten denken dat het informatiefoldertje dat vijftien jaar geleden goed werkte, nu nog steeds effectief is; we moeten meegaan met onze tijd. Infectieziektebestrijding 2.0 gaat over grenzen heen, zowel medisch-biologisch als communicatief'.

Maar dat geldt zeker ook in letterlijke zin: 'Grensoverschrijdende zorg is hier in onze Euregio Maas-Rijn een thema waar je niet omheen kunt; infectieziekten houden zich nu eenmaal niet aan kunstmatige grenzen. Neem de recente Q-koorts-epidemie, de grootste epidemie die we de afgelopen tien jaar hebben doorgemaakt. De ziektegevallen leken beperkt te blijven tot Nederlandse patiënten, aangezien er in Duitsland geen gevallen van Q-koorts waren gemeld of geconstateerd. Gedurende de epidemie maakten we een plaatje met de geografische verspreiding van Q-koorts, waarbij de besmettingen precies leken op te houden bij de grens. Dat was natuurlijk erg onwaarschijnlijk. Toen we, na afloop van de epidemie, met Duitse collega's het bloed van Duitse donoren onderzochten, bleek er inderdaad ook

in Duitsland massale verspreiding van Q-koorts te hebben plaatsgevonden. Patiënten met Q-koorts werden daar echter niet herkend en getest. Een ander voorbeeld is een epidemie van het norovirus op drie Nederlandse basisscholen. Het bleek dat de kinderen naar een attractiepark in België waren geweest, waar een waterspeelfontein besmet was met het virus. Toen we daar met onze Belgische collega's over spraken, vertelden zij dat het ook in België al vaker was voorgekomen. Zulke situaties zijn aanleiding om met elkaar om de tafel te gaan zitten en intensiever samen te werken.'

GRENZELOZE AANPAK RESISTENTIE

De Europese Commissie heeft in 2011 een actieplan gepubliceerd om de antibioticaresistentie aan te pakken. Ook de WHO werkt aan een mondiaal actieplan, en de Verenigde Staten hebben een Global Health Security-agenda gelanceerd, waarin antibioticaresistentie een prominente plaats heeft. Minister Schippers schrijft in een recente brief aan de Tweede Kamer dat ze het als een taak van de overheid ziet om, in samenwerking met andere landen, investeringen van de grond te krijgen om nieuwe klassen van antibiotica te ontwikkelen.



DE BEELDREDAKTIE | GUIDO BENSCHOP

Christian Hoebe: 'De grootste barrière is de taal'

Hoe is de samenwerking met België en Duitsland vervolgens tot stand gekomen?

'Met het Vlaamse gedeelte van België lagen we al redelijk op één lijn; de Vlamingen hebben namelijk de Nederlandse infectieziekteprotocollen overgenomen. Duitsland heeft echter eigen systemen.

De afgelopen vijftien tot twintig jaar hebben we in Nederland gewerkt aan een beter infectieziektebestrijdingssysteem, naar aanleiding van epidemieën en incidenten van bijvoorbeeld polio en legionella, zodat er meer deskundigen in actie kunnen komen als het om infectieziektebestrijding gaat. Duitsland bleef hier een beetje bij achter; de situatie daar is zoals het tien jaar geleden in Nederland was. Bij de EHEC-epidemie in Duitsland, waaraan in 2011 53 mensen zijn overleden en waarmee ook mensen in Nederland besmet zijn geraakt, duurde het bijvoorbeeld lang voordat de Duitse autoriteiten de epidemie onder controle kregen. Kommertelers kregen het moeilijk toen hun producten als oorzaak werden genoemd, maar uiteindelijk bleken geïmporteerde, in Egypte gekiemde fenegriekzaden de bron te zijn. Er is een Gezondheidsamt, de Duitse variant van de GGD, met een afdeling die gespecialiseerd is in infectieziekten, maar er is minder personeel en de meldingswegen zijn langer dan in Nederland. In eerste instantie hebben we bijeenkomsten georganiseerd om elkaar en elkaars systemen te leren kennen. Daarnaast hebben we gewerkt aan

'In Belgische en Duitse ziekenhuizen komt veel meer MRSA voor dan in Nederland'

het verbeteren van de communicatie met betrekking tot infectieziektebestrijding. Door middel van workshops en trainingen zijn we tot een meldingssysteem gekomen, met 'cross-border risk alerts', waar we nu ongeveer een jaar mee werken. Dit systeem maakt gebruik van verschillende levels. Het laagste level heeft alleen een regionale component en hoeft niet aan de buurlanden gemeld te worden, terwijl het hoogste level een grote kans op verspreiding heeft die als zodanig gemeld moet worden. Op deze manier willen we voortaan bij een epidemie met elkaar communiceren. Tijdens een oefening met teams uit België, Duitsland en Nederland, waarbij we een grensoverschrijdende uitbraak van een hepatitis A-epidemie hebben nagespeeld, hebben we de *cross-border risk alerts* in de praktijk gebracht. Naast dat het een goede oefening was om elkaar te leren kennen, bleek het ook inderdaad goed te werken.'

Zijn de cross-border risk alerts al eens in de praktijk gebracht?

'Recentelijk hebben we een paar keer te maken gehad met situaties met een laag verspreidingsrisico. Een voorbeeld is de vossenlintworm. 50 procent van de geschoten vossen rond Maastricht bleek deze lintworm bij zich te hebben. Bij mensen kan die een ernstige leverziekte veroorzaken. Samen met de Voedsel- en Waren Autoriteit hebben we hier aandacht voor gevraagd op wandelpaden en mensen geadviseerd om geen bosbessen te eten; met name over laaghangende bosbessen kunnen vossen urineren, waardoor mensen ook besmet kunnen raken

met de lintworm. Vossen houden zich natuurlijk niet aan de door ons opgelegde grenzen, dus we hebben ook onze buurlanden hierover geïnformeerd.'

Welke knelpunten bent u tegengekomen in de samenwerking met Duitsland en België?

'De grootste barrière is de taal. Duitsers willen in het Duits communiceren; praten en schrijven in het Engels gaat hen niet zo gemakkelijk af. In ons team zitten gelukkig mensen die goed Duits spreken, dus dat maakt uitwisseling en contact een stuk gemakkelijker. Met Wallonië hebben we echter nog geen samenwerking kunnen opzetten. Mogelijk heeft dit te maken met de Franse taal, maar hun aanpak is ook anders dan die van de Vlamingen.'

Buitenlandse ziekenhuizen in de grensstreek lopen er vaak tegenaan dat patiënten die overgeplaatst worden naar een Nederlands ziekenhuis eerst in isolatie moeten, vanwege MRSA-besmettingsgevaar. Het zou handig zijn om hiervoor een generieke regel te verzinnen, maar dit gebeurt dus niet?

'Nee, jammer genoeg niet. Duitsland en België pakken wel veel dingen op in hun protocollen op het gebied van hygiëne. Daarnaast bestaat er een Euro safety Healthnet, waar gezamenlijk geprobeerd wordt om de protocollen op orde te stellen. Als je kijkt naar antibioticaresistentie, waaronder MRSA, wordt daar ook hard aan gewerkt. Toch zie je dat in Belgische en Duitse ziekenhuizen veel meer MRSA voorkomt dan in Nederland, omdat een "search-and-destroy"-beleid als in Nederland ontbreekt, en ook omdat zij meer antibiotica gebruiken in de humane sector. In de veterinaire sector is dit precies omgekeerd; in Nederland deden we het altijd heel slecht, maar de afgelopen jaren hebben we het antibioticagebruik in de veterinaire sector kunnen halveren. Als we dit alles afzetten tegen wat er in de rest van de wereld gebeurt (zie ook *kader*, red.) qua antibioticabeleid, dan hebben we natuurlijk maar een beperkte invloed.'

OVER DE GRENS

Toen ik ruim twintig jaar geleden voor twee jaar van mijn opleiding naar Curaçao ging, was ik nogal zelfverzekerd en ik dacht dat ik het allemaal snapte. Tot mijn verbazing bleek het in Caraïbisch Nederland toch anders te werken. Moest ik in Nederland vooral uitleg geven over de ziekte die de klachten veroorzaakte, op Curaçao kwamen mensen niet voor een diagnose, maar voor verschillende *remedi*. Liefst voor elke klacht één. Dus bij een bovensteluchtweginfectie een *remedi* voor hoest, een voor slijm, een voor snot, enzovoorts. Schreef je dat niet voor, dan ging men naar de volgende arts, totdat men het gewenste pakket te pakken had. Een boeiende uitingvorm van marktwerking in de zorg.

Op de kinderafdeling hechtte men erg aan tradities. Bij een gastro-enteritis met dehydratie bijvoorbeeld kreeg het kind één dag alleen ORS, één dag TCA (thee-cola-appelsap), één dag RBB (rijst-beefbouillon), daarna weer gewoon eten. Een poging om daar verandering in te brengen mislukte, omdat ik zo dom was om die in te leiden met de zin 'Bij ons in Nederland doen we altijd...'. Voor die zin was men allergisch. Het duurde enige tijd voor ik begreep waarom. Veel Nederlanders toeterden altijd dat ze precies wisten hoe het moest en hoe het zat op Curaçao, zonder zich te verdiepen in het land, de gebruiken, en de redenen daarvoor. Toonde je wél echte belangstelling, dan wilde men ook naar jouw suggesties luisteren.

Als je niet luistert ga je over een grens. Over de grens van goed fatsoen, beleefdheid en respect. *Masha danki* aan alle lieve en goede medewerkers van de kinderafdeling *na dushi Korsou* die mij deze belangrijke les geduldig hebben bijgebracht.

Paul Brand