Reisadvies bij mensen die op reis gaan met als doel vrienden en familie te bezoeken,

een praktijkverbeterend project

Dr. Eline Braet, Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor Dr. D. Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. E. Bottieau, Instituut voor Tropische Geneeskunde

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

DANKWOORD **3**

ABSTRACT **4**

INLEIDING **5**

DOELSTELLINGEN **6**

METHODE **7**

RESULTATEN **8**

EERSTE DOELSTELLING 8

TWEEDE DOELSTELLING 8

DERDE DOELSTELLING 8

DISCUSSIE **10**

CONCLUSIE **13**

BELEIDSADVIES VOOR PRAKTIJKVERBETERING **14**

REFERENTIES **15**

BIJLAGEN **17**

BIJLAGE 1: OFFICIËLE MELDINGEN HEPATITIS A, VAN 2009 -2013 -AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID .....

BIJLAGE 2: STAPPENPLAN REISADVIES .....

BIJLAGE 3: HOE WIST DE PATIËNT DAT HIJ/ZIJ REISADVIES NODIG HAD? .....

BIJLAGE 4: POSTER/FOLDER .....

BIJLAGE 5: MUTUALITEITEN VERGELIJKING TERUGBETALING REISVACCINS .....

BIJLAGE 6: BROCHURE GEZOND OP REIS .....

BIJLAGE 7: REISAPOTHEEK .....

BIJLAGE 8: FICHE HEPATITIS A HOGE GEZONDHEIDSRAAD .....

BIJLAGE 9: PROTOCOL .....

BIJLAGE 10: GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ .....

Dankwoord

Deze masterproef kon slechts tot stand komen dankzij de steun en hulp van vele mensen die ik via deze weg graag zou willen bedanken.

Vooreerst gaat mijn dank uit naar Professor Dr. Avonts, wie me steeds met nieuwe inzichten en met raad en daad heeft bijgestaan.

Bijzondere dank gaat ook uit naar het wijkgezondheidscentrum 't Spoor: mijn toenmalige praktijkopleider Dr. Jo Bernagie en collega's aldaar Dr. Veronique Vandermaelen, Dr. Hilke Vandeputte, Dr. Stefan Morreel, Hendrik Roelandt, Finneke Laureys, Liesbet Giebens, Gert Devolder en de onthaalvrijwilligers, voor het tijd maken om in teamverband dit project kritisch te bespreken.

De medewerkers van moskee El Fath zou ik graag willen bedanken voor hun gastvrijheid, de rondleiding, de vele tips en de mogelijkheid om een informatiesessie te houden.

Dr. Bram Spinnewijn, mijn huidige praktijkopleider, zou ik graag willen bedanken voor het kritisch bekijken, meedenken en het nalezen van deze thesis.

Ik dank Dr. Lynen van het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen (ITG), voor het aanreiken van het onderwerp, alsook co-promotor Dr. Bottieau van het ITG voor het steeds beantwoorden van mijn vragen.

Dr. Wim Flipse van het departement infectieziektenbestrijding van het Agentschap Zorg en Gezondheid te Antwerpen wil ik graag bedanken voor het ter beschikking stellen van de database met Hepatitis A infectie meldingen en de inzichten die hij me gaf aangaande het onderwerp.

Professor Dr. Leuridan, afdeling vaccinologie (Universiteit Antwerpen) zou ik graag willen bedanken voor het aanreiken van boeiende literatuur aangaande hepatitis A vaccinatie.

Nabila Amajoud zou ik willen bedanken voor de verscheidene telefoons die zij in het Berbers voerde.

Ten slotte zou ik de 141 patiënten die hebben deelgenomen aan deze studie van harte willen bedanken, zonder hun deelname zou deze masterproef niet gelukt zijn.

Abstract

Reisadvies bij mensen die op reis gaan met als doel vrienden en familie te bezoeken, een praktijkverbeterend project

HAIO: Eline Braet
Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Avonts
Co-Promotor: Dr. E. Bottieau
Praktijkopleider: Dr. J Bernagie

Achtergrond en doelstelling

Mensen die reizen met als doel het bezoeken van vrienden en familie krijgen zelden gericht reisadvies. Dat bleek uit een registratie in de multiculturele praktijk WGC 't spoor (Borgerhout). Tevens bleek dat slechts bij 52 van de 2486 patiënten in het bestand een hepatitis A (HAV) vaccinatie geregistreerd stond. Dit terwijl een veel grotere groep van deze patiënten elke zomer naar Marokko afreist (een land waarvoor HAV-vaccinatie wordt aanbevolen). De eerste doelstelling in dit praktijkverbeterend project bestaat uit het vermeerderen van het aantal consulten omtrent reisadvies. De tweede doelstelling is het achterhalen van het belangrijkste informatiekanaal waarlangs de patiënt op de hoogte wordt gebracht van de noodzaak tot reisadvies. Een derde doelstelling is om daadwerkelijk de immuunstatus voor HAV te verbeteren bij de patiënten die een vaccinadvies kregen in het kader van een nakende reis.

Methode

De patiëntenrekrutering verliep via posters en folders in de wachtzaal en de kabinetten van de dokters, de verpleger en de sociaal assistent. Ook in de plaatselijke Moskee Elfath werden posters opgehangen en werd er tevens een informatiesessie gegeven. De dokters vroegen ook actief na bij de patiënten of er een reis in de nabije toekomst werd gepland (case-finding). Op 31/3/2015 werd er een meting uitgevoerd van het aantal consulten reisadvies en het aantal Hepatitis A gevaccineerden in het EMD Clinidoc. Vervolgens ging het project van start op 1/4/2015 en liep tot 31/8/2015. Na afloop van de patiëntenrekrutering gebeurde er een nieuwe telling op 31/08/2015.

Resultaten

Voor de start van het project werd er 19 maal reisadvies gegeven. In de periode van het praktijkverbeterend project werd er 141 maal reisadvies gegeven. Het belangrijkste informatiekanaal voor de patiënt is via de dokter. Zo werd 55% van de deelnemers op de hoogte gebracht door de huisarts. 47,5% of 67 van de 141 personen waren beschermd voor hepatitis A: 19 personen doordat ze hepatitis A reeds hadden doorgemaakt en 48 personen omdat ze gevaccineerd waren. De overige 52,5 % of 74 van de 141 personen volgden ondanks advies het gegeven beleid niet op.

Conclusie

Het vermeerderen van het aantal consulten voor reisadvies is gelukt. Het belangrijkste informatiekanaal om op de hoogte te worden gebracht van de noodzaak van reisadvies is de dokter, die via scholing alert wordt gemaakt om dit item actief te bevragen. De immuunstatus voor hepatitis A van de praktijkpopulatie is verbeterd. Verdere research is zeker nodig: waarom, hoewel patiënten goed geïnformeerd zijn, toch 52,5% geen gevolg geeft aan gegeven doktersadvies.

Inleiding

Het idee om te werken rond reisadvies bij "Visiting Friends and Relatives"(VFR)-reizigers is ontstaan uit een vraag vanuit het Tropisch Instituut te Antwerpen (ITG).
Mensen die reizen met als doel het bezoeken van vrienden en familie is een vergeten groep. Vaak wordt geen reisadvies gegeven en zijn er bijgevolg extra interventies nodig om deze mensen te bereiken. Uit voorgaand onderzoek bij Vlaamse huisartsen blijkt dat de meerderheid van de huisartsen vindt dat reisadvies idealiter in de huisartspraktijk wordt gegeven[(1)]. Scholing zorgt ervoor dat de huisarts zich comfortabeler voelt bij het geven van dit advies[(2)] .
In een multiculturele praktijk WGC 't spoor (Borgerhout[(3)]) werd nagekeken of er vaak reisadvies werd geregistreerd, dit bleek niet het geval. Het aantal consulten reisadvies sinds het ontstaan van de praktijk (2 april 2007) tot en met 31/3/2015 bedroeg 19. Ook het aantal Hepatitis A (HAV) - vaccineringen bleek slechts bij 52 mensen in de praktijk gebeurd te zijn (op een patiëntenbestand van 2486 patiënten), hoewel gevoelsmatig een grote groep van de patiënten in de zomer naar Marokko trekt (een land waarvoor HAV-vaccinatie wordt aanbevolen).

Een andere aanleiding voor dit praktijkverbeterend project is een recente besmetting van een gezin met hepatitis A.
Na een gesprek met Dr. Wim Flipse, departement infectieziektenbestrijding agentschap zorg en gezondheid, en het analyseren van het aantal meldingen van hepatitis A infectie in de periode 2009-2013 werd het duidelijk dat de meldingsplicht ivm hepatitis A niet goed werd opgevolgd en dat, wanneer er wel een melding werd gedaan, het meldingsformulier vaak onvolledig of incorrect werd ingevuld[(4)]. Er werd in de periode van 2009 tem 2013 melding gemaakt van 638 gevallen in Vlaanderen, wat hoogstwaarschijnlijk een onderschatting is van het aantal effectieve besmettingen (zie bijlage 1). Het KCE rapport aangaande hepatitis A van 2008, maakte aan de hand van verschillende bronnen (inclusief een prospectieve bevraging) een inschatting van het aantal infecties, met 1460 infecties per jaar, waarvan 886 met symptomen[(5)].

Volgens verschillende studies hebben VFR-reizigers een groter risico om reis-gerelateerde infecties op te lopen in vergelijking met vakantiegangers of zakenreizigers. VFR-reizigers hebben meer kans om naar armere gebieden te reizen en hebben bovendien nauwer contact met de lokale bevolking, consumeren meer lokaal voedsel en water en de duur van de reis is gemiddeld langer. VFR-reizigers zijn ook minder geneigd om een dieet toe te passen op reis en op voorhand reisadvies te vragen bij zorgverleners. Uit de literatuur blijkt dat deze verschillen te verklaren zijn door een minder groot besef van nood aan reisadvies bij de VFR groep[(2)]. Dit zou te wijten zijn aan de perceptie dat er laag risico is, dat het gaat om niet ernstige ziektes en dat er goede behandelingsmogelijkheden zijn. Meestal zijn eerdere reizen ook probleemloos verlopen en hebben ze een gevoel van verworven immuniteit. Verschillende artikels geven aan dat om bovenstaande redenen een extra inspanning moet worden gedaan voor de VFR-reizigers.[(2),(6),(7),(8),(9),(10),(11)]

Enkele belangrijke kenmerken van hepatitis A zijn: de incubatietijd, die varieert van twee tot zeven weken, de meestal faeco-orale besmettingen (soms ook via gecontamineerd voedsel) en het voornamelijk asymptomatisch verloop bij kinderen onder de 5 jaar, waardoor de infectie zich snel kan uitbreiden. Hoe ouder de patiënt is hoe meer kans op hepatitis met meer uitgesproken symptomen. De kans op een fulminante hepatitis ligt boven de 2% vanaf 40 jaar. [(12)]
Het HAV-vaccin zit niet in het basisvaccinatieschema, maar wordt onder andere wel aanbevolen bij een reis naar Afrika en dus ook naar Marokko. Met één vaccinatie is er reeds 75% bescherming, met een tweede dosis (nagenoeg 100% immuniteit).[(13),(14),(15),(16)]

Doelstellingen

Dit project heeft drie doelstellingen.

De **eerste doelstelling** in dit praktijkverbeterend project bestaat uit het vermeerderen van het aantal consulten omtrent reisadvies. Er wordt getracht dit op te drijven via de praktijknieuwsbrief, specifieke reisfolders, posters in de wachtzaal en een informatiesessie in de plaatselijke moskee. De dokters in het centrum worden extra aangespoort tot het denken aan reisadvies, door middel van een infosessie.

Bij de vraag naar een consult voor reisadvies wordt er geëvalueerd en genoteerd hoe deze mensen op de hoogte zijn gebracht van de noodzaak om reisadvies in te winnen, zodat kan bekeken worden wat de belangrijkste informatiekanalen zijn, **dit is dan ook de tweede doelstelling.**

Een **derde doelstelling** is om daadwerkelijk de immuunstatus voor hepatitis A te verbeteren bij de patiënten die een vaccinadvies kregen in kader van een nakende reis. Dit door het controleren van de HAV immuunstatus in de groep van patiënten die er eventueel immuun voor zou kunnen zijn en het vaccineren van diegenen die nog niet immuun zijn. Voor het project van start gaat wordt er gecontroleerd wie er reeds gevaccineerd is in de praktijk. Ter vergelijking wordt deze meting herhaald na afloop van de zomervakantie.

Methode

Het praktijk-verbeterend interventioneel onderzoek werd uitgevoerd in de praktijk Wijkgezondheidscentrum (WGC) 't Spoor te Borgerhout (2140). Allereerst werd er op een vergadering extra uitleg gegeven over het nodige reisadvies aan de hand van de website van het ITG. Dit werd nog eens opgefrist na de bijscholing over reisadvies op 9 mei 2015 uitgaande van het centrum voor huisartsgeneeskunde van de UA in samenwerking met het ITG. Het bijgevoegde stappenplan werd in team (artsen en verpleegkundige) uitgewerkt. Er werd een gemeenschappelijke map aangemaakt met alle benodigdheden om gepast reisadvies te geven.

Op 31/3/2015 werd er een meting uitgevoerd van het aantal consulten reisadvies en het aantal Hepatitis A gevaccineerden in het EMD Clinidoc. Vervolgens ging het project van start op 1/4/2015 en liep tot 31/8/2015.

De patiëntenrekrutering verliep via posters en folders (zie bijlage 4) in de wachtzaal en de kabinetten van de dokters, de verpleger en de sociaal assistent. Ook in de plaatselijke Moskee Elfath werden posters opgehangen en werd er tevens een informatiesessie gegeven. De dokters vroegen ook actief na bij de patiënten of er een reis in de nabije toekomst werd gepland (case-finding). De poster/folder werd ontwikkeld in samenwerking met de sociaal assistent van het WGC, waarna deze werd voorgelegd aan collega's van Marokkaans origine, die hierop hun goedkeuring gaven.

Na afloop van de patiëntenrekrutering gebeurde er een nieuwe telling van het aantal deelnemers op 31/08/2015.

Het inclusiecriterium voor deelname aan het onderzoek was een reis met als doel vrienden en familie te bezoeken in het buitenland. Om het proces van inclusie vlot te laten verlopen werd een stappenplan gebruikt (zie bijlage 2). Bij inclusie werd er een informed consent getekend, waarbij een vragenlijst (zie bijlage 3) werd bijgevoegd per patiënt met de vraag hoe de patiënt van het reisadvies afwist.

Bij het reisadvies zelf werd er zeer sterk gefocust op het financiële aspect, waarbij er voor iedere dokter een lijst ter beschikking was met terugbetalingen voor reisvaccinaties per mutualiteit (zie bijlage 5). Met het oog op het bekomen van terugbetaling werd er aan de patient hieromtrent uitgebreid uitleg gegeven. Dit via het BVAC-attest[17] van de apotheek of door het meegeven van een ingevuld terugbetalingsformulier. Ook werden de plaatselijke apotheken op de hoogte gebracht van het project en werd hen gevraagd steeds dit BVAC-attest mee te geven en zo nodig nog eens uitleg te geven hoe dit in zijn werk ging. Tenslotte werd op de meegegeven voorschriften ter herinnering de nota "graag BVAC-attest opmaken" meegegeven.

Aan iedere patiënt werd de brochure "gezond op reis"[18] (zie bijlage 6) van het ITG meegegeven. Om een indicatie te geven welke medicatie van belang was voor elke patient, werd deze hierin extra aangeduid. Tevens werd een lijst voorzien van reisapotheek. (zie bijlage 7).

Wanneer het financieel niet haalbaar was om alle nodige vaccinaties te geven, werd er in teamverband voor gekozen om voor de aanstaande reis eerst de vaccinatie voor hepatitis A in orde te brengen en pas bij een volgende reis het vaccin tegen buiktyphus te zetten.

Bij de patiënten geboren in hepatitis A endemisch gebied of geboren voor 1960, waarbij de kans reëel was dat ze hepatitis A reeds hadden doorgemaakt, werd er voorgesteld om eerst een bloedname te doen om antilichamen (IgG) te bepalen. Zo werd voorkomen dat deze patiënten nodeloos op kosten werden gejaagd met de aankoop van een vaccin. Bij alle overige patiiënten die nog niet werden gevaccineerd, werd onmiddellijk een voorschrift meegegeven.

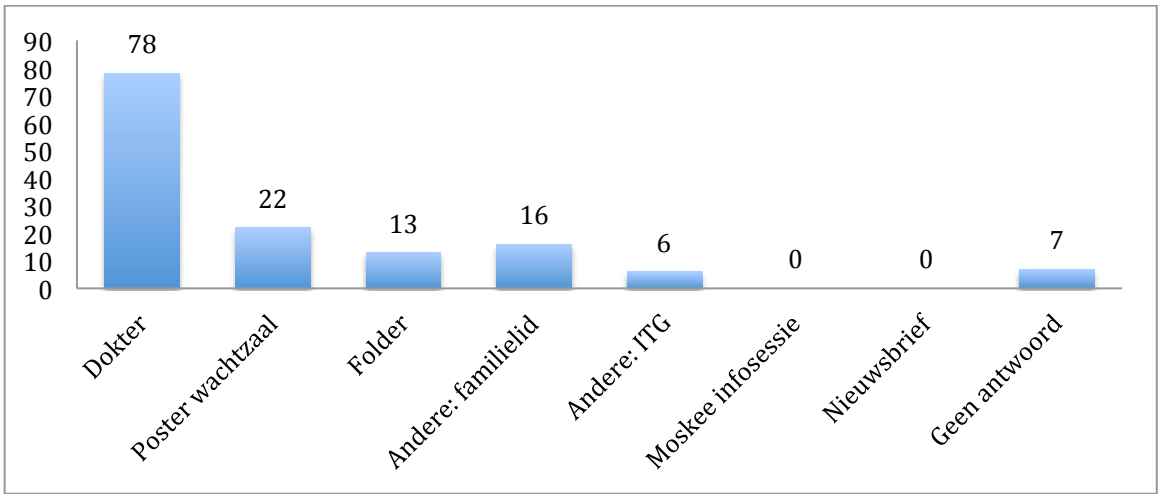
Resultaten

Eerste doelstelling

De eerste doelstelling is zeker en vast behaald. Het aantal consulten reisadvies sinds het ontstaan van de praktijk (2 april 2007) tot en met 31/3/2015 bedroeg 19: 8 autochtoon, 3 van Marokkaanse origine en 8 uit Zwart-Afrika. In de periode van het praktijk verbeterend project, namelijk van 1/4/2015 tot en met 31/8/15 is er 141 maal reisadvies gegeven. Van deze 141 deelnemers zijn er 136 met Marokkaanse origine die een reis naar Marokko maken. De overige vijf zijn ook VFR-reizigers met 5 verschillende origines: Cameroon, Servië, Afghanistan, India en Bangladesh.
Dit resulteert in een stijging van gemiddeld 0,2 naar 28,2 reisadviezen per maand.

Tweede doelstelling

De grootste groep, namelijk 78 patiënten (55%) werd ingelicht door de huisarts, 22 patiënten (16%) werden op de hoogte gebracht door de poster in de wachtzaal, 13 patiënten (9%) door de folder op de bureaus. Geen enkele patiënt heeft zich aangemeld door de infosessie in de moskee of door de nieuwsbrief. In de categorie 'Andere' kan er onderscheid worden gemaakt tussen patiënten op de hoogte gebracht door het ITG of door een familielid. 16 mensen (11%) worden op de hoogte gebracht door een familielid en 6 mensen (4%) via het ITG. Bij 7 mensen (5%) kan niet meer achterhaald worden op welke manier ze op de hoogte werden gebracht.

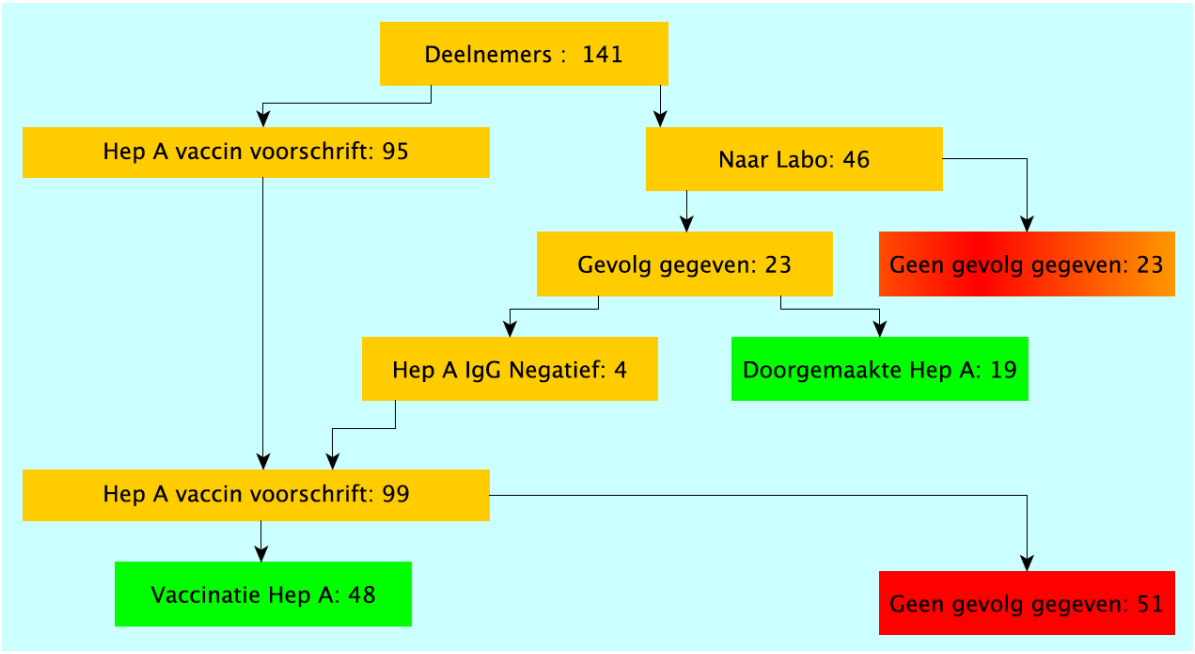


Afbeelding 1: Hoe weet de patiënt dat hij/zij reisadvies nodig heeft ?

Derde doelstelling

Van die 141 patiënten die reisadvies kregen, werd er bij 46 personen een labo-aanvraag meegegeven. Hiervan hebben 23 personen een bloedname laten doen om de immuunstatus van Hepatitis A na te kijken, waarvan 19 Hepatitis A IgG positief testten en 4 negatief. Voor deze laatste groep werd alsnog een voorschrift voor een hepatitis A vaccinatie meegegeven. Van deze 4, zijn er slechts 2 die het vaccin hebben laten zetten. Bij 95 patiënten werd er onmiddellijk bij het reisadvies een voorschrift voor hepatitis A vaccin meegegeven. Van de 99 geschreven voorschriften zijn er ook 48 patiënten daadwerkelijk gevaccineerd, bij 51 anderen is er uiteindelijk geen vaccinatie gezet. Uit analyse van de groep die zich liet vaccineren (48 patiënten) blijkt dat 41 van deze 48 mensen deel uitmaken van 10 families. 8 van de 10 moeders van deze families zijn in orde met ofwel vaccinatie, ofwel een positieve serologie. Bij de vaders geldt dit slechts voor 5 op de 10. Van de overige 8 gevaccineerden zijn er 5 geïsoleerde patiënten, waarvan de rest van de familie niet mee in het reisadvies is betrokken en 3 personen waarbij er nog bij 1 gezinslid een bloedname werd gedaan . 45 van de 48 gevaccineerden zijn kinderen (onder de 18 jaar), waarnaast 3 volwassen (boven de 18 jaar). Bij de mensen die hebben beslist om geen gevolg te geven aan het voorschrift voor vaccinatie,

komen er 8 volledige families in voor. Dit wordt verduidelijkt aan de hand van onderstaande flowchart.



Afbeelding 2: Flowchart studieverloop (HAV= Hepatitis A vaccinatie).

De groene kaders representeren de patiënten die volledig in orde zijn om op reis te vertrekken, namelijk 67 van de 141 deelnemers (47,5%): 19 personen doordat ze hepatitis A reeds hebben doorgemaakt en 48 personen omdat ze gevaccineerd zijn. 74 van de 141 personen (52,5%) volgen ondanks advies het gegeven beleid niet op.
Van de patiënten die een labo –aanvraag hebben meegekregen en toch geen bloed hebben laten nemen, is niet geweten of ze beschermd zijn door reeds verworven immuniteit. In de veronderstelling dat deze groep gelijkwaardig is aan de andere groep met labo-aanvraag, die wel bloed heeft laten trekken, is er hogere kans op immuniteit. Van de 23 die wel bloed hebben laten trekken zijn er namelijk 19 (82,6%) die hepatitis A al hebben doorgemaakt.
Het aantal hepatitis A gevaccineerden in de praktijk alvorens de start van het project bedroeg 52. Op 5 maanden tijd zijn er 48 extra patiënten gevaccineerd en van 19 anderen is geweten dat ze immuun zijn tegen hepatitis A. Dit leidt tot 67 extra patiënten die in orde zijn in de praktijk

Discussie

De **eerste doelstelling**, het vermeerderen van het aantal consulten voor reisadvies, is behaald. Hierbij dient de bemerking gemaakt te worden dat er in de periode van het onderzoek meer reisadvies werd gegeven dan patiënten opgenomen in de studie. Bij het opvragen van alle laboresultaten aangaande HAV-IgG uit de onderzoeksperiode, kwamen er verscheidene resultaten terug van mensen die niet waren opgenomen in de studie. Dit kan te wijten zijn aan verschillende oorzaken. Mogelijks hebben deze mensen geweigerd deel te nemen of heeft de betrokken arts de patiënt niet voorgesteld deel te nemen aan de studie. Bij het bekijken van deze extra patiënten kan worden vastgesteld dat het dossier vaak niet correct is ingevuld. Dit is mogelijks een vorm van "sampling bias", namelijk onderrapportage. Dit zou kunnen liggen aan de traagheid van het gebruikte programma, waarbij het moeilijk is om meerdere dossiers tegelijk te openen en correct in te vullen.

De **tweede doelstelling** was het achterhalen van het belangrijkste informatiekanaal om reisadvies in te winnen. De patiëntenrekrutering verliep via folder, poster, aanspreken door de huisarts en een infosessie in de moskee.
Uit de vragenlijst bleek dat de patiënten, die op consultatie kwamen voor reisadvies meestal op de hoogte waren gebracht door de dokter (55%). Dit brengt met zich mee dat de deze hierover goed geïnformeerd moet zijn en actief de patiënt moet bevragen. Hierop moet goed worden ingezet, vooral naar praktijken toe die te maken hebben met een VFR-reizigers populatie. Een Australische studie heeft aangetoond dat het ook zeer belangrijk is om in te zetten op allochtone en meertalige huisartsen, omdat deze vaak een groter bestanddeel allochtone patiënten hebben en dus hoogstwaarschijnlijk ook VFR-reizigers.[(2)]
De poster in de wachtzaal was bij 22 patiënten de trigger om reisadvies te vragen en de folders bij 13 mensen. 16 mensen van de populatie werden op de hoogte gebracht door een familielid, in deze studie ging dit over 2 families.
De nieuwsbrief die al jaar en dag met zorg door de sociaal assistent van WGC 't Spoor werd gemaakt, had niemand aangezet tot het informeren naar reisadvies.
Om de informatiesessie in de moskee voor te bereiden werd contact opgenomen met de conciërge van de moskee Elfath. Deze bood hierop een rondleiding aan en verstrekte gedurende deze rondleiding tips over wanneer en hoe de boodschap het beste zou worden overgebracht. Deze man was zeer enthousiast over het project. Hij vertelde me dat ik best bij de aparte zaal voor de vrouwen ging wachten, zodat ik vlak na het vrijdaggebed kon binnenstappen. In de mannenzaal mocht ik niet binnekomen. Hij zou een microfoon klaarleggen, die ook naar de mannenzaal zou doorgeschakeld worden, waar hij dan mijn boodschap zou vertalen in het Berbers, bij de vrouwen zou ik zelf iemand uit de zaal moeten plukken om de boodschap te vertalen. Hij zou de Imam vragen om na het gebed te vragen of iedereen kon blijven zitten zodat ze nog even naar de informatiesessie zouden kunnen luisteren. We planden de informatiesessie in op 12 juni 2015 aansluitend op het vrijdaggebed. Dit om de infosessie niet te laten samenvallen met de Ramadanperiode, alsook om de aankomende vakantieperiode voor te zijn.
De informatiesessie zelf liep anders dan verwacht, de Imam had me niet aangekondigd zoals afgesproken, zodat de vrouwen al allemaal naar buiten stroomden, zodra het gebed gedaan was. Een dertigtal aanwezige vrouwen zijn dan op mijn vraag toch terug naar binnengegaan, daar bleek dat de microfoon niet was geïnstalleerd, zodat ik niet te horen was bij de mannen, (die overigens ook allemaal al weg waren). Bij de vrouwen heb ik wel goed de boodschap over kunnen brengen, mits vertaling van één van de aanwezige patiënten, dit bleek uit de vragen die de ze me stelden. Hoewel ik hier een groep van dertig vrouwen heb kunnen aanspreken, heeft dit geen opkomst teweeggebracht in de praktijk.
Een eerste bedenking hierbij is of er ook andere informatiekanalen hadden moeten worden aangesproken om de boodschap in de plaatselijke gemeenschap beter te verspreiden. Het voorzien van een voordracht in de plaatselijke vrouwengroep (van samenlevingsopbouw) en het uitdelen van folder via Al Ikram (armoedebestrijding) was hierbij een mogelijkheid geweest. Ook kan worden

nagedacht of het had geholpen als boodschap in de moskee verschillende malen had kunnen verkondigd worden.
Wat opvalt is dat bij de voorbereiding op de Hadj (pelgrimstocht naar Mekka) algemeen wel geweten is dat er verplicht vaccinatie voor meningokok ACWY nodig is. Hiervoor gaan de patiënten vaak spontaan langs het ITG, omdat dit via reisbureaus en vaak ook in de moskee wordt aanbevolen. Eveneens opvallend is dat wanneer iemand een reis wil boeken op het internet, er ook steeds wordt vermeld dat de meningokok ACWY vaccinatie verplicht is.

Bij het bevragen van het informatiekanaal waarlangs de patiënt op de hoogte werd gebracht, is er een mogelijkheid tot rapporteringsbias, namelijk dat de patiënt denkt dat het het meest wenselijk is om "dokter" te antwoorden omdat een dokter dit navraagt. Dit kan liggen aan het feit dat de vragenlijst niet geblindeerd werd afgenomen.[19] Echter logistisch gezien was het moeilijk om deze studie geblindeerd af te nemen aangezien patiënten vaak analfabeet waren of geen Nederlands konden lezen. Het is ook mogelijk dat de patiënt door verschillende informatiekanalen onbewust al op de hoogte werd gebracht en slechts 1 bron heeft benoemd. De mogelijkheid is er ook dat de arts, vanwege de poster aan de muur en de folder op zijn/haar bureau, het reisadvies meer spontaan gaat aanbieden, zodat de combinatie van deze verschillende informatiebronnen alsnog belangrijk zou zijn.

De **derde doelstelling,** het verbeteren v an de immuun status van hepatitis A in de praktijkpopulatie die op reis gaat, is bereikt met toediening van het vaccin tegen hepatitis A bij 48 personen en kennis van immuniteit tegen hepatitis A bij 19 personen. Bij het terugzien van de patiënten kon worden opgemerkt dat het financiële aspect een zwaar struikelblok was en liefst 52,5% van alle deelnemers, gegeven advies niet had opgevolgd.

Er kon worden opgemerkt dat bij 51,5% van de ingelichte patiënten, ondanks het feit dat ze op de hoogte waren en een voorschrift hadden meegekregen, het vaccin toch niet werd gezet. Hierbij werd vaak de feedback verkregen dat de inenting van een volledig gezin veel te duur was. De redenen van het niet-vaccineren of van het niet opvolgen van het beleid werden echter niet expliciet bevraagd, daarom kon er hier geen conclusie uit worden getrokken.
De vraag is of hier een extra inspanning vanuit de praktijk, zoals een herinnerings-sms/telefoon, zou baten? In literatuur kan worden teruggevonden dat VFR-reizigers vaak denken dat ze al immuun zijn en ook dat het risico niet groot zal zijn, omdat ze al zo vaak naar daar op reis zijn gegaan.[11][10][9][2][6]
Heeft het advies van de dokter dit toch niet kunnen onderuithalen? Is de barrière om eerst nog naar de apotheek te gaan en nog eens terug te komen op zich te groot? Dit zijn enkelen van de variabelen die zouden kunnen meespelen.

In de VS zit hepatitis A vaccinatie sinds 2006 mee in het basisvaccinatieschema. Deze beslissing werd genomen nadat routinevaccinatie eerst werd aangeraden in risicovolle gemeenschappen, dit vanaf 1996. In 2005 zag men dat de meeste gevallen van hepatitis A, na het succesvol inenten van de risicovolle gemeenschappen, nu voornamelijk buiten deze gemeenschappen vielen en besloot het Center For Disease control (CDC) de vaccinatie routinematig aan te bevelen voor kinderen vanaf 12 maanden tot 23 maanden.[15]
Waarom het hepatitis A vaccin dan niet mee nemen in het basisvaccinatieschema? Enkele argumenten voor het meenemen in het basisvaccinatieschema zijn: (1) het groot aantal VFR-reizigers in ons land, (2) het toenemend aantal vluchtelingen, (3) de algemene tendens van toenemend reisgedrag. Dit terwijl België een zone van zeer lage endemiciteit [20] is waardoor de natuurlijke immuniteit van de bevolking tegen hepatitis A laag is. Dit maakt de Belgische bevolking extra kwetsbaar om de infectie op latere leeftijd door te maken en vergroot ook de kans om een fulminante hepatitis door te maken. 2% van de personen boven 40 jaar die met hepatitis A worden geïnfecteerd maken een fulminante hepatitis door, waarbij er 30% kans op overlijden is. [21],[16]
Hiertegenover staat het feit dat het objectief aantal klinische besmettingen in ons land slechts van begin 2009 tot eind 2013 slechts 638 bedraagt. Bovendien is het volgens het laatste KCE rapport

(2008, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) en op advies van de WHO, niet kosteneffectief om alle volwassenen te vaccineren in een zeer laag endemisch gebied. Bij de volwassenen moet er de risicogroep worden uitgehaald die wel moet gevaccineerd worden (zie bijlage 8) [20),(5)]. Het is ook niet kosteneffectief om alle zuigelingen te vaccineren in België. Verder zou de vaccinatie extra druk leggen op het huidige vaccinatieschema, omdat dit vaccin idealiter rond de leeftijd van 1 jaar zou moeten worden toegediend. In dit rapport werd wel aanbevolen om overheidsfinanciering aan te bieden bij kinderen van 1-12j die op reis gaan naar gebieden die hoog-endemisch zijn voor hepatitis A. Deze doelgroep omvat dus ook een groot aantal VFR-reizigers, namelijk eerste en tweede generatie kinderen, wiens ouders of grootouders migreerden naar België vanuit een land dat hoog-endemisch is. Deze laatste aanbeveling kan als controversieel of stigmatiserend beschouwd worden, gezien het hier vaak gaat over kinderen met Marokkaanse of Turkse origine. Dit KCE advies is nog niet omgezet in een effectieve terugbetalingsmaatregel. Mutualiteiten bieden terugbetaling aan voor reisvaccinatie (zie bijlage 5), maar elk met verschillende procedures, wat ervoor zorgt dat dit zeer onduidelijk wordt voor zowel patiënt als arts. Om deze terugbetaling te verkrijgen moet er vaak een BVAC-attest worden meegegeven door de apotheker of een speciaal attest worden ingevuld door de arts. Dit BVAC attest wordt dikwijls niet spontaan meegegeven door de apotheek, laat staan meer uitleg over gegeven over wat hier verder mee aan te vangen. Met één van deze twee attesten moet naar de mutualiteit worden gegaan, om terugbetaling te verkrijgen. Deze administratieve rompslomp zorgt voor een duidelijke ongelijkheid, aangezien VFR-reizigers vaak kansarmer en niet op de hoogte zijn. Ik pleit hierbij dus voor meer gelijkheid en dit via overheidsfinanciering zoals voorgesteld in het KCE rapport bij de 1-12 jarigen die een reis maken naar hoog-endemisch gebied, dit eventueel gedeeltelijk zoals bij het rotavirusvaccin. Nog beter een levering via vaccinnet, met een geplande reis naar endemisch gebied, zodat er geen verlies is aan vaccinnatie door het te moeten afhalen in de apotheek.

De vraag of de toenemende stroom aan vluchtelingen uit hoog endemisch gebied de ziektelast voor de populatie in België verhogen is mijns inziens stof tot verder onderzoek en continue monitoring.

Het blijft belangrijk dat de artsen op de hoogte zijn van de noodzaak van reisadvies bij VFR-reizigers. Dit blijft de belangrijkste factor bij het verhogen van de vaccinatiegraad

Een belangrijke limitatie van deze studie is de sampling bias in het algemeen, deze studie is afgenomen in een wijkgezondheidscentrum, wat een zeer laagdrempelige huisartsenpraktijk is. Dit ook voor illegalen en minderbedeelden, vanwege de gratis hulpverlening. De vraag is dus of dit aandeel van VFR-reizigers in deze praktijk representatief is voor alle VFR-reizigers in België. Het opzet van deze studie blijft natuurlijk een praktijk-verbeterend project.

Conclusie

Het **vermeerderen** van het aantal consulten reisadvies is gelukt met dit praktijk-verbeterend project. Er is namelijk van 19 reisadviezen op ongeveer 8 jaar, een toename met 141 reisadviezen in de periode van 1 april 2015 tot en met 31 augustus 2015 gerealiseerd.

Het **belangrijkste informatiekanaal** voor de patiënt om op de hoogte te worden gebracht van de noodzaak van reisadvies is via de dokter, hierbij kan de belangrijke tendens worden opgemerkt dat eens een gezin overtuigd is, ineens ook heel het gezin in orde wordt gebracht (met in mindere maten de vaders van het gezin). Uit analyse kan besloten worden dat 1 contact met een gezinslid meestal bijna het hele gezin kan overtuigen, zo werden via 10 aanspreekcontacten 41 mensen bereikt. Hieruit blijkt het belang van de opleiding van de dokters in eerste lijn in verband met reisadvies en het actief bevragen van de reisplanning (bijvoorbeeld in de aanloop van de zomervakantie). Het tweede belangrijkste informatiekanaal blijkt de poster in de wachtzaal, op derde plaats staat familielid, op de vierde plaats de folder op de bureaus en op de vijfde plaats het ITG bij een vorig bezoek. Noch de informatiesessie in de moskee, noch de nieuwsbrief bleek zinvol. De mogelijkheid bestaat dat een combinatie van verschillende informatiekanalen heeft aangezet tot de vraag naar reisadvies.

De **immuunstatus voor hepatitis A** van de praktijkpopulatie is effectief verbeterd.

Verder is 19 op de 23 patiënten bij wie een bloedname werd gedaan, effectief immuun tegen hepatitis A. Hieruit volgt de inschatting om iedereen, geboren voor 1960 of geboren in endermisch gebied, eerst een bloedname aan te bieden als middel om de kosten te drukken.

Verder research naar waarom, hoewel patiënten goed geïnformeerd zijn, toch 52,5% geen gevolg geeft aan gegeven doktersadvies is zeker nodig.

Beleidsadvies voor praktijkverbetering

1/Het KCE rapport van 2008 formuleerde de aanbeveling om overheidsfinanciering te voorzien van hepatitis A vaccinatie bij kinderen van 1-12 jaar die op reis gaan naar hoog-endemische gebieden. Hieronder valt dus ook een groot deel VFR-reizigers. Deze maatregel kan als controversiëel en stigmatiserend worden beschouwd, omdat het hier vaak over kinderen van allochtone origine gaat. Deze aanbeveling is momenteel niet geïmplementeerd, waardoor de patiënt en arts op de hoogte moet zijn van de (om)wegen om alsnog eventuele terugbetaling van de mutualiteit te genieten. Deze administratieve rompslomp zorgt voor een ongelijkheid, aangezien VFR-reizigers vaak kansarmer en niet op de hoogte zijn. Ik pleit hierbij dus voor meer gelijkheid en dit via overheidsfinanciering bij alle 1-12 jarigen die een reis maken naar hoog-endemisch gebied, zoals voorgesteld in het KCE rapport. Dit eventueel gedeeltelijk zoals bij het rotavirusvaccin of via vaccinnetbestellingen. Met deze maatregel biedt natuurlijk niet iedereen zich spontaan aan en moet er extra campagne worden gevoerd om deze kinderen tot bij de vaccinator te krijgen.

2/Het blijft belangrijk dat de huisarts op de hoogte is van de noodzaak van reisadvies bij alle VFR-reizigers. Dit zou bijvoorbeeld kunnen bekomen worden door een omzendbrief bij de huisarstenkringen. De huisartsen zijn best ook op de hoogte van de terugbetalingsmaatregelen die nu bestaan bij de mutualiteiten, zodat de patiënt hier het maximumvoordeel uit kan halen. Apotheken zouden spontaan een BVAC-attest moeten aanbieden en hierbij mogelijks de terugbetalingsmogelijkheden uitleggen. Kortom: ook hier is een belangrijke campagnevoering nodig om zowel huisarts als apotheek op de hoogte te brengen van de noodzaak van reisadvies bij VFR-reizigers.

3/De noodzaak van het zorgvuldig invullen van het aameldingsformulier wil ik ook graag benadrukken, zodat het agentschap voor zorg en gezondheid correcte conclusies kan trekken uit de bekomen meldingen.

Referenties

1. Marechal Frédéric, Goedhuys J. Analyse van de verstrekking van medisch reisadvies in de Vlaamse huisartsenpraktijk a.h.v. een literatuurstudie en een steekproefsgewijze enquête. Vol. 1, MaNaMa Proposal. Katholieke Universiteit Leuven;

2. Heywood AE, Forssman BL, Seale H, MacIntyre CR, Zwar N. General Practitioners' Perception of Risk for Travelers Visiting Friends and Relatives. J Travel Med [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Apr 11];22(6):368–74. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26173496

3. Bevolking_Borgerhout [Internet]. Stad Antwerpen, Districts- en loketwerking. 2015 [cited 2015 Aug 23]. Available from: https://stadincijfers.antwerpen.be

4. Godderis L, Flipse W. Hepatitis A in een gezin dat niet in het buitenland is geweest. Infectiekziektenbulletin. 2015;3:3–4.

5. Kenniscentrum F, Centre G. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België. Kenniscentrum. 2008;98(a).

6. Askling HH, Rombo L, Andersson Y, Martin S, Ekdahl K. Hepatitis A risk in travelers. J Travel Med [Internet]. 2009 Jan [cited 2016 Mar 19];16(4):233–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19674261

7. Hagmann S, Benavides V, Neugebauer R, Purswani M. Travel health care for immigrant children visiting friends and relatives abroad: retrospective analysis of a hospital-based travel health service in a US urban underserved area. J Travel Med [Internet]. The Oxford University Press; 2009 Jan 1 [cited 2016 Apr 11];16(6):407–12. Available from: http://jtm.oxfordjournals.org/content/16/6/407.abstract

8. Casuccio A, Immordino P. [Visiting friends and relatives (VFRs) role on imported malaria: a literature review]. Epidemiol Prev [Internet]. Jan [cited 2016 Apr 17];38(6 Suppl 2):23–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25759339

9. Warne B, Weld LH, Cramer JP, Field VK, Grobusch MP, Caumes E, et al. Travel-related infection in European travelers, EuroTravNet 2011. J Travel Med [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Mar 19];21(4):248–54. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24750378

10. van Genderen PJJ, van Thiel PPAM, Mulder PGH, Overbosch D. Trends in knowledge, attitudes, and practices of travel risk groups toward prevention of hepatitis A: results from the Dutch Schiphol Airport survey 2002 to 2009. J Travel Med [Internet]. The Oxford University Press; 2012 Jan 1 [cited 2016 Apr 11];19(1):35–43. Available from: http://jtm.oxfordjournals.org/content/19/1/35.abstract

11. Bui Y-G, Trépanier S, Milord F, Blackburn M, Provost S, Gagnon S. Cases of malaria, hepatitis A, and typhoid fever among VFRs, Quebec (Canada). J Travel Med [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 Mar 19];18(6):373–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22017712

12. Lappalainen M, Färkkilä M. Virale Hepatitis [Internet]. Duodecim-richtlijn. 2010 [cited 2015 Aug 28]. p. 6. Available from: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm2016

13. Matheny SC, Kingery JOEE. Hepatitis A. Inst voor Trop Geneeskd Sticht van Openb nut. 2012;

14. Vlaamse Overheid. Algemeen schema van de aanbevolen vaccinaties [Internet]. Kind en Gezin. 2015 [cited 2016 Oct 10]. p. 2015. Available from: http://www.kindengezin.be/gezondheid-en-vaccineren/vaccinaties/

15. Samuel C M. Hepatitis A - American Family Physician [Internet]. American Family Physician.

2012 [cited 2016 Apr 11]. p. 1027–34. Available from: http://www.aafp.org/afp/2012/1201/p1027.html

16. Vaccinatiegids [Internet]. Hoge Gezondheidsraad, vaccinatiegids. 2009. p. nr. 8586. Available from: http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/10758445/Vaccinatiegids (mei 2009) (HGR 8586).pdf

17. bvac-attest.pdf [Internet]. [cited 2015 Feb 2]. Available from: http://www.baf.be/documents/pdf/documentatie/standaarddocumenten/bvac-attest.pdf

18. Instituut voor Tropische Geneeskunde medische diensten. Gezond op reis [Internet]. Antwerp; 2011. Available from: http://www.itg.be/itg/uploads/medserv/ngezond.pdf

19. Petrie A, Sabin C. Medical Statistics at a glance, third edition [Internet]. Third edit. West Sussex, UK; 2009 [cited 2016 Apr 17]. 102-106 p. Available from: https://campatho.files.wordpress.com/2009/07/medicalstatisticsataglance2000petrie_0632050756p448.pdf

20. WHO | Hepatitis A. Wkly Epidemiol Rec [Internet]. World Health Organization; 2012 [cited 2016 Apr 11];87(28-29):261–76. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/

21. Agentschap Zorg en Gezondheid Richtlijn Hepatitis A [Internet]. Agentschap Zorg en Gezondheid. 2013 [cited 2016 Apr 11]. p. 238–45. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Hepatitis A_v2013.pdf

BIJLAGEN

Bijlage 1: Officiële meldingen hepatitis A, van 2009 -2013 -Agentschap Zorg en Gezondheid

Inleiding

Na een gesprek met Dr. Wim Flipse, arts infectieziektebestrijding te Antwerpen van agentschap zorg en gezondheid stuurde hij me de cijfers door van de meldingen van hepatitis A van het jaar 2009 tot en met het jaar 2013 voor Vlaanderen.

Doelstelling

Statistieken en demografie van besmettelijke ziekten, waaronder hepatitis A, worden geregistreerd en trends in zake verspreiding worden opgevolgd. Aan de hand van analyses op deze cijfers kunnen er conclusies worden getrokken in de vorm van aanbevelingen met bijvoorbeeld implementatie van overheidsfinanciering voor vaccinatie terugbetaling. Dit in kader van het belang voor volksgezondheid.

Methode

Hepatitis A is een meldingsplichtige ziekte, die een arts (niet noodzakelijk de arts die de diagnose heeft gesteld) na diagnose zo snel mogelijk moet melden aan het agentschap zorg en gezondheid via het aanmeldingsformulier ”melding van infectieziekten”. In dit formulier worden persoonlijke gegevens van de patiënt, gegevens over de infectie, laboresultaten, de melder en behandelende arts verzameld. Ik maakte een analyse van deze cijfers aan de hand van Excel en het programma ISTAT Pro.

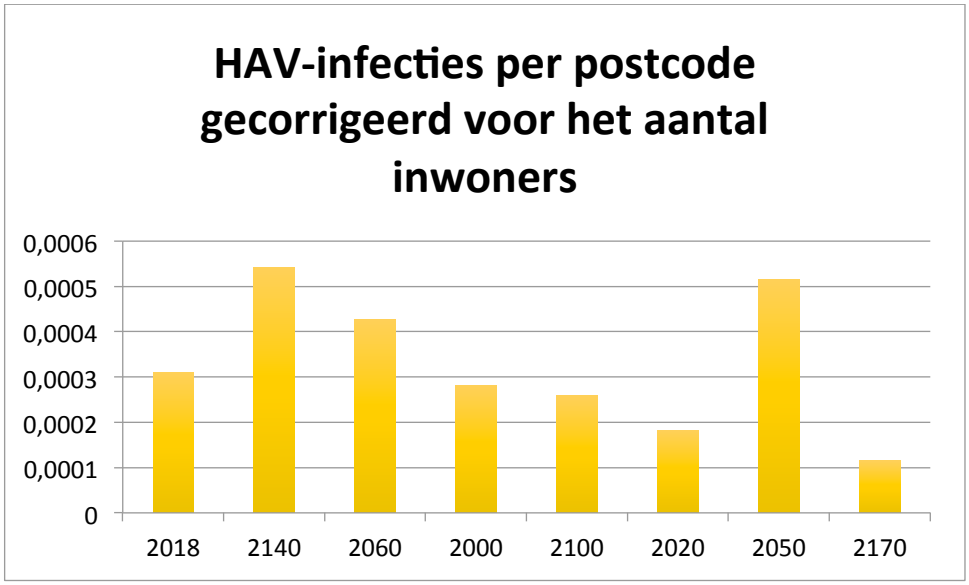
Resultaten

Er werden, sinds 1 januari 2009 tot en met december 2013, 638 gevallen van hepatitis A gerapporteerd. Bij analyse van deze gegevens vind ik terug dat ervan die 638 gevallen 25 in de postcode 2140 vielen(Borgerhout). In de provincie Antwerpen is er een totaal van 243 gevallen vastgesteld, wat maakt dat de postcode 2140 , dus voor 10,3% van de besmettingen in de provincie Antwerpen verantwoordelijk is. Als we de persoonsgegevens bekijken zien we dat de groep die het meest besmet is, de groep Belgen die niet reisgebonden besmet werden.

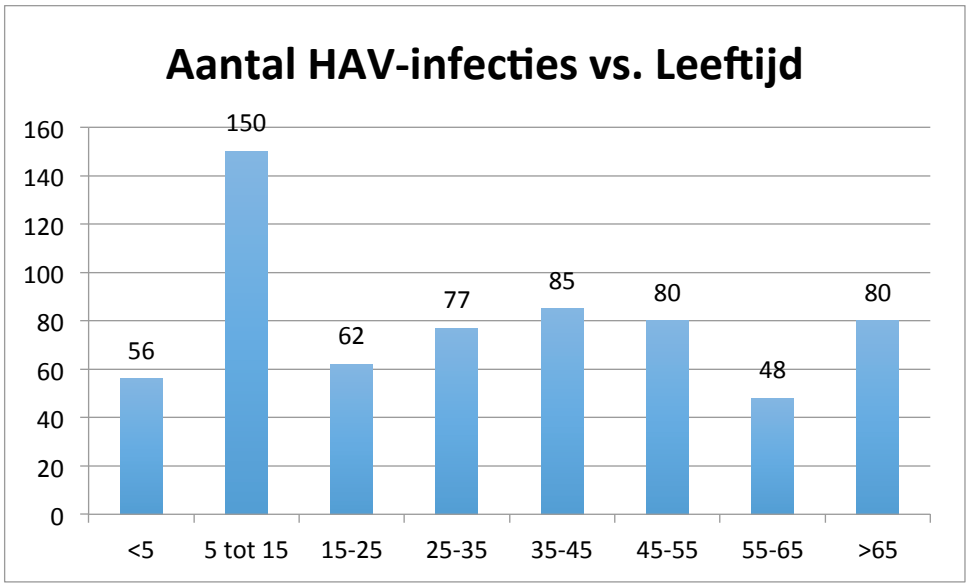
Discussie

Hepatitis A is een ondergediagnosticeerde (wanneer asymptomatisch) en ondergerapporteerde ziekte, zo blijkt ook uit de verschillende case-studies, waar er een cluster van hepatitis A gevonden werd waarbij de bron van infectie niet aan de overheid werd gemeld. Dit zorgt ervoor dat de cijfers die hier zijn weergegeven een onderschatting zijn van het aantal effectieve gevallen van hepatitis A. Het KCE rapport aangaande hepatitis A van 2008, maakte aan de hand van verschillende bronnen inclusief een prospectieve bevraging een inschatting van het aantal infecties in het kader van een inschatting van de ziektelast voor België, wat neerkwam op 1460 infecties per jaar (waarvan 886 met symptomen, daarom niet noodzakelijk gerapporteerd).

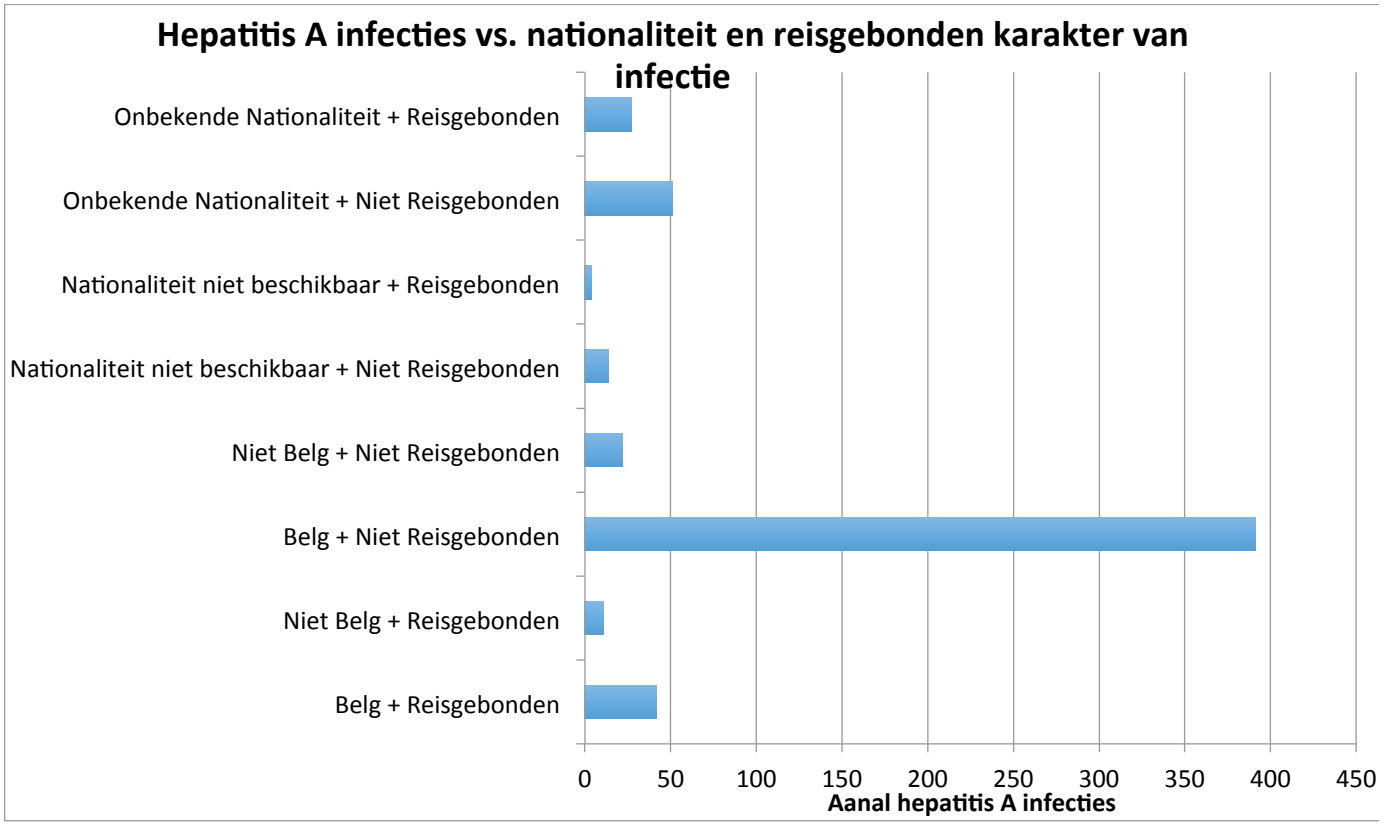
Een andere belangrijke bedenking bij deze waarden is de nationaliteit van de patiënten, vaak dragen de patiënten een dubbele nationaliteit en is er slechts één opgegeven, er zijn ook geen gegevens over hoe lang patiënt reeds in het land verblijft. We kunnen uit deze database ook niet terugvinden welke patiënten er eventueel Visiting Friends and Relatives-reizigers waren. Als we alleen kijken naar de namen, vertelde Dr. Flipse me, kunnen we wel concluderen dat de namen van de besmette personen, aangegeven als Belg, vaak van andere origine zijn. De namen van de patiënten heb ik echter niet meegekregen en kan ik dus verder ook niet bekijken. Echter louter op basis van naam is het moeilijk om een goed gestaafd onderzoek uit te voeren of conclusies te trekken. Bij het gegeven reisgebonden of niet, kunnen we ook nog een kanttekening maken, de incubatieperiode van hepatitis A bedraagt gemiddeld 4 weken, wat ervoor kan zorgen dat de link tussen een gemaakt reis en de ziekte niet meer worden gelegd.



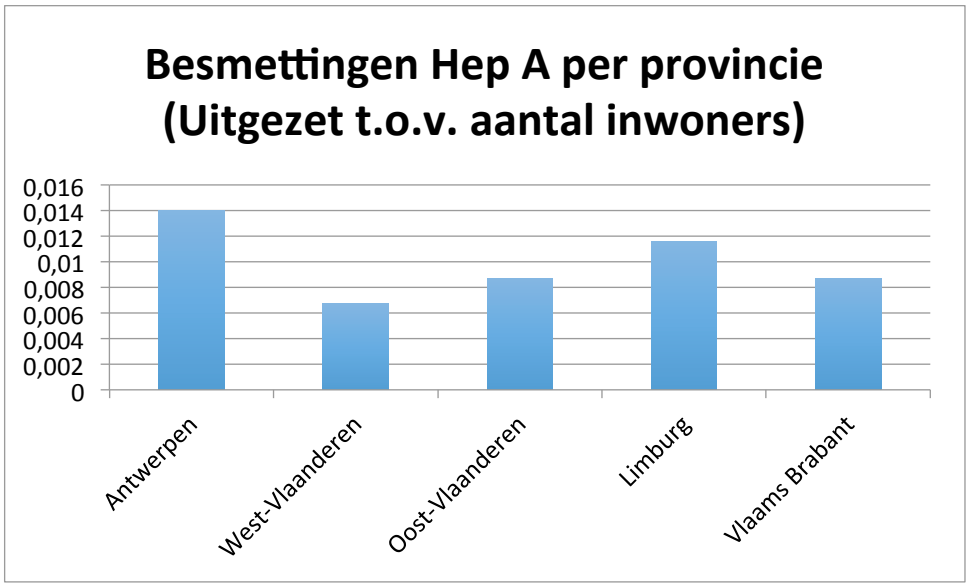
Afbeelding 1: Aantal hepatitis A infecties per aantal inwoners per postcode, in de periode 2009-2013



Afbeelding 2: Leeftijdsverdeling besmetting Hepatitis A gevallen in Vlaanderen, in de periode 2009-2013



Afbeelding 3 : Aantal hepatitis A besmettingen vs. Nationaliteit en reisgebonden karakter van infectie



Afbeelding 4: Aantal HAV-infectie per provincie, gecorrigeerd voor het aantal inwonders

Bijlage 2: Stappenplan reisadvies

1. Bij patiënten die op reis willen gaan en dit vermelden gedurende een ander consult,
    a. Folder meegeven + informed consent meegeven+ telefoonnummer navragen
    b. “uitleg en advies reisvaccinaties” in de planning zetten op datum van vandaag
2. Bij het consult reisadvies:
    a. Ondertekenen informed consent + informatieformulier meegeven als de patiënt dit nog niet bezit
    b. Navragen hoe ze van reisadvies consult wisten + noteren (op formulier informed consent en dit in bakje Eline leggen)
    c. Let op:
        i. informatieformulier en 1 toestemmingsformulier bij patiënt
        ii. 1 toestemmingsformulier + nota hoe patiënt het wist, moet in bakje Eline
    d. Coderen bij actieve ziekte: reisadvies + specifiëring land.
    e. Reisadvies geven adhv site en brochure “gezond op reis” van het ITG.
    f. In de planning:
        i. Vaccinaties (bij verpleger Hendrik)
        ii. Eventueel bloedname voor HAV als patiënt geboren is in endemisch gebied, of geboren voor 1960 (Noteren als resultaat bekend: voorgeschiedenis: Hepatitis A, jaartal 1900, specifiëring serologisch vastgesteld)
    g. Voorschriften meegeven voor eventuele vaccinaties en/of medicatie
    h. Afspraak geven bij verpleger voor toediening vaccinaties.
    i. Optioneel: doorverwijzing ITG zo nodig
3. Consult Hendrik:
    a. noteer gegeven vaccinaties in gele boekje+ noteren in clinidoc
    b. als Niet op Afspraak→ mail Eline

Bijlage 3: Hoe wist de patiënt dat hij/zij reisadvies nodig had?

- Dokter
- Folder
- Nieuwsbrief
- Moskee
- Poster Wachtzaal
- Andere

Ga je deze zomer naar **Marokko**?



Wist je dat je hiervoor best een **vaccin** krijgt?



Kom langs bij één van de dokters voor **reisadvies**.



De **dokter** bekijkt met jou wat je nodig hebt!

Maak hier een afspraak.

WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM | 't SPOOR



Wist je dat je hiervoor best een **vaccin** krijgt?



Kom langs bij één van de dokters voor **reisadvies**.



De **dokter** bekijkt met jou wat je nodig hebt!

Meer info: **vrijdag 12 juni** om **15u**,

in Moskee Elfath

WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM | 't SPOOR

Bijlage 5: Mutualiteiten vergelijking terugbetaling reisvaccins

Mutualiteit	Terugbetaling	Formulieren in te vullen voor tergbetaling te verkrijgen
Partena Ziekenfonds	80% van het remgeld voor reisvaccin of malariapillen. Cumuleerbaar met de terugbetaling van andere vaccins tot max. 25 euro per jaar per persoon.	Eigen terugbetalingsformulier door apotheker laten invullen
Securex Comfort +	**/**	**/**
OZ Onafhankelijk Ziekenfonds	10 euro per kalenderjaar	Betaalbewijs aangekochte vaccins nodig
Vlaams en Neutraal Ziekenfonds	50% terugbetaald voor vaccinatie tot maximum 75 euro per jaar per persoon	Factuur of BVAC-attest nodig.
Liberale mutualiteit Vlaams Gewest	20 euro per kalenderjaar op remgeld van vaccin (voor algemene vaccinatie) PLUS 25 euro per jaar voor reisvaccin of antimalariamiddelen (voorkomend op de ziekenfondslijst, HAV-vaccin staat ertussen)	BVAC attest of attest ingevuld door vaccinatiecentrum nodig
ANTWERPEN – De Voorzorg	25 euro per kalenderjaar	BVAC-attest of terugbetalingsformulier
Christelijke Mutualiteit	25 euro per kalenderjaar Enkel van toepassing op kinderen die recht hebben op kindergeld (max 25j)	BVAC of terugbetalingsformulier
Hulpkas voor ziekte en invaliditeits uitkering	/	/
Kas der geneeskundige verzorging HR rail	/	/

Bijlage 6: Brochure gezond op reis

Instituut voor Tropische Geneeskunde
Stichting van Openbaar Nut

DEPARTMENT KLINISCHE WETENSCHAPPEN | MEDISCHE DIENSTEN
Kronenburgstraat 43/3, 2000 Antwerpen | Fax: +32 3 247 64 10

Laatst bijgewerkte versie (05/01/2015 – AVG) zie: www.reisgeneeskunde.be

GEZOND OP REIS

nuttige informatie voor een goede gezondheid
vóór uw vertrek, tijdens uw reis en na terugkomst

Gelieve dit boekje grondig door te lezen en te bewaren

neem het mee op reis

reisadvies en vaccinaties (enkel op afspraak via www.itg.be/afspraak)

consulteer bij voorkeur geruime tijd voor vertrek (4-8 weken)

Naam : …… Geboortedatum : ……../……../…….

***** Mogen wij u vragen deze BROCHURE reeds in te vullen? *****

De vragenlijsten op pagina 1 en 2 vormen een leidraad voor uw vaccinatie-arts.

- Welk(e) land(en) bezoekt u? ……

……

- Wat is de datum van uw vertrek? ……../……../……. en terugkeer?……../……../…….
- Of hoe lang zal u in het buitenland verblijven? ……. dagen of ……..weken of ……..maanden of …… jaren
- Reist u alleen? **in groep?** in gezinsverband? ……
- Welk soort reis gaat u maken? - zakenreis - familiebezoek
  - toerisme - avontuur - primitief overnachten - wonen/werken/stage
- Speciale activiteiten ? (duiken, hooggebergte, trekking), ……
- Ging u reeds eerder op reis?……
- Zal u frequent reizen?……

De gezondheidsrisico's op reis zijn sterk afhankelijk van het **land** van bestemming, de **duur** van het verblijf, de **manier** van reizen en de eigen **gezondheidstoestand**.

We kunnen spreken van vier manieren van reizen :

1. zakenreis of familiebezoek met hoog comfort en goede hygiëne
2. toeristische reis : goed georganiseerd, goed comfort, klassieke reisroutes
3. avontuurlijke reis : eventueel georganiseerde reis op onbetreden paden, low budget trekkers, "anders reizen", langdurige reizen door verschillende landen

⇨ in de regel alle reizen die langer dan drie weken duren; **ook allochtonen die hun land van herkomst bezoeken.**

4. langdurig verblijf : bijvoorbeeld arbeidscontracten van 1 à 2 jaar

Afhankelijk van uw persoonlijke situatie zal de arts u advies geven.
Het is hiervoor belangrijk dat u volgende vragen eveneens beantwoordt.
Wanneer werd u voor het laatst gevaccineerd voor :

Gele koorts - nooit - minder dan 10 jaar geleden - meer dan 10 jaar geleden

Tetanus - nooit - minder dan 10 jaar geleden - meer dan 10 jaar geleden – meer dan 20 jaar geleden

Difterie - nooit - minder dan 10 jaar geleden - meer dan 10 jaar geleden – meer dan 20 jaar geleden

Polio - nooit - als kind volledig gevaccineerd - vanaf de leeftijd van 16 jaar een rappel gekregen

Hepatitis A - nooit - 1 - 2 (3) injecties gekregen / datum laatste injectie ……..

Hepatitis B - nooit -1 - 2 - 3 (4) injecties gekregen / datum laatste injectie …….

Buiktyfus - nooit - minder dan 3 jaar geleden - meer dan 3 jaar geleden

Meningokokken ACWY - nooit - minder dan 3 jaar geleden - meer dan 3 jaar geleden

Mazelen - nooit - 1 - 2 injecties gekregen

- Hebt u vroeger geelzucht (hepatitis A) gehad ? ja/nee
- Hebt u vroeger mazelen gehad? ja/nee
- Is er risico voor syncope (“flauwvallen”) bij inspuiting?
- Bent u **allergisch** voor bepaalde geneesmiddelen, vaccins of bepaalde componenten ervan of voor eieren?
  ja/nee (*allergisch = veralgemeende netelroos, opzwellen van de mond of keel, ademhalingsproblemen)*
  Welke geneesmiddelen / vaccins : ……
- Bent u **zwanger** ? ja/nee Neemt u de pil ? ja/nee Geeft u borstvoeding ? ja/nee
  Denkt u zwanger te worden binnen de 3 maanden na de reis ? ja/nee
- Neemt u **geneesmiddelen** langs de mond ? zo ja, welke …….
  - om de maagzuurproductie te onderdrukken?……
  - voor het hart ? luchtwegen ? bloedverdunners ? ……
  - tegen vallende ziekte (epilepsie) ? depressie ? kalmeer- of slaapmiddelen ? ……
  - tegen psoriasis, eczeem ? reuma ? ……..
  - cortisone ? andere immuunonderdrukkende medicatie ? ……
- Hebt u één of andere chronische of ernstige ziekte ? hebt u geen milt meer ? thymusprobleem?
- Hebt u een transplantatie ondergaan ? hebt u HIV-besmetting ?
- Lijdt u aan depressie, angstaanvallen of andere ernstige psychische problemen ?
- Neemt u (frequent) genotsmiddelen zoals alcohol ? drugs ?

De meest voorkomende <u>specifieke</u> aandoeningen bij reizigers zijn **diarree**, koortsende aandoeningen (**malaria** voor zover u in een malariagebied reist, **dengue/chikungunya; influenza),** luchtwegeninfecties, **ongevallen** (auto, zwemmen), **wondinfecties** en **seksueel overdraagbare aandoeningen**.

- **Diarree** wordt veroorzaakt door besmet voedsel en drinkwater, door vuile handen of bevuilde voorwerpen. Daarom moet u voorzichtig zijn indien u reist in minder hygiënische omstandigheden.
- **Malaria** en **Dengue/Chikungunya** worden overgebracht door muggen. Daarom moet u zich in de eerste plaats tegen deze muggen beschermen (voor malaria 's avonds, 's nachts en in de hele vroege ochtenduurtjes; voor dengue & chikungunya overdag).
- Dezelfde maatregelen die we thuis in acht nemen om **ongevallen** te voorkomen, moeten op reis worden nageleefd.
- Voorbehoedsmiddelen zijn essentieel in geval van **seksueel contact met nieuwe partners** (plaatselijke partners of medereizigers).
- Bovendien moet elke **verwonding** goed ontsmet worden om **infectie** te voorkomen.

REIZIGERSDIARREE

Vele maag- en darmaandoeningen op reis zijn te wijten aan besmettingen via voedsel, water, voorwerpen of handen. Met een beetje aandacht en nauwgezetheid kan men de meeste ervan voorkomen. **Hepatitis A, buiktyfus, polio** en **cholera** komen nog voor in landen met slechte hygiëne, maar deze ziekten zijn gemakkelijk te voorkomen. De kans is echter groot dat u toch een lichte en ongevaarlijke vorm van **reizigersdiarree** krijgt.

Reizigersdiarree geneest praktisch altijd spontaan na verloop van enkele dagen, maar kan heel vervelend zijn. Personen die middelen innemen om het maagzuur te neutraliseren of die na een chirurgische ingreep geen maagzuur meer produceren zijn veel meer vatbaar voor ernstige vormen van diarree. In de eerste plaats moeten maatregelen tegen vochtverlies genomen worden. Daarnaast kan men middelen innemen om de stoelgangfrequentie te verminderen – dit zijn transitremmers – en eventueel medicijnen om koorts, braken en buikkrampen te verlichten. Af en toe betreft het een meer ernstig verlopende diarree, waarvoor een specifieke behandeling met anti-infectieuze middelen zoals antibiotica kan aangewezen zijn, of waarbij een ziekenhuisopname nodig is om met behulp van infusen vocht toe te dienen.

Enkele algemene maatregelen vormen de hoeksteen van de reizigersdiarree-preventie:

Reizigersdiarree helemaal voorkomen is evenwel een onmogelijke opdracht, en het is duidelijk dat preventieve maatregelen zelden op elk moment stipt kunnen opgevolgd worden. Preventieve maatregelen doen het risico voor ernstige diarree wel beduidend dalen:

- Vóór het koken, het eten en na het gebruik van het toilet: **handen wassen** met water en zeep of met ontsmettende alcoholhoudende gels in speciale dispensers.
- "Cook it, boil it, peel it or forget it", probeer volgende voedingswaren te vermijden :
- rauwe groenten en koude salades, ongekookt of ongebakken voedsel in het algemeen;
- vruchten die niet door u geschild kunnen worden, fruit dat er beschadigd uitziet;
- ongekookte of niet-gepasteuriseerde melkprodukten of voedsel bereid op basis van niet- pasteuriseerde of ongekookte melkprodukten (pudding, roomijs, room in de koffie, enz);
- gerechten op basis van rauwe of onvoldoende gekookte eieren;
- rauwe of onvoldoende gekookte vis, en vooral zeevruchten (+ Hepatitis A!);
- rauw of onvoldoende gebakken vlees;
- gerechten die wel werden gekookt, maar vervolgens uren op kamertemperatuur zijn blijven staan (eet dus alleen voedsel dat goed verhit werd en nog warm is);

- “lokale specialiteiten” die onfris ruiken; besmet voedsel kan er echter normaal uitzien, ruiken en smaken;
- roomijs van straatventers (industrieel ijs in originele verpakking recht uit de diepvries is wellicht veilig).

- Ook de plaats waar men eet is belangrijk : een maaltijd in een straatstalletje levert meer risico dan een maaltijd in een restaurant. Vermijd restaurants met veel vliegen en andere insecten.
- Vermijd kraantjeswater en ijsblokjes. Flessenwater en frisdranken zijn veilig. Let wel op voor opnieuw gebruikte kroonkurken. In sommige landen is het wel gebruikelijk om ongekookt koud water bij de hete thee of koffie te voegen, vóór het serveren.

Bij een avontuurlijke reis is het belangrijk het drinkwater te ontsmetten.

Volledig kiem- en parasietvrij maken van het drinkwater is onbegonnen werk.

Volgende maatregelen zullen echter het risico voor besmetting in belangrijke mate verkleinen:

- Het water tot het kookpunt brengen is reeds voldoende doeltreffend.
- Een goed alternatief is het chemisch ontsmetten met chloordruppels (b.v. CarePlus-Hadex®; verkrijgbaar in de gespecialiseerde buitensportzaken) of chloraminetabletten of chloor-en zilvertabletten (Micropur Forte®), verkrijgbaar in de apotheek). Men kan de werking ervan verbeteren door troebel water vooraf te filtreren. (met koffiefilterzakje of propere zakdoek). Zilverzout (Micropur Classic®) is niet erg geschikt om water te onsmetten, maar dient om ontsmet water langdurig kiemvrij te houden.
- Avontuurlijke reizigers schaffen zich best een draagbare waterfilter aan.

Het is wel belangrijk te weten dat preventief gebruik van antibiotica en andere geneesmiddelen af te raden is! Een snelle zelfbehandeling is immers een uitstekend alternatief.

Hoe diarree behandelen ?

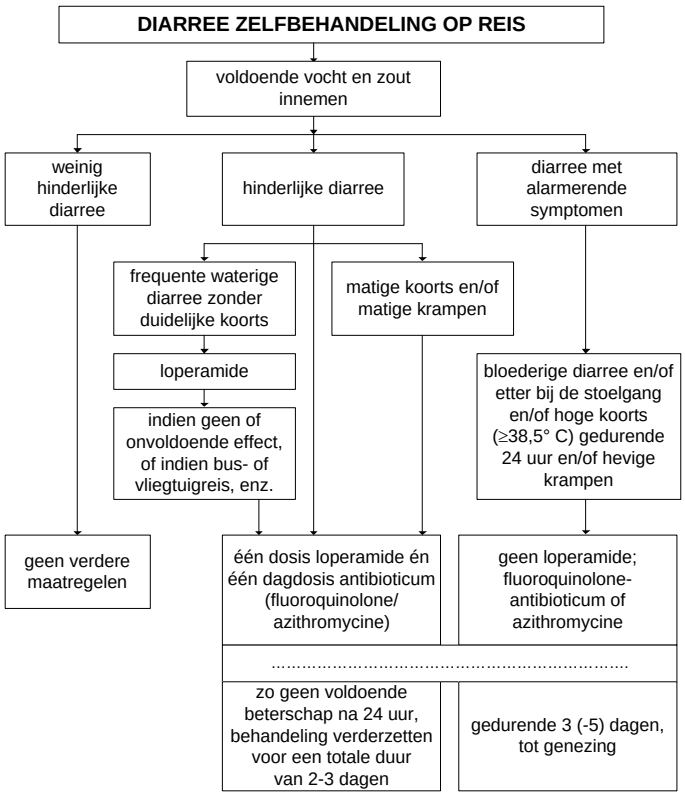
- Het is van het grootste belang **voldoende vocht en zout in te nemen om uitdroging te vermijden**. Dit kan door speciale zoutoplossingen, maar lekkerder zijn thee met citroen, bouillon, frisdranken en vruchtesappen, aangevuld met zoute crackers.
  Er zijn commerciële zoutoplossing-preparaten op de markt **(ORS-oplossing)**.
- Het innemen van een “transitremmer” (loperamide, bijvoorbeeld : Imodium®) kan het aantal ontlastingen fel doen verminderen, wat een belangrijke verlichting betekent van de klachten. Loperamide mag alleen gebruikt worden bij volwassenen en oudere kinderen en dit alleen bij een gewone waterige diarree: wij adviseren een voorzichtige dosis van 1 capsule of instant tablet na elke losse ontlasting, maximum 4 capsules per dag. Zodra de stoelgang vaster wordt, moet men de toediening stopzetten om constipatie te vermijden. Indien er na 4 capsules geen duidelijk effect is, is verdere inname evenmin zinvol, maar kan de inname van het antibioticum (zie hieronder – punt 3) aangewezen zijn.
- Het gebruik van een antibioticum is aangewezen (**zie schema**):
  1. indien er bloed, of etterig slijm in de ontlasting is (start best onmiddellijk)
  2. bij personen met verminderde immunologische weerstand of met verminderde of afwezige maagzuurproductie (start best onmiddellijk)

3. indien de diarree na 24 à 48 uur niet betert en zeker indien de diarree dan nog gepaard gaat met koorts (meer dan 38,5 °C) of hevige buikkrampen of meer dan 6 ontlastingen per 24 uur
4. indien omwille van de reisomstandigheden een snellere oplossing wenselijk is

Gebruikelijke antibiotica : **uitsluitend op voorschrift van de arts**

1) Fluoroquinolone-antibioticum: ofloxacine 400 generisch/Tarivid 400® 1 tablet/dag OF ciprofloxacine 500 generisch/Ciproxine 500®, ofloxacine 200 generisch/Tarivid 200®, norfloxacine generisch/Zoroxin® 1 tablet 's morgens en 1 's avonds gedurende *1 - 3 dagen* voor onverwikkelde waterige diarree (in geval van zuiver waterige diarree, mag de behandeling reeds gestopt worden wanneer de symptomen verdwenen zijn) en gedurende *3 - 5 dagen* bij ernstige symptomen (zie schema). Vermijd zonlicht tijdens de inname van deze antibiotica.
2) Azithromycine generisch / Zitromax®: 500 mg per dag gedurende *1-3 dagen,* (dus meestal een behandeling van 1 dag). Azithromycine is nu de eerste keuze voor reizen naar Azië. Is toegestaan bij zwangeren.
3) **Kinderen en jongeren < 15 jaar**: In de allereerste plaats moet men een betrouwbare arts zien te raadplegen, maar dit is dikwijls gewoon niet mogelijk op reis. Rehydratie is hier de hoeksteen van de behandeling. De azithromycine generisch/ Zitromax®-dosering voor kinderen is 10 mg/kg/dag (tot een maximum van 500 mg per dag) *gedurende 1 tot hooguit 3 dagen* (in de meeste gevallen volstaat een behandeling van 1 dag). (er bestaat een siroopvorm). (Bactrim® en Eusaprim® worden nooit meer aangeraden, want te dikwijls totaal onwerkzaam geworden).

Onderstaand schema is **enkel** te gebruiken op reis als noodbehandeling. Gebruik het **niet** na de terugkomst in België, maar raadpleeg dan steeds uw arts! Bewaar het **antibioticum** zorgvuldig en gebruik het uitsluitend als noodbehandeling tijdens een volgende verre reis. Kijk de vervaldatum na; een vervallen product wordt naar de apotheker gebracht.



SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN (SOA)

Op reis is de kans op toevallige seksuele contacten groter. Seksueel overdraagbare aandoeningen en in het bijzonder AIDS, vormen daarom een **belangrijk risico** voor reizigers. Menig ongewild en bovendien onveilig seksueel contact heeft plaats onder invloed van alcohol. Studies leren dat vooral reizigers die zonder partner reizen risico lopen; verder is het zo dat vele onbeschermde seksuele contacten niet verwacht werden voor de reis. Preventie op reis betekent eigenlijk hetzelfde als thuis. Het correct gebruik van een **condoom**, best hier aangeschaft, is een absolute vereiste, maar biedt geen sluitende garantie. Enkel een wateroplosbaar glijmiddel is toegestaan (b.v. KY gel). In dit geval is vaccinatie tegen **Hepatitis B** zeker ook aangewezen ! Raadpleeg in elk geval een arts indien u risico liep, ook al zijn er geen symptomen. Meer info : zie www.reisgeneeskunde.be

VACCINEERBARE AANDOENINGEN - start liefst 6 weken voor vertrek

Maak fotokopies van uw "gele vaccinatieboekje" en bewaar één kopie in België !!!

1. GELE KOORTS (zie kaart via www.who.int/ith)

Deze dodelijke virale infectie – overgebracht door muggen die overdag steken - komt enkel voor in bepaalde landen van Zuid-Amerika en Afrika. Er bestaat geen geneesmiddel tegen gele koorts, maar er is wel een zeer doeltreffend en goed verdragen vaccin. Eén injectie in de arm (kostprijs € 29,50) biedt een bescherming van 100 % (in principe gedurende minstens 10 jaar; dit wordt in de nabije toekomst in vele gevallen omgezet naar “levenslange immuniteit”); deze bescherming treedt pas officieel in vanaf de 10de dag na vaccinatie indien voor het eerst gevaccineerd wordt.

In 10-30 % kan er een mild griepachtig beeld optreden enkele dagen tot een week na de injectie, wat echter maar in minder dan 1 % van de gevallen tot werkverlet leidt (men kan paracetamol nemen). Zeer zeldzaam zijn allergische reacties. De laatste jaren werden echter zeer uitzonderlijk levensbedreigende nevenwerkingen gerapporteerd, uitsluitend bij een eerste vaccinatie en iets meer bij personen ouder dan 60 jaar. Vanaf de leeftijd van 60 jaar zal men dus de voordelen en de uiterst zeldzame nadelen van deze vaccinatie in de weegschaal moeten leggen, afhankelijk van de reisbestemming en het type reis (“Het risico voor een niet-gevaccineerde reiziger die rondreist in een land waar er gele koorts aanwezig is, is meestal veel groter dan het risico voor de nevenwerkingen van de vaccinatie zelf,
en het is belangrijk dat alle reizigers die risico zouden kunnen lopen, gevaccineerd worden.”: WHO 2010). Gele koorts is de enige ziekte waarvoor de reiziger een officieel vaccinatiebewijs - het "gele boekje" - moet kunnen voorleggen bij het binnenkomen of verlaten van streken waar gele koorts kan voorkomen (zie kaart via www.itg.be). De vaccinatie gebeurt enkel in vaccinatiecentra die erkend werden door de nationale gezondheidsadministratie. Kinderen worden gevaccineerd vanaf de leeftijd van 1 jaar, in uitzonderlijke omstandigheden vanaf 6 maanden. Zwangeren worden normaal gezien niet ingeënt, evenmin als personen met een verminderde immuniteit (o.a. HIV, cortisone, andere immuunonderdrukkende geneesmiddelen, enz): het is hen stellig afgeraden om (ongevaccineerd) naar gele koorts gebieden te reizen. Personen die thymectomie ondergingen of andere thymusproblemen hebben, mogen niet gevaccineerd worden. Bij tegenaanwijzing voor vaccinatie tegen gele koorts kan het nodig zijn om een verandering in reisbestemming aan te bevelen. In sommige gevallen kan men in het gespecialiseerd reisadviescentrum een tijdelijke “verklaring van medische vrijstelling van vaccinatie” geven (in dat geval is het zeer belangrijk om sluitende antimugmaatregelen overdag toe te passen).

2. TETANUS, DIFTERIE, KINKHOEST

De voorbereidingen voor uw reis zijn een ideaal moment om uw tetanus- en difterievaccinatie terug op punt te stellen. Voor de meeste mensen (zeker jongeren) volstaat een herhalingsinspuiting om de 10 jaar (Tedivax Pro Adulto® € 8,22). Indien de laatste inenting langer dan 20 jaar geleden is worden twee injecties aanbevolen met 6 maanden tussen. Indien men niet zeker is over de vroeger gekregen basisvaccinatie, bestaat de vaccinatie uit twee injecties met 1 maand interval, gevolgd door een derde injectie na 6 – 12 maanden. Aan volwassenen die in nauw contact komen met jonge zuigelingen wordt het advies gegeven om eenmalig een injectie met het gecombineerde tetanus-difterie-kinkhoestvaccin (Boostrix®) te krijgen.

3. POLIO (kinderverlamming) http://www.polioeradication.org/content/general/casemap.gif of www.who.int/ith → disease distribution maps

Sinds 1965 wordt elke Belg verplicht gevaccineerd tegen polio (met een oraal vaccin Sabin®, het zogenaamde "lepeltje", dat sinds begin 2001 door een inspuiting vervangen werd). Het vaccin bezorgt meestal een levenslange bescherming. Omdat het virus nog steeds circuleert in delen van Afrika en Azië wordt een eenmalige herhalingsinenting tegen polio aangeraden, ook voor een korte tropenreis. Eén inspuiting vanaf de leeftijd van 16 jaar volstaat om levenslang beschermd te blijven indien er vroeger een volledige vaccinatie werd gegeven. Indien nooit eerder gevaccineerd : 2 inspuitingen met 2 maanden tussen en een derde na 12 maanden. Tijdelijk kan voor een langer verblijf in sommige landen waar het poliovirus nog circuleert toch een extra inenting nodig zijn (details zie www.itg.be).

Er bestaan 3 vaccins (de Sabin® drinkampule wordt niet meer gebruikt in België):

Imovax® Polio inspuiting € 9,65	Revaxis® inspuiting € 20,17	BoostrixPolio® inspuiting € 31,56
– vaccin tegen polio alleen	– gecombineerd vaccin tegen tetanus, difterie én polio voor personen vanaf 6 jaar	- gecombineerd vaccin tegen tetanus, difterie, kinkhoest én polio voor personen vanaf 4 jaar

4. MAZELEN

Voor niet-gevaccineerde personen geboren vanaf 1-1-1970 die geen mazeleninfectie hebben doorgemaakt is vaccinatie aangewezen, 2 injecties met het mazelen-bof-rubellavaccin, met minimaal 1 maand tijd tussen.

5. HEPATITIS A (geelzucht) www.who.int/ith → disease distribution maps

Hepatitis A is een besmettelijke leverontsteking, die overgedragen wordt via voedsel, drank of voorwerpen die direct of indirect in aanraking zijn geweest met stoelgang. Het verloop van de ziekte is meestal mild, maar kan meerdere maanden aanslepen. In de geïndustrialiseerde landen is de kans op infectie erg klein, gezien de goede hygiëne. In ontwikkelingslanden blijft de kans op infectie hoog. Vaccinatie wordt door de WGO aanbevolen voor alle reizigers naar Afrika, Latijns-Amerika en Azië. Wie vroeger de ziekte heeft doorgemaakt, is levenslang beschermd en zal zich dus nooit hoeven te laten vaccineren (best door een labotest laten bevestigen). Antistofdosering na vaccinatie is alleen aangewezen bij verminderde immuniteit.

Epaxal®, Havrix®, Vaqta®:

- 14 dagen na één injectie bereikt men nagenoeg 100 % bescherming, gedurende minstens 1 jaar
- een tweede inenting na 6 à 12 maanden geeft bij iemand met normale immuniteit een **levenslange** bescherming

– zelfs al verliepen er meerdere jaren tussen deze 2 injecties, men hoeft nooit de serie opnieuw te beginnen
– de kostprijs **per dosis** : Epaxal® 39,58 € (vanaf 1 jaar); Havrix® € 45,66 (volwassene) en Havrix Junior® € 30,04 (1-15 jaar) **(2X)**; Vaqta® € 51,53 en Vaqta junior® €33,68 (1-17 jaar) **(2X)** deze vaccins kunnen door elkaar gebruikt worden

Indien vaccinatie tegen **hepatitis B** ook aangewezen is (zie verder), wordt een combinatievaccin toegediend (Twinrix® 3 injecties: volw. € 54,60/dosis; kind. tot 15 j. € 41,05/dosis); omdat Twinrix® maar ½ van de hepatitis A-vaccindosis bevat, is men pas na 2 dosissen Twinrix® voldoende beschermd tegen Hepatitis A gedurende minstens 1 jaar.

6. BUIKTYFUS

Buiktyfus is een ernstige infectie, die met hoge koorts gepaard gaat; in het begin is er zelden diarree. De overdracht gebeurt door inname van besmet voedsel of water. Nogmaals een reden om de richtlijnen om diarree te voorkomen nauwkeurig toe te passen. De kans op besmetting is eerder laag (en veel lager dan het risico voor besmetting door hepatitis A), zij is het hoogst in Noord- en Noordwest-Afrika, India en Peru. Vaccinatie beschermt ongeveer 60-70 % gedurende 3 jaar, en wordt aangeraden voor tropenreizen langer dan 3 weken of voor avontuurlijke reizen, zelfs indien korter dan 3 weken. Er bestaan twee soorten vaccins :

Vivotif®	Typherix®/Typhim Vi®
– 3 capsules, nuchter in te nemen, 1 capsule stipt om de 48 uur. Na inname nog 1 uur nuchter blijven. – inname liefst ten laatste 14 dagen vóór vertrek – niet samen met antibiotica of sommige antimalaria-middelen nemen; niet geschikt voor zwangeren – € 20,34; koel bewaren! Capsules niet openen of oplossen.	– éénmalige injectie, die zeer goed verdragen wordt – liefst ten laatste 14 dagen vóór vertrek – € 26,02

7. CHOLERA (www.who.int/ith → disease distribution maps)

Cholera wordt gekenmerkt door veelvuldige waterige ontlastingen waardoor snel uitdroging kan optreden. Cholera is een ziekte van arme mensen die in zeer slechte hygiënische omstandigheden leven en meestal ook ondervoed zijn. Het vroegere inspuitbare vaccin was weinig afdoende, en gaf dikwijls nevenwerkingen; het nieuwe drinkbaar choleravaccin is beter te verdragen en efficiënt. Voor een gezonde reiziger die de preventieve maatregelen tegen reizigersdiarree nauwkeurig toepast, is het risico om cholera op te lopen bijna volledig onbestaande, zelfs indien hij in een gebied reist waar een cholera-epidemie heerst. Door enkele Afrikaanse landen wordt nog steeds officieus een vaccinatiebewijs vereist. Om problemen op luchthavens of grensovergangen te vermijden, kan een extra stempel ("choleravaccinatie niet aangewezen; onbeperkte duur") hier dus soms zinvol zijn. Zo nodig zal de geneesheer er u één bezorgen. http://www.who.int/ith/maps/en/index.html

8. HEPATITIS B – (www.who.int/ith → disease distribution maps)

(Engerix® B, HBVAXPRO®: € 26,73 /dosis, kind. tot 15 j. € 16,99/dosis; 3 injecties, op dag 1-30-120 à 180, of 4 injecties op dag 1-7-21-360) (Twinrix® 3 injecties: volw. € 54,60/dosis, kind. tot 15 j. € 41,05/dosis) -
zelfs al verliepen er meerdere maanden of jaren tussen de verschilllende injecties, men hoeft nooit de serie opnieuw te beginnen - men is in principe levenslang beschermd, bij een positief antistofantwoord (wordt bekomen met 1 vaccinatieserie in meer dan 90-95 %). Vaccinatie wordt aanbevolen: **(1)** voor personen die dikwijls op reis zijn in Azië, Latijns Amerika en Afrika evenals personen die er langer dan 3-6 maanden

doorbrengen, en zeker voor kinderen die ginds verblijven, migranten en hun kinderen die naar hun land van herkomst reizen ("VFR travelers" visiting friends and relatives) **N.B.** er is ook risico voor besmetting bij verzorging van adoptiekinderen, weeskinderen of straatkinderen, zelfs indien verder de hygiënische levensstandaard gewaarborgd hoog is tijdens het ganse verblijf (besmetting via direct of indirect contact met mondslijmvlies, oogbindvlies en huidwondjes);

(2) voor reizigers die [(a)] mogelijk seksuele contacten hebben, acupunctuur, piercing of tattoeages laten uitvoeren [(b)] mogelijk medische en/of tand-ingrepen dienen te ondergaan, of [(c)] door hun activiteit (gevaarlijke sporten, avontuurlijke trekking) meer risico lopen op een trauma en dus op een medische verzorging in een ziekenhuis in minder goede hygiënische omstandigheden **(3)** hepatitis B vaccinatie [(a)] is verplicht voor personen met een beroepsrisico (medisch & verzorgend personeel), en [(b)] maakt ook deel uit van de basisvaccinatie van zuigelingen, kinderen en adolescenten in België. Bij volwassenen wordt 1-3 maanden na de **volledige** vaccinatieserie een antistofcontrole aangeraden; bij personen met een normale immuniteit betekent de aanwezigheid van (minstens 10 IE/ml) antistoffen een levenslange bescherming; dit wordt bekomen in meer dan 90-95% met 1 vaccinatieserie. Elke injectie telt, zelfs al verliepen er meerdere maanden of jaren tussen de verschillende injecties, men hoeft dus nooit de vaccinatieserie opnieuw te beginnen.

9. MENINGITIS DOOR MENINGOKOKKEN A, C, W, Y (Nimenrix®, Menveo®, € 53; 1 injectie, het is nog niet gekend na hoeveel jaar een rappelinenting moet worden gegeven, maar men veronderstelt momenteel een beschermingsduur van 5 jaar. Vaccinatie is aangewezen voor reizigers die tijdens de epidemische meningitisperiode (van eind december tot eind juni) in de landen van de Afrikaanse subsaharische meningitisgordel rondreizen, en er in nauw contact komen met de plaatselijke bevolking (o.a. reizen met openbaar vervoer, overnachten in local guesthouses, migranten die naar hun land van herkomst reizen en daar bij familie zullen logeren), of er gedurende meer dan 4 weken verblijven. Vaccinatie is verplicht voor de bedevaarders naar Mekka (moet 10 dagen voor de reis worden toegediend). Voor meer info zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be.

10. RABIËS (HONDSDOLHEID) (3 injecties: op dag 1-7-21/28 (prijs op aanvraag); bij een beet blijft steeds bijkomende vaccinatie nodig (2 injecties: op dag 1 & 3). Voor meer info zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be.

11. Japanse Encefalitis (Verre Oosten) (vaccin "Ixiaro®": (€ 83,28 x 2, op dag 1 & 28; rappel na 12-24 maanden, latere rappels nog niet bepaald). Beschermende maatregelen tegen muggenbeten vanaf de avondschemering zoals voor malaria zijn een doeltreffend alternatief! Voor meer info zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be.

12. Europese tekenencephalitis (FSME, TBE) (€ 34,50 x 3), **FSME-junior** (€ 29,64 x 3). Voor meer info over deze vaccinatie en het vermijden van tekenbeten, zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be.

13. Eventueel vaccinatie (of rappel) tegen **Influenza; Pneumokokken**; uitzonderlijk TBC (BCG)

DE PRIJZEN VAN DE VACCINS KUNNEN ONDERHEVIG ZIJN AAN ONVOORZIENE WIJZIGINGEN!

MALARIA (moeraskoorts, paludisme)

Malaria is een infectieziekte verwekt door een parasiet (*Plasmodium* genaamd), die overgebracht wordt door de steek van de anophelesmug. Er bestaan vijf verschillende soorten, waarvan de wijdverspreide

Plasmodium falciparum de gevaarlijkste is. De incubatietijd, de tijd tussen een besmettende steek en het uitbreken van de ziekte ligt gemiddeld tussen 10 dagen en 4 weken (zelden enkele maanden). Het ziektebeeld wordt gekenmerkt door koortsaanvallen maar kan in het begin lijken op een gewone griep. Soms kan op enkele dagen tijd een dergelijke aanval dodelijk aflopen indien niet tijdig een correcte behandeling wordt ingesteld.

Waar komt malaria voor ? KAART: www.who.int/ith → disease distribution maps

Malaria komt alleen voor in die gebieden waar anophelesmuggen aanwezig zijn : in de tropen en in een aantal subtropische gebieden. Vanaf 1500 tot 2500 m kunnen er minder tot geen anophelesmuggen voorkomen, afhankelijk van temperatuur en klimaat op die hoogte. In de meeste grote steden is er weinig of geen risico voor besmetting, behalve in Afrika, waar het risico wel reëel blijft. In de buitenwijken van de grote steden in Azië (o.a. India) kan het risico ook blijven bestaan. In een aantal gebieden varieert het risico zeer sterk volgens de seizoenen.

Hoe kan men malaria voorkomen ?

☐ **Het vermijden van muggenbeten is van kapitaal belang :** de anophelesmug steekt enkel tussen valavond en dageraad. Let op : ze is eerder klein en zoemt praktisch niet.

⇨ Draag 's avonds licht gekleurde kledij die zoveel mogelijk armen en benen bedekt. Smeer de niet bedekte delen van het lichaam in met een insectenverdrijvend middel op basis van Deet (20 à 50 %; voor kinderen en zwangere vrouwen liefst tussen de 20-30 %) b.v. Care-Plus® DEET, Moustimug®, Z-stop®, Anti-M®, OTC-repellent®, enz. en herhaal dit om de 4 à 6 uur (DEET 20-30 % geeft maar 4 à 6 uur bescherming; een hoger percentage DEET 40-50% geeft tot ongeveer 8 uur bescherming – **men kan er dikwijls toch de nacht niet volledig mee door!).** Niet-Deet-bevattende insectrepellents zijn minder onderzocht; producten op basis van citrodiol-extract van eucalyptusolie (Care-Plus® Natural, Mosegor®/Mosiguard®), picaridine (Care-Plus® Repel-it; Parazeet) en "IR3535" (werkt wel iets minder langduring tegen de malariamug) zijn echter goede en veilige producten; andere alternatieven zijn momenteel niet echt aan te bevelen.

⇨ Slaap 's nachts in kamers waar muggen niet binnen kunnen (muggengaas aan de ramen, gebruik electrisch verwarmde antimug-plaatjes; airconditioning weerhoudt de muggen niet altijd om te steken) of slaap onder een **muskietennet**, **dat met permethrine of deltamethrine geïmpregneerd is,** dat boven het bed wordt opgehangen en waarvan de randen onder de matras worden gestopt. Indien deze maatregelen correct worden uitgevoerd, vermindert men het risico op malaria reeds met minstens 80 à 90 %.

☐ **Preventief pillen innemen:** geen enkel geneesmiddel is voor de volle 100 % doeltreffend om malaria te voorkomen, zodat we steeds een combinatie van maatregelen moeten voorstellen. De gebruikte geneesmiddelen veranderen in de loop der jaren. Men moet steeds de voor- en nadelen van bepaalde geneesmiddelen afwegen in functie van de besmettingskans op malaria. Deze kans is afhankelijk van het bezochte land, maar ook van de bezochte streken in dat land, alsook van het seizoen waarin men reist, de verblijfsduur en het type reis (zie www.itg.be). Sommige personen kunnen bijwerkingen ondervinden bij de inname van malaria-geneesmiddelen. Deze zijn dikwijls slechts van milde aard en zijn niet altijd een reden om de inname te staken en een alternatief te overwegen. Soms dient men toch op een ander middel over te schakelen wegens het optreden van bijvoorbeeld maagdarmongemakken, allergische reakties of andere intolerantieverschijnselen. **De arts zal dus individueel bepalen welk antimalariamiddel**

het beste is. Dit verklaart waarom personen in eenzelfde groepsreis soms toch verschillende middelen dienen in te nemen.

<u>Voor gebieden met belangrijke resistentie tegen de oudere malariamiddelen (ZONE C op de malariakaart):</u>

ATOVAQUONE/PROGUANIL®: voor een volwassene **1 tablet per dag**, **1 dag voor aankomst in het malariagebied tot en met 7 dagen na** het verlaten van malariagebied; wordt **steeds bij de maaltijd** ingenomen of met een melkdrank, elke dag op hetzelfde tijdstip. Mag meerdere maanden ingenomen worden (=veel langer dan de 4 weken op de bijsluiter aangegeven; maar hou wel rekening met de kostprijs). Atovaquone/Proguanil kan gebruikt worden voor kinderen vanaf 5 kg, in aangepaste dosis. Atovaquone/Proguanil wordt uitzonderlijk ook gegeven aan zwangere vrouwen of vrouwen tijdens de borstvoeding. **Is > 95 % werkzaam.**
DOXYCYCLINE: voor een volwassene **1 tablet** (100 mg of ½ tab. 200 mg) **per dag**, **1 dag voor aankomst in het malariagebied tot 4 weken na** het verlaten van malariagebied**;** doxycycline dient met veel vloeistof te worden ingenomen of tijdens de maaltijd, elke dag op hetzelfde tijdstip. Mag meerdere maanden ingenomen worden. Doxycycline wordt niet gegeven aan kinderen < 8 jaar en zwangere vrouwen. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot schimmelinfecties van de mond en genitaliën, en tot fototoxische huiduitslag (zonne-allergie). **Is > 95 % werkzaam.**
LARIAM® : **1 tablet/week, op een vaste dag, 's avonds bij de maaltijd, tot 4 weken na terugkeer** of na het verlaten van malariagebied. Lariam® wordt niet gegeven aan kinderen die minder dan 5 kg wegen. Lariam® is toegestaan vanaf het tweede zwangerschapstrimester, maar in een aantal afgewogen gevallen ook reeds in het eerste zwangerschapstrimester. **Is > 95 % werkzaam** (minder werkzaam in verschillende gebieden van Thailand, Myanmar en Cambodia)
1. TEGENAANWIJZINGEN te bespreken met de arts
- **depressie,** zelfmoord-gedachten - andere **psychische klanten**, zoals **angst**stoornis (**angstaanvallen)**, schizofrenie of **psychose** (verlies van contact met de werkelijkheid) - stuipen (epilepsie of toevallen) - bepaalde hartritmestoornissen - bij vorige inname niet voldoende goed verdragen, allergie voor kinine, kinidine of Lariam - ernstige leverklachten of zwartwaterkoorts (een complicatie van malaria die het bloed en de nieren aantast).

2. STARTEN : steeds 3 tabletten ingenomen vóór vertrek		
<u>Indien Lariam ® nooit eerder werd ingenomen</u>	Klassiek :	In geval er geen tijd meer is vóór vertrek & <u>alleen indien Lariam ® reeds eerder goed verdragen</u>
Doe een **"tolerantietest"** = 1 tablet per week 2 - 4 weken voor vertrek **= minstens 3-4 tabletten in te nemen voor vertrek**	Neem 1 tablet/week, te starten ruim 2 weken voor vertrek **of** neem 1 tabl./dag gedurende **2 dagen, ruim 1 week vóór vertrek** (<u>oplaaddosis</u>), en neem verder 1 tabl./week	Neem **1 tablet per dag gedurende de 3 opeenvolgende dagen vlak vóór vertrek** (<u>oplaaddosis</u>), en neem verder 1 tablet per week

3. MOGELIJKE NEVENWERKINGEN		
De grote meerderheid verdraagt Lariam® zonder problemen	Intolerantieverschijnselen kunnen zijn : **STORENDE DRAAIDUIZELIGHEID, SLAPELOOSHEID, NACHTMERRIES, RUSTELOOSHEID, OPGEJAAGD GEVOEL, GEVOEL VAN KORTADEMIGHEID, AANDACHTSPROBLEMEN, GEVOEL VAN VERWARDHEID, ONGEWOON SCHOMMELENDE STEMMINGSWISSELINGEN, GEVOELENS VAN WANTROUWEN TEN OPZICHTE VAN ANDEREN (PARANOIA), ONGEWOON GEDRAG OF AGGRESSIVITEIT (ONGEWONE BOOSHEID), ONVERKLAARBARE ANGST, ERNSTIGE ANGSTGEVOELENS, PANIEKAANVALLEN, NEERSLACHTIGHEID TOT DEPRESSIEVE GEVOELENS, ZELFMOORDGEDACHTEN, GEDRAG WAARBIJ MEN ZICHZELF IN GEVAAR BRENGT, PSYCHOSE (VERLIES VAN CONTACT MET DE WERKELIJKHEID, HALLUCINATIES (DINGEN ZIEN OF HOREN DIE ER NIET ZIJN). OOK: HOOFDPIJN, HARTKLOPPINGEN,** en zelden **MAAGDARMBEZWAREN** ***75% van de intolerantie-verschijnselen treden op ter gelegenheid van de eerste drie pillen; 95% heeft zich aangediend na de eerste 6 pillen; de kansen op nevenwerking nemen dus duidelijk af naarmate men het product langer verdragen heeft. Soms kunnen nevenwerkingen toch nog laattijdig optreden, of nog worden uitgelokt door stress en / of oververmoeidheid, slapeloosheid.***	Uiterst zelden : epilepsie, hallucinatie (1/10.000)
Mag vele maanden ingenomen worden	**Soms treden deze nevenwerkingen maar zeer geleidelijk op waardoor ze relatief laattijdig onderkend worden – wees hiervoor alert.** Onmiddellijk en definitief stoppen bij ernstige nevenwerkingen! Overweeg Lariam® te stoppen indien te lastig, en schakel over naar een ander antimalariamiddel. Bij neveneffecten, pleeg zo VLUG mogelijk overleg met de voorschrijvende arts OF met een arts met ervaring OF (indien op het ITG voorgeschreven) mail naar info@itg.be en vermeld in de titel “Lariam”.	Onmiddellijk en definitief stoppen

4. ALTERNATIEVEN: men kan **op rei**s zonder problemen overschakelen van de ene dag op de andere naar:

Atovaquone/Proguanil: 1 tablet per dag. Indien men reeds in malariarisicogebied vertoeft of er geweest is, en er wordt overgeschakeld naar Malarone als malariapreventie (of men heeft meer dan 1 pil vergeten in te nemen), dan moet Atovaquone/Proguanil altijd worden doorgenomen tot **minstens 4 weken na die omschakeling** – dit betekent in een aantal situaties dat het langer dan de voorgeschreven 7 dagen na het verlaten van het malariarisicogebied moet ingenomen worden:

- Verandering ≥ 3 weken voor terugreis: inname tijdens de rest van het verblijf - tot 7 dagen na het verlaten van het malariagebied
- Verandering < 3 weken voor terugreis: inname tot **4 weken** na de omschakeling
- Verandering na terugreis (= na het verlaten van het malariagebied): nog **4 weken** innemen

Atovaquone/proguanil is meer dan 95 % werkzaam en mag zeker maandenlang gebruikt worden (hou rekening met de kostprijs).

Doxycycline: 1 tablet 100 mg of ½ tab. 200 mg /dag, te starten 1 dag voor vertrek tot 4 weken na het verlaten van malariagebied. Niet voor kinderen < 8 jaar en zwangere vrouwen. Doxycycline dient zittend en met veel vloeistof te worden ingenomen of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot schimmelinfecties van de mond en genitaliën en fototoxische huiduitslag (zonne-allergie). Doxycycline is > 95 % werkzaam en mag maandenlang gebruikt worden.

Malariageneesmiddelen worden enkel verstrekt op voorschrift van de door u geconsulteerde arts.

In geval van koorts tijdens of na een verblijf in malariagebied dient u zo vlug mogelijk competente medische hulp te zoeken.

Tot slot : omdat geen enkele maatregel 100% doeltreffend is om malaria te voorkomen, moet u **bij koorts in de eerste 3 maanden na terugkeer uit de tropen steeds aan de mogelijkheid van een malaria-infectie denken**, zelfs indien u op correcte wijze het voorgeschreven geneesmiddel hebt ingenomen. Tijdig herkende malaria is perfect te behandelen, zonder gevaar voor terugkerende aanvallen. "Eens malaria, altijd malaria" is een fabel.

ENKELE ANDERE TIPS

- Vertrek in goede gezondheid. Laat voor een lange reis de tanden verzorgen.
- De genoemde geneesmiddelen worden enkel verstrekt op voorschrift van de door U geconsulteerde arts.
- Het afsluiten van een goede reisbijstandsverzekering is essentieel.
- Info over (o.a. veiligheid in) het land van bestemming: http://diplomatie.belgium.be
- Let op met vloeistoffen in handbagage – max 100 cc per flacon
- Respecteer in het verkeer dezelfde veiligheidsnormen als thuis (zeker ook qua alcoholgebruik) en gebruik in ieder geval de veiligheidsgordel (indien aanwezig) in de auto.
- Zonnebaden moet absoluut met mate genomen worden. Beschermende kledij en hoofddeksel zijn aangewezen. Op de onbeschermde huidgedeelten brengt men geregeld en overvloedig zonnecrèmes aan met hoge beschermingsfactor.
- Een frequent probleem bij reizigers in ontwikkelingslanden zijn wondinfecties en zweren. Elke verwonding, hoe banaal ook, zal men zorgvuldig schoon maken, waarna men een krachtige ontsmettende zalf aanbrengt. Op fors jeukende insectenbeten brengt men ’s avonds éénmalig een cortisone-crème aan, om te verhinderen dat men die tot wonden krabt.
- **Andere onderwerpen** die u eventueel met uw arts dient te bespreken zijn: reisziekte (wagenziekte, etc.); hitte en zonneblootstelling, beten en steken; problemen verbonden met vliegtuigreizen : aëro-otitis en aëro-sinusitis, jet lag, risico voor diepe veneuze thrombose (“diepe flebitis”), pijn en zwelling in het been in de dagen (soms weken) na thuiskomt na lange vlucht, hoogte; problemen van hoogteziekte; contraceptie; duiken; met kinderen op reis; als zwangere op reis; met chronische ziekte op reis; inname immuunonderdrukkende geneesmiddelen.
- **Dengue & chikungunya.** In Latijns-Amerika en in Azië komt vrij veel dengue- en chikungunya-koorts voor, minder in Afrika. Het zijn virale infecties die overgebracht worden door muggen die overdag steken. Dengue wordt gekenmerkt door koorts en meestal felle spierpijnen; bij Chikungunya staan gewrichtsontstekingen op de voorgrond. Uiterst zeldzaam kan Dengue-koorts dramatisch verlopen met bloeddrukval en bloedingen, maar die mits goede medische verzorging bijna steeds een gunstige afloop kent. Er is geen vaccin en er zijn geen doeltreffende geneesmiddelen. De ziekten genezen vanzelf, maar er kan een vrij lange herstelperiode volgen. Men kan enkel paracetemol voor de koorts gebruiken. Preventie

= antimugmaatregelen toepassen overdag. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be. Kaarten zie www.who.int/ith → disease distribution maps

- **Hondsdolheid** (Rabiës) bestaat nog in vele landen. Vermijd contact met loslopende honden, (tamme) wilde dieren en dierenkadavers. In geval van dierenbeet dient men de wonde eerst met water en zeep uit te wassen en naspoelen, vervolgens te ontsmetten met isobetadine, e.d. Raadpleeg dan ook onmiddellijk een arts, om te oordelen of vaccinatie (al of niet met gammaglobuline) nodig is. Kaart zie www.who.int/ith → disease distribution maps. Voor meer info over voorafgaande vaccinatie, zie www.itg.be www.reisgeneeskunde.be
- **Schistosomiase** (ook bilharziose genoemd) is een wormaandoening die men kan oplopen tijdens het zwemmen of baden in besmet **zoet** water. Dit komt voor in het grootste deel van Afrika en in beperkte delen van Zuid-Amerika en het Nabije en Verre Oosten. Het risico op bilharziose is het grootst in stilstaand water (zeker in stuwmeren), maar ook in de rivieren (grote of kleine, snel- of traagstromend) kan besmetting optreden. Er bestaat geen preventieve medicatie noch vaccin. Men vermijdt dus best om te baden of te zwemmen in zoetwater. Indien men toch in mogelijk besmet water geweest is, is een controle na 3 maanden wenselijk (serologie, eosinofilie). Uitzonderlijk kunnen zich reeds ernstige complicaties in de eerste maanden na mogelijke blootstelling voordoen (bloed in de urine, verlamming), dan moet men onmiddellijk een arts raadplegen. Kaart zie www.who.int/ith → disease distribution maps. Zie kaarten per land: http://www.who.int/schistosomiasis/epidemiology/global_atlas_maps/en/index.html
- Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen kan het nuttig zijn zich enkele spuiten en naalden bij de apotheek aan te schaffen, voor het geval u een inspuiting op reis zou nodig hebben (+ attest dat het bezit ervan om medische redenen legitimeert). **Van belang is elke inspuiting te weigeren zolang men geneesmiddelen langs de mond kan innemen.**

TERUG THUIS

Indien u in de maanden volgend op uw reis last hebt van **koorts, diarree, buikpijn, huidaandoeningen of jeuk**, denk er dan aan dat er een verband met uw reis kan zijn. Meld uw behandelende arts dat u in de tropen gereisd hebt of maak een afspraak met ons in de voormiddag.

Personen die gedurende maanden avontuurlijk rondgereisd hebben laten best een **TBC** controle uitvoeren vanaf 2 maanden na terugkeer.

Raadpleeg ook de arts indien u **seksuele risico's** liep, ook al zijn er geen symptomen.

Er is een **WEBSITE** voor uitgebreider reisadvies : www.itg.be/ → reisgeneeskunde.be

TRAVELFOON: via het nummer **0900/101 10** (€ 0,15 per 20 seconden) kan de travelfoon op werkdagen tussen 8.30 en 17 uur geraadpleegd worden.

Aan BEHANDELEND GENEESHEER .....

PREVENTIESCHEMA

🗁 Gelieve dit boekje te bewaren

Alle toegediende vaccins worden in het "gele boekje" genoteerd
Alle vaccins dienen koel te worden bewaard, maar mogen niet worden ingevroren

☐ Gele koorts op ..... 10 jaar geldig

Tedivax PA® Tetanus + difterie ▪1° …… . (▪ 2° ……. ▪ 3° …….) 10 jaar geldig

Revaxis® Tetanus-Difterie-Polio ▪1° ….. …..(▪ 2° …….. ▪ 3° ……..) 10 jaar geldig

Imovax- Polio® Polio ▪1°……(▪ 2°……. ▪ 3° ……) levenslang geldig

Boostrix® Tetanus-Difterie-Kinkhoest / **BoostrixPolio®** ▪ …….. (eenmalig)

Mazelen Mazelen-Bof-Rubella ▪1°……(▪ 2°…… ……) levenslang geldig

☐ Hepatitis A/B

– (A) **Epaxal®, Havrix®1440/720, Vaqta®/Vaqta junior** Hepatitis A:

1° inspuiting op …… 1 jaar geldig

2° inspuiting (na 6-12 maanden) op …… levenslang geldig

– (B)**Engerix®B, HBVAXPRO® of** (A&B)**Twinrix®** Hepatitis B:

1° inspuiting op …… - levenslang na geslaagde

2° inspuiting (na 1 maand of ……..) op …… vaccinatie

3° inspuiting (na 4 - 6 maanden of ……..) op …… (meer dan 90-95% kans na

(eventuele 4° inspuiting na ……) op …… - 1 serie)

☐ Buiktyfus

- **Typherix®/Typhim Vi® of Vivotif®** op …… 3 jaar geldig

☐ Meningokokkenmeningitis

- **Menveo®, Nimenrix®** op …… 5 jaar geldig

☐ Rabiës ▪1° ……. ▪ 2° ……. ▪ 3° ……..

☐ Japanse Encefalitis **Ixiaro®** ▪1° …… ▪ 2° ……. …… jaar geldig

Malaria

☐ Altijd maatregelen om muggensteken te beletten (o.a. muggenrepellent, geïmpregneerd muggennet)

☐ **Atovaquone/Proguanil generisch**; **Malarone®** (12 tab. = € 26,48; €30,90), 1 tabl./dag, 1 dag voor aankomst in het malariagebied tot 7 dagen na terugkeer
Bij de maaltijd in te nemen – in specifieke gevallen wordt Atovaquone/Proguanil gebruikt als noodbehandeling.

☐ **Doxycycline** 1 tab.100 mg of ½ tab. 200 mg /dag, (ongeveer ½ euro per dosis, gedeeltelijk terugbetaald), in zittende houding met veel vocht of tijdens de maaltijd
➔ start op ..... tot 4 weken na verlaten van malariagebied

☐ **Lariam®** (8 tab. = € 31,72), 1 tablet per week, bij de avondmaaltijd

☐ Nivaquine® (100 tab. = € 4,66), 3 tab. per week, in één inname, bij de avondmaaltijd
➔ start op ..... tot 4 weken na verlaten van malariagebied

Reisapotheek

☐ Antidiarreemiddel:
loperamide generisch / Imodium®
ciprofloxacine generisch / Ciproxine; ofloxacine generisch/Tarivid,
norfloxacine generisch/Zoroxin®
azithromycine generisch/ Zitromax
☐ Ontsmettingsmiddel huidwonden; anti-jeukcrème
☐ Insectverdrijvend middel.....
☐ Andere (ook digitale thermometer)……..

stempel arts

Bijlage 7: Reisapotheek

Dit neem je best mee op reis (afhankelijk van uw bestemming)

- paracetamol (pijnstillend, koortswerend)
- ontsmettingsmiddel op basis van jodium (wonden)
- brandwondenzalf (zilversulfadiazine)
- insectenwerend middel (op basis van Deet)
- ORS-oplossing (tegen uitdroging en diarree/ braken)
- Zonnebrandolie(factor 30-50) en after-sun
- ontzwellende neusspray
- zalf tegen insectenbeten (voor en na)
- Middel tegen reisziekte

Algemene tips:

- neem uw medicamenten mee in uw handbagage.
- vermijd dat uw geneesmiddelen blootgesteld worden aan extreme temperaturen.
- vergeet niet uw persoonlijke geneesmiddelen mee te nemen (tegen diabetes, hoge bloeddruk...). Vraag desnoods een voorschrift aan uw dokter.
- neem uw inentingskaart en de kaart met uw bloedgroep mee.

Nuttig om mee te nemen

een koortsthermometer, een schaar, veiligheidsspelden, een pincet voor splinters, voor teken, muskietennet, een zonnebril, een hoed of petje, talkpoeder, pleisters, steriele kompressen, steunverband, elastische verbanden, ontsmettingsmiddel om water drinkbaar te maken, drinkbeker en drinkwater in handbereik...

Bijlage 8: Fiche Hepatitis A Hoge Gezondheidsraad

Inleiding

Een hepatitis A infectie is een zeer besmettelijke leverontsteking veroorzaakt door het hepatitis A virus (HAV). Bij zuigelingen en kleuters verloopt de infectie meestal asymtomatisch. Vanaf 5 jaar zal meer dan de helft van de geïnfecteerden de ziekte symptomatisch doormaken. Dit loopt op tot 80-90 % bij geïnfecteerde adolescenten en volwassenen. De belangrijkste symptomen zijn koorts, misselijkheid, vermoeidheid en eetlustverlies. Na enkele dagen kan geelzucht verschijnen, met donkere urine en soms ontkleurde stoelgang. Het acute ziektebeeld duurt gemiddeld 2 à 3 weken, gevolgd door een herstelperiode van soms enkele maanden. In 1 % van de gevallen kan het verloop fulminant zijn met acuut leverfalen en hoge mortaliteit. Boven de leeftijd van 40 jaar stijgt het risico tot bijna 2 %. In 10 % van de gevallen kan het verloop van een hepatitis A infectie wat langer aanslepen met de mogelijkheid van herval na enkele weken of maanden. Een hepatitis A infectie wordt echter nooit chronisch.

De incubatieduur is gemiddeld 30 dagen (15-50 dagen). Het HAV wordt overgedragen via (met stoelgang) besmet voedsel of drinkwater of door rechtstreekse faeco-orale transmissie. Een HAV-geïnfecteerde kan besmettelijk zijn van 2 tot 4 weken vóór het begin van de geelzucht tot het verdwijnen van de klinische symptomen.

De incidentie van klinische hepatitis A gevallen in België werd in 1982-1984 geschat op 72/100.000 per jaar. In 1991-1992 werd dit op 23/100.000 geschat (meting via de huisartsenpeilpraktijken). Registratie via een netwerk aan peillaboratoria wijst op een verdere dalende trend. Deze vermindering wordt toegeschreven aan de verbeterde hygiënische, sanitaire en socio-economische omstandigheden. Op basis van een sero-epidemiologisch onderzoek van 2002 wordt de prevalentie van hepatitis A antistoffen boven de leeftijd van 50 jaar (geboren voor 1959) op meer dan 50 % geraamd.

Sinds 1992 beschikt men in België over zeer efficiënte en veilige hepatitis A vaccins (geïnactiveerd virus); sinds 1996 bestaat ook een gecombineerd hepatitis A en B vaccin.

Aanbevelingen en vaccinatieschema

Het monovalent hepatitis A vaccin wordt intramusculair in de M. deltoideus toegediend: 2 injecties met 6 à 12 maanden tussentijd. De bijsluiter vermeldt dat er na de tweede dosis een bescherming is van minstens 10 jaar, maar wetenschappelijke studies tonen aan dat deze bescherming minstens 25 jaar duurt. Hoewel twee dosissen nodig zijn voor langdurige bescherming, heeft men een nagenoeg 100 % bescherming tot 1 jaar na toediening van de eerste dosis. Er bestaan verschillende hepatitis A vaccins met eigen schemata en doseringen. Hepatitis A vaccins, waarvan sommige in pediatrische vorm bestaan, kunnen worden toegediend vanaf de leeftijd van 1 jaar. Zie respectieve bijsluiters en fiche "Vaccins beschikbaar in België".

Groepen waarvoor hepatitis A vaccinatie aanbevolen is:

- Reizigers naar endemische gebieden.
- Homoseksuele en biseksuele mannen.
- Levertransplantatiekandidaten.
- Patiënten met chronisch leverlijden (waaronder hepatitis B & C patiënten).
- Hemofiliepatiënten.
- Contactpersonen van een hepatitis A patiënt.
- Personeel en residenten van instellingen voor mentaal gehandicapten.
- kinderen en adolescenten van migranten die op reis naar land van oorsprong gaan.
- Personen werkzaam in de voedselketen.
- Personen die in nauw contact komen met een recent geadopteerd kind afkomstig uit een land met hoge hepatitis A prevalentie. De eerste dosis moet bij voorkeur twee weken voor aankomst van het adoptiekind toegediend zijn.

Vooraleer te vaccineren is het zinvol om bij mensen die ouder zijn dan 60 jaar, personen die meer dan een jaar in de tropen of subtropen hebben doorgebracht of die een voorgeschiedenis van geelzucht hebben, een serologische HAV-screening uit te voeren. De aanwezigheid van HAV-antistoffen na de infectie betekent levenslange immuniteit en maakt vaccinatie overbodig.

Er bestaat een specifieke reglementering voor de vergoeding van het hepatitis A vaccin (soms onder vorm van het gecombineerde hepatitis A en hepatitis B vaccin) voor bepaalde categorieën werknemers in het kader van het Fonds voor de Beroepsziekten.
http://www.fmp-fbz.fgov.be/web/content.php?lang=nl&target=citizen#/prevention-vaccines.

Ongewenste effecten en tegenaanwijzingen

Lokale nevenwerkingen zijn weinig frequent. Koorts en andere algemene symptomen zijn zeer zeldzaam. Zwangerschap is geen contra-indicatie.

Voor een volledige beschrijving verwijzen we naar de publieksbijsluiter van het FAGG of naar de algemene gegevens over vaccins van het BCFI.
http://www.fagg-afmps.be/nl/MENSELIJK_gebruik/geneesmiddelen/geneesmiddelen/bijsluiters/
http://www.bcfi.be/GGR/Index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG/MPG_LA.cfm

Immunisatie na blootstelling

Hepatitis A immunoglobulinen zijn niet langer beschikbaar in België. De aanbevolen profylaxe na blootstelling is hierdoor teruggebracht tot de toediening van het hepatitis A vaccin. Wetenschappelijke studies wijzen uit dat het hepatitis A vaccin beschermt in geval van toediening binnen de week na blootstelling.

Bijlage 9: Protocol

STUDIEPROTOCOL
Onderzoeksproject in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde

Onderzoekstitel

Reisadvies bij “visiting friends and relatives” (VFR), een praktijkverbeterend project.

Studiecentra

WGC ’t Spoor (wijkgezondheidscentrum)

Dr. Eline Braet (huisarts in opleiding)
Dr. Jo Bernagie (praktijkopleider)
Dr. Stefan Morreel
Dr. Veronique Vandermaelen

Guldensporenstraat 84
2140 Borgerhout
Tel: 03/217 21 10
Fax: 03/667 70 18
www.wgctspoor.be

Universiteit Gent (Vakgroep huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg)

Professor dr. Dirk Avonts
(Zelfstandig academisch personeel, Professor)

De Pintelaan 185 6K3
9000 Gent
Tel: 09/332 33 12
Fax: 09/332 49 67

Co-promotor vanuit het ITG

Dr. Emmanuel Bottieau

Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG)
Kronenburgstraat 43/3

2000 Antwerpen

1.Inleiding

Het idee om te werken rond reisadvies bij “visiting friends and relatives” is ontstaan uit een vraag vanuit het Tropisch Instituut te Antwerpen (ITG).

Mensen die reizen met als doel vrienden en familie te bezoeken is een vergeten groep. Vaak wordt geen reisadvies gegeven en er zijn extra interventies nodig om deze mensen te bereiken. Uit voorgaand onderzoek bij vlaamse huisartsen blijkt dat de meerderheid van de huisartsen vindt dat reisadvies idealiter in de huisartspraktijk wordt gegeven. Waarbij scholing ervoor zorgt dat de huisarts zich confortabeler voelt bij het geven van dit advies. In een multiculturele praktijk WGC ’t spoor (Borgerhout) hebben we nagekeken of er vaak reisadvies wordt geregistreerd, dat bleek niet het geval. Ook het aantal Hepatitis A (HAV) -vaccineringen blijkt slechts bij 40 mensen in de praktijk gebeurd te zijn (op een patiëntenbestand van 2486 patiënten), hoewel de meerderheid van de patiënten in de zomer naar Marokko gaat (een land waarvoor HAV-vaccinatie wordt aanbevolen). Een andere aanleiding voor dit praktijkverbeterend project is een recente besmetting van een gezin met hepatitis A.

2.Doelstellingen

Het project heeft twee doelstellingen. De **eerste doelstelling** bestaat erin het vermeerderen van het aantal consulten die rond reisadvies gaan bij de populatie in het wijkgezondheidscentrum ’t Spoor in Borgerhout. We gaan het aantal consulten reisadvies trachten op te drijven door dit te promoten bij de patiënten via de praktijknieuwsbrief, folders, informatiesessies, dit in samenwerking met een aantal sleutelfiguren uit de plaatselijke Marokkaanse gemeenschap. Ook gaan we de dokters in het centrum er extra alert op maken om mee te denken aan reisadvies, door middel van een infosessie om de kennis rond reisadvies op te frissen.

Bij de vraag naar een consult voor reisadvies gaan we evalueren en noteren hoe deze mensen op de hoogte zijn gebracht van de noodzaak om reisadvies in te winnen, zodat we kunnen bekijken wat de belangrijkste informatiekanalen zijn. Ook gaan we meten of het aantal consulten reisadvies met de bovengenoemde interventies omhoog gaat.

Een **tweede doelstelling** is om de immuunstatus voor hepatitis A te verbeteren in de praktijkpopulatie die op reis gaat. Het HAV-vaccin zit niet in het basisvaccinatieschema, maar wordt wel aanbevolen bij een reis naar Afrika en dus ook naar Marokko. Dit willen we bereiken door de immuunstatus van HAV te controleren in de groep van patiënten die er eventueel immuun voor zou kunnen zijn en diegenen vaccineren die nog niet immuun zijn. Voor het project van start gaat wordt er gecontroleerd wie er reeds gevaccineerd is in de praktijk. Na afloop van de zomervakantie herhalen we deze meting nog eens om de vergelijking te maken.

3.Studieduur

De studie begint vanaf de goedkeuring van het ethisch comité (ten vroegste 1 april) tot 31 mei 2016.

4. Studiepopulatie

Kenmerken van de populatie:

De studiepopulatie betreft mensen binnen de praktijkpopulatie die op reis gaan met als doel vrienden of familie te bezoeken. De praktijkpopulatie is grotendeels allochtoon, met een grote concentratie aan patiënten van Marokkaanse origine.

Dit kunnen mensen zijn van alle leeftijden en van beide geslachten.

De rekrutering van deze populatie zal via folder, nieuwsbrief en in samenwerking met personen uit de plaatselijke Marokkaanse gemeenschap gaan.

Aantal deelnemers

We hopen een populatie van 25 tot 100 personen te kunnen rekruteren.

5. Methodologie

Opleiding artsen

Opfrissing kennis over reisadvies aan de hand van een les over hoe gebruiken van de site van het ITG en de brochure “gezond op reis” van het ITG.

Rekrutering

De rekrutering zal door middel van promotiemateriaal zoals folders in het kabinet, nieuwsbrief gaan, dit in samenwerking met sleutelfiguren uit de plaatselijke Marokkaanse gemeenschap.

Aanmelding bij een arts

1. Bij patiënten die op reis willen gaan en dit vermelden gedurende een ander consult, moet de arts:
    a. Folder meegeven en een informatieformulier meegeven
    b. “uitleg en advies reisvaccinaties” in de planning zetten
2. Bij het consult reisadvies:
    a. Ondertekenen informed consent nadat het informatieformulier is overlopen met de patiënt.
    b. Navragen hoe ze van reisadvies consult wisten en dit ook noteren op formulier. (zie bijlage 3)
    c. Coderen bij actieve ziekte: reisadvies + specifiëring land.
    d. Reisadvies geven aan de hand van site en brochure “gezond op reis” van het ITG of doorverwijzing naar ITG zo nodig (bijvoorbeeld voor vaccinatie gele koorts)
    e. In de planning:
        i. Vaccinaties (bij verpleger Hendrik, met steeds een arts in de praktijk)
        ii. Eventueel bloedname voor HAV als patiënt geboren is in endemisch gebied
    f. Voorschriften meegeven voor eventuele vaccinaties en/of medicatie
    g. Afspraak geven bij verpleger voor toediening vaccinaties.
    h. Optioneel: doorverwijzing ITG zo nodig
    i. Noteer naam en telefoonnummer en mail naar Dr. Eline Braet
3. Consult verpleger:
    a. Noteer gegeven vaccinaties in gele boekje door arts
    b. Als patiënt niet op afspraak is, dit doorgeven aan Dr. Eline Braet zodat deze de patiënt kan contacteren over de reden waarom de patiënten niet zin komen opdagen.

Interventioneel onderzoek

Met als onderzochte interventie het promotiemateriaal en de opfris-les van de artsen.

Verwerking resultaten

Aantal hepatitis A gevaccineerden en het aantal gecodeerde consulten reisadvies nakijken in het patiëntenbestand op 31 maart 2015 met behulp van clinidoc (medische programma), voor de start van het project.

Na afloop van het project het aantal hepatitis A gevaccineerden en het aantal gecodeerde consulten reisadvies nakijken in het patiëntenbestand.

Deze getallen statistisch analyseren met behulp van het statistisch programma SPSS.

Na afloop van het project analyseren welk informatiekanaal het meest nuttig blijkt te zijn voor het rekruteren van patiënten voor het project aan de hand van de genomen nota's bij aanmelding voor reisadvies.

6. Inclusiecriteria

Patiënten in de praktijkpopulatie die op reis gaan met als doel familie of vrienden te bezoeken.

7.Exclusiecriteria

Er zijn geen exclusiecriteria aan dit onderzoek verbonden.

9.Ethische Comissie

De studie zal worden uitgevoerd volgens "good medical practice" zoals vastgesteld in de richtlijnen van ICH/GCP en inde verklaring van Helsinki van 2013. De studie zal worden voorgelegd aan de ethische commissie van de Universiteit Gent. Geschreven goedkeuring van de betreffende commissie moet in het bezit zijn van de onderzoekers alvorens de studie start. Deze goedkeuring moet verwijzen naar de juiste protocolversie (nummer en titel) met identificatie identificatie van de ingediende documenten en de ingediende datum.

De ethische commissie moet op de hoogte worden gebracht van elke verandering doe wordt aangebracht in het protocol aangaande amandementen, verandering in informed consent, revisie van documenten, nieuwe informatie die de veiligheid van de deelnemers kan beïnvloeden, veranderingen in het protocol wanneer de studie ten einde is.

10.Informed consent

Geïnformeerde schriftelijke toelating zal bij elke patiënt, die deelneemt worden ondertekend.

Als de patiënt weigert om dit te ondertekenen zal dit geen repercussies hebben naar het verdere beleid bij deze patiënt.

11. Financiële aspecten

De aankoop van eventuele vaccinaties en medicijnen is voor de rekening van de patiënt. Wel gaan wij als artsen steeds met de patïent bekijken wat de goedkoopste oplossing is om deze te kopen, alsook zo nodig terugbetaling vanuit de mutualiteit aanvragen en hiervoor de nodige attesten invullen(Dit is echter afhankelijk van de mutualiteit en zal casus per casus worden bestudeerd).

11.Referenties

1. Marechal F, Goedhuys J, Analyse van de verstrekking van medisch reisadvies in de Vlaamse huisartsenpraktijk a.h.v. een literatuurstudie en een steekproefsgewijze enquête, 2010-2011

2. Vandamme T, Avonts D, Geïndividualiseerd reisadvies in de (huisarts)praktijk: de huisarts als meest persoonlijke reisgids, 2013-2014

3. Casuccio A, Immordino P,Visiting friends and relatives (VFRs) role on imported malaria: a literature review, Epidemiol Prev, 2014 Nov-Dec;38(6 Suppl 2):23-8.

4. Neave PE, Behrens RH, Jones CO,"You're losing your Ghanaianess": understanding malaria decision-making among Africans visiting friends and relatives in the UK. Malar J. 2014 Jul 27;13:287. doi: 10.1186/1475-2875-13-287.

5.Bui YG1, Trépanier S, Cases of malaria, hepatitis A, and typhoid fever among VFRs, Quebec (Canada). J Travel Med. 2011 Nov-Dec;18(6):373-8.

6. Jong EC, United States epidemiology of hepatitis A: influenced by immigrants visiting friends and relatives in Mexico? Am J Med. 2005 Oct;118

7“Brochure Gezond op reis” Laatst bijgewerkte versie (05/01/2015 – AVG) zie: www.reisgeneeskunde.be .Instituut voor Tropische Geneeskunde. Stichting van openbaar nut.

Bijlage 10: Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0454	11-jun-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Reisadvies bij visiting friends and relatives (VFR) - (Manama Eline Braet)

Belgisch Registratienummer: B670201524609

* Toestemmingsformulier voor de deelnemer
* Instemmingsformulier voor de minderjarige deelnemer (ouder dan 12 jaar)
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 31/05/2015 (ontv. dd. 01/06/2015) op opmerkingen EC dd. 14/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 1/05/2015
* Informatieformulier voor de minderjarige deelnemer (ouder dan 12 jaar) - (versie 2) dd. 1/05/2015
* Informatieformulier voor de deelnemer (versie 2) dd. 1/05/2015
* Protocol dd. 1/05/2015
* Folder/Poster (cfr. mail dd. 31/05/2015)

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 2/06/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 1/06/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 2/06/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 1/06/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/06/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/06/2015

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0454	11-jun-15	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be