



> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. M. Sonnema
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T +31 88 689 8989
info@rivm.nl

Ons kenmerk
0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

Behandeld door
LCI
T +31 88 689 7000
lci@rivm.nl

Bijlage
Deelnemerslijst OMT 147

Datum 9 april 2024
Betreft Advies n.a.v. 147e OMT mazelen

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 28 maart 2024 riep de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM een Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over mazelen. Het OMT bestaat uit deskundigen met specifieke expertise op het gebied van mazelen. De deelnemerslijst is bijgevoegd. Hieronder volgen een samenvatting van de doelstelling van dit OMT, de actuele situatie, en de adviezen.

1. Aanleiding OMT en doelstelling

Sinds 2023 is er sprake van een toename van het aantal meldingen van mazelen wereldwijd en in Europa. Het is de verwachting dat het aantal meldingen in Europa nog verder zal stijgen als gevolg van de suboptimale vaccinatiegraad voor mazelen in verschillende EU-landen. De kans op introductie van mazelen in Nederland is verhoogd.

Mazelen is een virusinfectie die zich aerogeen via de lucht verspreidt, via kleine druppeltjes. Het is een zeer besmettelijk virus en geïnfecteerde personen kunnen het virus al overdragen vanaf 4 dagen vóórdat zij de vlekjes op de huid krijgen. Mazelen begint vaak plotseling met algemene malaise, koorts, conjunctivitis, verkoudheid en hoesten, waarna er vlekjes op de huid ontstaan. Soms treedt er een oorontsteking of een longontsteking op als complicatie. Mazelen kan ook leiden tot hersenontsteking en sterfte, maar dit komt in ontwikkelde landen weinig voor. Iedereen die niet beschermd is door vaccinatie of niet eerder mazelen heeft doorgemaakt, kan mazelen krijgen. De kans op infectie en verdere verspreiding is groter bij sociale of geografische clustering van niet-immune personen. In Nederland wordt in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) aan alle kinderen BMR-vaccinatie aangeboden op de leeftijd van 14 maanden en 9 jaar. Onbeschermd zeer jonge kinderen en ernstig immuungecompromitteerde patiënten hebben

een verhoogd risico op een ernstig beloop van mazelen, onbeschermd zwangeren hebben een verhoogd risico op een miskraam of vroeggeboorte.

Datum
9 april 2024

Ons kenmerk
0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

Het doel van dit OMT is om voorbereidingen te treffen voor maatregelen bij een grootschalige mazelenuitbraak rekening houdend met nieuwe inzichten en ontwikkelingen sinds de vorige epidemie in 2013/2014.

2. Ontwikkelingen sinds 2013/2014 en actuele situatie

2.1 De epidemie van 2013/2014: verloop, maatregelen en knelpunten

De laatste grote mazelenepidemie in 2013-2014 werd voorafgegaan door een toename van gevallen van introductie uit het buitenland en een aantal kleinere en grotere mazelenclusters. Deze epidemie vond – evenals de epidemie van 1999/2000 – met name plaats in gebieden met een lage vaccinatiegraad vanwege religieuze bezwaren. Er werden destijds in 10 maanden 2700 patiënten met mazelen gemeld, waaronder 180 ziekenhuisopnames. Het aantal gemelde gevallen bleef ver achter bij het werkelijke aantal ziektegevallen, dat bij onderzoek tien keer hoger bleek te liggen (zie onderstaand). Eén patiënt is overleden. Daarnaast overleed ten minste één patiënt aan subacute scleroserende panencefalitis, een late complicatie van mazelen die pas jaren na de infectie optreedt. Vooral ongevaccineerde kinderen van 4 tot 12 jaar uit reformatorische kringen werden getroffen door mazelen. Kinderen in deze kringen ouder dan 12 jaar hadden veelal bij de voorafgaande uitbraak in 1999 mazelen doorgemaakt, en waren daardoor immuun.

In 29 gemeenten met een lage vaccinatiegraad (destijds bij afspraak: onder de 90% op gemeentenniveau) vanwege religieuze bezwaren werd een vervroegde/extra BMR-vaccinatie aangeboden aan kinderen van 6-14 maanden. Tevens werd – onder meer via reformatorische media – onder de aandacht gebracht dat voor alle kinderen in Nederland die niet gevaccineerd waren, tot hun 18e verjaardag de mogelijkheid bestaat om gemiste vaccinaties in te halen. Tot slot werden gezondheidszorgmedewerkers opgeroepen om hun bescherming tegen mazelen op peil te brengen.

Uit onderzoek achteraf bleek dat er in 2013/2014 – evenals in 1999/2000 – veel meer personen mazelen hadden doorgemaakt dan er gemeld waren. Naar schatting werd in beide epidemieën slechts circa 10% van de patiënten gemeld. Vaak kregen meerdere kinderen in het gezin mazelen en werd de huisarts daarvoor niet geconsulteerd.

2.2 Effect van mazelen op het immuunsysteem

Uit wetenschappelijk onderzoek – deels in Nederland uitgevoerd onder ongevaccineerde kinderen tijdens de epidemie van 2013/2014 – blijkt dat het mazelenvirus met name de cellen van het afweersysteem infecteert. Vooral de bestaande geheugencellen van het afweersysteem worden aangetast. Daardoor is er een tijdelijke afname van het aantal witte bloedcellen (zgn. lymfocyten). Tegelijkertijd zorgt de infectie met mazelenvirus voor een sterke afweerreactie tegen mazelen, wat leidt tot

levenslange bescherming tegen mazelen. Daardoor neemt het totaal aantal witte bloedcellen weer toe, maar die toename bestaat vooral uit cellen die beschermen tegen mazelen. De bescherming tegen andere infectieziekten is door de sterke afname van het aantal geheugencellen nog maanden- tot jarenlang verminderd.

Datum

9 april 2024

Ons kenmerk

0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

2.3 Dynamiek van transmissie, rol van scholen en huishoudens

Uit een modelleringsstudie blijkt dat reformatorische scholen en gezinnen een belangrijke rol hebben gespeeld in de verspreiding van mazelen tijdens de epidemie van 2013/2014. De vaccinatiegraad per school is gereconstrueerd voor 2013 op basis van gegevens van DUO. Van alle scholen is de vaccinatiegraad bij reformatorische en antroposofische scholen het laagst. Maar een verschil tussen de reformatorische en antroposofische gemeenschap is dat de meeste (80%) van de kinderen op reformatorische basisscholen doorstromen naar reformatorisch voortgezet onderwijs, terwijl een minderheid (40%) van kinderen op antroposofische basisscholen doorgaan naar (exclusief) antroposofisch voortgezet onderwijs. Dit betekent dat kinderen uit de veelal grote reformatorische gezinnen naar verschillende scholen met lage vaccinatiegraad gaan, en mazelen zich dus via de kinderen van deze gezinnen gemakkelijk van de ene naar de andere school kan verspreiden.

Extrapolerend op basis van kennis van voorgaande uitbraken en uitgaand van een vergelijkbaar verspreidingspatroon is een verwachte orde van grootte van een nieuwe mazelenuitbraak rond 2400-2800 meldingen als de uitbraak in 2024 plaatsvindt en 3100-3200 meldingen als de uitbraak in 2025 plaatsvindt; uitgaande van een meldingspercentage rond 10% zoals ook waargenomen in de vorige uitbraak. Bij deze berekeningen is de toegenomen heterogeniteit van de groep vatbare personen (door de algemeen dalende vaccinatiegraad, lage vaccinatiegraad in bepaalde wijken in grote steden, lage vaccinatiegraad bij islamitische basisscholen) nog niet meegenomen.

2.4 Langetermijneffecten van vervroegde vaccinatie

Tijdens de epidemie van 2013/2014 werd aan een beperkte groep kinderen wonend in gemeenten met een lage vaccinatiegraad vervroegde/extra mazelenvaccinatie aangeboden vanaf de leeftijd van 6 maanden. Bekend was al dat de effectiviteit van de mazelenvaccinatie optimaal was door vanaf 14 maanden te vaccineren. Op grond van de destijds bekende literatuur werd een afweging gemaakt tussen het voordeel van bescherming op de korte termijn en het mogelijke nadeel van een minder goede bescherming tegen mazelen op langere termijn. Onder deze vervroegd gevaccineerde kinderen werd een longitudinaal onderzoek uitgevoerd waarbij op verschillende tijdstippen de antistoffen tegen mazelen werden gemeten. Hieruit bleek dat kinderen die tussen 6 en 9 maanden hun vervroegde BMR-vaccinatie hadden gekregen een lagere concentratie van antistoffen tegen mazelen hadden. Op de leeftijd van 14 maanden (vlak voor de reguliere BMR-vaccinatie) bleek 20% van de kinderen die tussen 6 en 9 maanden gevaccineerd waren niet voldoende antistoffen te hebben aangemaakt. Na de reguliere BMR-vaccinatie nam de concentratie antistoffen tegen mazelen toe, maar 1 en 3 jaar na de reguliere BMR-vaccinatie was de concentratie antistoffen tegen mazelen bij kinderen die tussen 6 en 9 maanden gevaccineerd

waren duidelijk lager dan bij kinderen die na de leeftijd van 9 maanden hun vervroegde vaccinatie hadden gekregen of het reguliere schema hadden gevolgd. De kinderen die het reguliere schema hadden gevolgd, waren – afgelezen aan hun antistofconcentraties – het best beschermd, terwijl de bescherming van vervroegd gevaccineerde kinderen op de langere termijn juist verder lijkt af te nemen.

Datum

9 april 2024

Ons kenmerk

0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

2.5 Huidige epidemiologie, vaccinatiegraad en seroprevalentie

In Nederland zijn in 2024 tot en met 26 maart 31 patiënten met mazelen gemeld. Naast solitaire cases is er een cluster gemeld onder arbeidsmigranten in Limburg en zijn er meerdere clusters onder kinderen in Eindhoven. De epidemiologische situatie is ten opzichte van 2013/2014 duidelijk veranderd. De BMR-vaccinatiegraad is in de laatste jaren afgenomen. In de eerste 10 jaar van deze eeuw was deze op 2-jarige leeftijd nog boven de 95%. De vaccinatiegraad daalde tot onder de 90% bij kinderen geboren in 2020. Deze landelijke trend is in alle GGD-regio's terug te zien, zowel bij GGD-regio's gelegen in de Biblebelt als daarbuiten. Afgaande op de epidemiologie van dit jaar, lijken er duidelijk nieuwe risicogroepen: mensen met een migratieachtergrond en arbeidsmigranten. Van alle gemelde patiënten was slechts één persoon gevaccineerd. Vooralsnog zijn er geen meldingen van mazelen bij mensen uit de reformatorische gezindte, terwijl uit een seroprevalentiestudie blijkt dat bij kinderen woonachtig in de Biblebelt en geboren sinds de laatste grote uitbraak in 2013/14 beperkte immuniteit bestaat (omdat circa de helft van hen gevaccineerd is).

2.6 Mazelenclusters Eindhoven

De mazelenclusters in Eindhoven omvatten op 27 maart in totaal 28 patiënten, waarvan 14 patiënten een met PCR-onderzoek bevestigde infectie hebben en waaraan de overige epidemiologisch gelinkt zijn (gezinsleden van bevestigde patiënten). Op twee patiënten na betreft het ongevaccineerde kinderen jonger dan 12 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 5 jaar en deels met een migratieachtergrond. Bij twee kinderen zijn complicaties gemeld, een longontsteking en een middenoorontsteking.

Op basis van bron- en contactonderzoek zijn er in Eindhoven ten minste twee clusters te onderscheiden. De bron van het ene cluster is een reis naar het Midden-Oosten; de bron van het andere cluster is vooralsnog onbekend. Verspreiding vond onder meer plaats via gezinnen en basisscholen. Eén patiënt werd besmet in de wachtruimte van een huisartsenpost.

Bij zeven patiënten is het genotype van het mazelenvirus bekend. Het gaat bij al deze patiënten om een genotype-D8-virus. Op basis van sequentieanalyse zijn er twee verschillende moleculaire clusters te onderscheiden bestaande uit vier en drie patiënten. Deze bevindingen sluiten aan bij de clustering op basis van bron- en contactonderzoek. De twee gevonden moleculaire clusters zijn verschillend van – en daardoor niet gerelateerd aan – de mazelenvirussen die recent werden gedetecteerd bij een cluster onder Roemeense arbeidsmigranten in Limburg.

3. Risicobeoordeling en toekomstverwachting

Datum

9 april 2024

Ons kenmerk

0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

Het tijdsverloop sinds de vorige epidemie in 2013/2014 en de toename van het aantal vatbare kinderen in de reformatorische gezindte maakt een nieuwe uitbraak in deze groepering mogelijk. Gezien de rol van reformatorische middelbare scholen bij de verspreiding van mazelen zou een epidemie in de reformatorische gezindte ook nog enkele jaren op zich kunnen laten wachten, totdat meer van de vatbare kinderen (geboren na de vorige epidemie) naar de middelbare school gaan.

De mazelenuitbraken in andere Europese landen en met name de grote uitbraak in Roemenië verhogen echter het risico op introductie van mazelen. We zien meerdere introducties, onder andere door arbeidsmigranten en na buitenlandse reizen. Deze introducties kunnen tot verdere verspreiding leiden en in groepen met een lage vaccinatiegraad kleine en grotere clusters veroorzaken.

De overgrote meerderheid van de bevolking in Nederland is nog steeds goed beschermd tegen mazelen, door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie. Maar door de veranderde context met een dalende vaccinatiegraad en nieuwe risicogroepen, onder andere in de grote steden, is het moeilijk te voorspellen hoe de verspreiding van mazelen verder zal verlopen. De verwachte toename van het aantal mazelengevallen kan vanwege het risico op besmetting voor nog niet gevaccineerde kinderen onder de 14 maanden tot maatschappelijke onrust leiden.

4. Adviezen

Hieronder worden mogelijke maatregelen besproken die getroffen kunnen worden ter voorbereiding op een grote mazelenuitbraak.

4.1 Vaccinatiestatus op peil brengen

4.1.1 *Inhaalvaccinaties Rijksvaccinatieprogramma*

In het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) bestaat de mogelijkheid voor ongevaccineerde kinderen om tot hun 18e verjaardag met de RVP-vaccinaties te starten. Kinderen van 14 maanden tot 18 jaar die zich alsnog tegen mazelen willen laten vaccineren (spijtoptanten) kunnen een afspraak maken voor een inhaalvaccinatie. De medewerkers van de jeugdgezondheidszorg zijn door het RIVM opgeroepen om dit bij alle persoonlijke contacten met ongevaccineerde kinderen en hun ouders te bespreken. Het OMT adviseert de JGZ-organisaties om deze inhaalvaccinaties laagdrempelig aan te bieden.

Een grote uitbraak kan ontstaan door sociale en geografische clustering van niet-gevaccineerde kinderen. Juist bij deze clustering van niet-gevaccineerde kinderen op scholen of in wijken is het belangrijk om te onderzoeken waarom ouders hun kinderen niet laten vaccineren. Daar kunnen vele verschillende redenen voor zijn, zoals religieuze bezwaren, angst voor bijwerkingen, geen vertrouwen in de overheid of praktische belemmeringen. De GGD'en kunnen met een wijk- of doelgroepgerichte benadering inspelen op de specifieke zorgen en problemen van de ouders.

Het door het RIVM centraal actief oproepen van alle kinderen die hun BMR-vaccinatie gemist hebben bleek na de coronapandemie niet effectief. De opkomst na de extra oproep was toen slechts 0,2%. Met de toename van het aantal mazelengevallen is het echter te overwegen om ouders van ongevaccineerde jonge kinderen, die geen principiële bezwaren tegen vaccinatie aangeven, gericht op te roepen om hun kinderen nu alsnog tegen mazelen te laten vaccineren.

Het OMT adviseert om de mogelijkheid om niet-gevaccineerde kinderen tegen mazelen te laten vaccineren vooral onder de aandacht te brengen in persoonlijke gesprekken met zorgverleners en door middel van een wijk- of doelgroepgerichte benadering.

Het vervroegen van de tweede BMR-vaccinatie of het aanbieden van een tweede BMR-vaccinatie aan de geboortecohorten die in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma slechts één mazelenvaccinatie hebben gehad (mensen geboren in 1975, 1976 en 1977) draagt relatief weinig bij aan het beperken van een epidemie. De bescherming wordt daarmee in deze groepen verhoogd van 95 naar 99%, maar het betekent ook dat van de 100 personen die de tweede vaccinatie (vervroegd) aangeboden krijgen er 95 al adequaat beschermd waren. De bescherming zal hierdoor in deze groepen nog verder verbeteren, maar gezien de – ook internationaal – te verwachten grote vraag naar BMR-vaccins is dit op volksgezondheidsniveau geen doelmatige inzet van schaarse middelen.

Dat geldt ook voor het aanbieden van BMR-vaccinatie aan alle mensen geboren tussen 1965 en 1975. Hoewel zij niet gevaccineerd zijn in het kader van het RVP en door de invoering van de vaccinatie in hun jeugd iets minder kans hadden om de ziekte te krijgen en natuurlijke immuniteit op te bouwen blijkt uit seroprevalentiestudies dat het overgrote merendeel (>95%) van deze mensen wel beschermd is tegen mazelen.

4.1.2 Gezondheidszorgmedewerkers

Zorgmedewerkers van ziekenhuizen en andere gezondheidszorgorganisaties die in de directe patiëntenzorg werken hebben een verhoogd risico om met mazelenpatiënten in contact te komen en besmet te worden. Dit geldt met name voor medewerkers die een poortwachtersfunctie hebben en kinderen behandelen (zoals huisartsen, SEH-medewerkers en kinderartsen). Daarnaast kunnen gezondheidzorgmedewerkers die zelf mazelen hebben, al voordat ze duidelijke klachten hebben, hun patiënten besmetten. Dit is vooral een risico bij gezondheidzorgmedewerkers die met nog ongevaccineerde jonge kinderen of ernstig immuungecompromitteerde patiënten werken. Het OMT is van mening dat deze gezondheidzorginstellingen zowel in de eerste als in de tweede lijn primair verantwoordelijk zijn voor het adequaat beschermen van hun personeel tegen infectie en om besmettingen naar hun patiënten te voorkomen. Het OMT adviseert deze instellingen om de vaccinatiestatus van hun personeel na te gaan en zo nodig op peil te brengen. Daarbij geldt voor gezondheidzorgmedewerkers dat zij als beschermd worden beschouwd als zij mazelen hebben doorgemaakt of twee BMR-vaccinaties hebben gehad. Een goede registratie van de vaccinatiestatus bij de bedrijfsarts van de zorginstelling is van groot belang om snel te kunnen handelen bij contact met mazelen.

Datum

9 april 2024

Ons kenmerk

0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

Datum
9 april 2024

Ons kenmerk
0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

4.1.3. Beschikbaarheid BMR-vaccins

Vanwege de te verwachten internationaal verhoogde vraag naar BMR-vaccins adviseert het OMT om het RIVM – naast de reguliere voorraad voor het Rijksvaccinatieprogramma – tijdelijk een extra voorraad aan te laten houden voor inhaalvaccinaties en eventuele vervroegde vaccinatie bij een epidemie.

4.2 Postexpositieprofylaxe en (vervroegde) vaccinatie bij contacten van mazelenpatiënten

Na melding van een patiënt met mazelen verricht de GGD contactonderzoek met als doel onbeschermd contacten te beschermen tegen (ernstig verloop van) mazelen. Ter bescherming wordt in principe postexpositievaccinatie aangeboden met BMR-vaccin. BMR-vaccinatie wordt echter niet gegeven aan kinderen jonger dan 6 maanden die juist een verhoogd risico hebben op ernstig verloop van mazelen. En bij kinderen tussen 6 en 14 maanden dient bij vervroegde vaccinatie een afweging te worden gemaakt tussen de voor- en nadelen op kortere en langere termijn.

Rekening houdend met de resultaten van recent onderzoek naar de effectiviteit van vervroegde vaccinatie, het risico op infectie en de aard van de blootstelling adviseert het OMT om de LCI-richtlijn voor postexpositieprofylaxe voor kinderen jonger dan 14 maanden aan te passen. Samengevat wordt voor kinderen jonger dan 6 maanden postexpositieprofylaxe met immuunglobuline geadviseerd en voor kinderen van 9 maanden en ouder vervroegde BMR-vaccinatie. Voor kinderen tussen 6 en 9 maanden is er een gedifferentieerd advies op basis van het risico op infectie en de aard van het contact. Het volledige advies met wetenschappelijk onderbouwing zal gepubliceerd worden als bijlage bij de LCI-richtlijn Mazelen.

Bij ernstig immuungecompromiteerde contacten van een mazelenpatiënt die niet beschermd zijn tegen mazelen wordt geadviseerd om te overleggen met de behandelend arts.

Het OMT constateert dat er in Nederland geen intramusculair toe te dienen humaan immuunglobuline verkrijgbaar is dat specifiek geregistreerd is voor preventie en postexpositieprofylaxe van mazelen. Dit moet geïmporteerd worden en toegediend worden met artsenverklaring, hetgeen de toepassing in de praktijk ernstig belemmert. Van standaard immuunglobuline voor subcutane of intramusculaire toediening, zoals in gebruik bij patiënten met hypogammaglobulinemie, zijn geen antistofconcentraties tegen mazelenvirus bekend.

4.3 Beleid bij kindercentra

Er is veel maatschappelijke aandacht voor het risico op mazelen in kindercentra. In het Rijksvaccinatieprogramma wordt de eerste BMR-vaccinatie (tegen bof, mazelen en rodehond) aangeboden op de leeftijd van 14 maanden. Dit betekent dat er in kindercentra veel nog niet gevaccineerde jonge kinderen zijn die besmet kunnen worden als een groepsgenoot mazelen heeft. Nog niet gevaccineerde kinderen jonger dan 14 maanden kunnen ook zelf mazelen in hun groep op het kindercentrum

introduceren. Daarnaast is er een kleine kans dat de eerste mazelenvaccinatie bij kinderen die aan het RVP deelnemen niet de gewenste bescherming biedt. Het risico op mazelen wordt in een kinderdagverblijf dus nooit tot nul gereduceerd.

Datum

9 april 2024

Ons kenmerk

0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

Na melding van een patiënt met mazelen stelt de GGD bron- en contactonderzoek in. Kinderen met mazelen mogen tot het einde van hun besmettelijke periode niet naar het kinderdagverblijf om besmettingen daar zoveel mogelijk te voorkomen. Niet beschermd broertjes en zusjes van mazelenpatiënten mogen ook niet naar het kinderdagverblijf tot hun incubatietijd voorbij is (in de praktijk 2 weken). De GGD bespreekt dit met (de ouders van) de mazelenpatiënten. Tevens biedt de GGD aan groepsgenoten van de indexmazelenpatiënt postexpositieprofylaxe aan (vaccinatie of immunoglobuline-injecties) om infectie te voorkomen of te mitigeren.

Het OMT adviseert daarnaast om indien een kind op een kinderdagverblijf mazelen heeft gekregen contact tussen kinderen uit verschillende groepen tot een minimum te beperken, en met name bij een grotere mazelenuitbraak vervroegde vaccinatie te overwegen voor kinderen in de leeftijd van 6 tot 14 maanden uit andere groepen op dezelfde locatie. Rekening houdend met de specifieke omstandigheden van het kinderdagverblijf kan de GGD hierover advies op maat geven.

4.4 Eventuele vervroegde BMR-vaccinatie bij een epidemie

Tijdens de epidemie in 2013 werd extra/vervroegde BMR-vaccinatie aangeboden aan kinderen tussen de 6 en 14 maanden in gemeenten waar de BMR-vaccinatiegraad vanwege religieuze bezwaren lager was dan 90%. De kinderen werden opgeroepen door het RIVM. De vaccinaties werden toegediend en geregistreerd door de jeugdgezondheidszorg. In totaal zijn toen 57% (5800/10.097) van de uitgenodigde kinderen daadwerkelijk gevaccineerd. Op basis van modellering wordt geschat dat het aantal meldingen van mazelen dat door deze vervroegde vaccinatie tijdens de epidemie werd voorkomen in de orde van grootte van een tiental tot een honderdtal ligt.

Er is op dit moment echter geen sprake van een epidemie. Nu al op grote schaal vervroegd vaccineren zou op korte termijn heel weinig infecties voorkomen en ertoe leiden dat kinderen minder goed beschermd zijn dan wanneer ze op een later moment gevaccineerd worden. Gezien de gewijzigde context ten opzichte van de vorige mazelenepidemie is het niet duidelijk hoe de verspreiding van mazelen verder zal verlopen. Het RIVM volgt dit nauwgezet en zal zo nodig opnieuw een OMT bijeenroepen om te adviseren over de noodzaak en doelgroep van vervroegde vaccinatie.

4.5 Surveillance bij een epidemie

4.5.1 Reguliere surveillance

Het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM treft voorbereidingen voor een efficiënte surveillance van de bij een epidemie te verwachten grote aantallen mazelenmeldingen. Daarbij ligt de nadruk op het verzamelen van actuele data die van belang zijn voor de

bestrijdingsactiviteiten van de GGD'en, zoals data met betrekking tot specifieke risicogroepen, scholen en kindercentra waar mazelenmeldingen zijn. Daarnaast zullen data worden verzameld die noodzakelijk zijn voor inzicht in de omvang en ernst van de epidemie met speciale aandacht voor ernstige complicaties, ziekenhuisopnames en overlijden.

Datum

9 april 2024

Ons kenmerk

0017/2024 LCI/JvD/tl/hr

4.5.2 Rioolwatersurveillance

In het kader van de Nationale Rioolwater Surveillance worden van alle rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's) in Nederland ten minste één keer per week watermonsters naar het RIVM gestuurd. Ook mazelenvirus kan worden aangetoond in rioolwater. Er is echter nog weinig bekend over de detectielimiet en de relatie van de concentratie van mazelenvirus in rioolwater tot het aantal patiënten. Rioolwatersurveillance lijkt daardoor minder geschikt als vroegsignalering, maar kan mogelijk wel een indicatie geven over de verspreiding en het beloop (met name uitdoving) van een epidemie. Op dit moment wordt bij de RWZI's in de Biblebelt en in regio's waar mazelenclusters gemeld zijn mazelenvirus gemonitord. Het aantal locaties waar op mazelen gemonitord wordt kan nog verder worden uitgebreid.

5. Publiciteit en communicatie

Het RIVM informeert medische professionals over de actuele ontwikkelingen rondom mazelen via (Lab)infectieberichten en het verslag van het wekelijkse signaleringsoverleg van het Centrum Infectieziektebestrijding.

Informatie voor het algemene publiek is te vinden op de website van het RIVM: [Actuele cijfers mazelen | RIVM](#)

Dit OMT-advies zal eveneens gepubliceerd worden op de website van het RIVM.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur C1b