

**PREVENTIE VAN HEPATITIS B  
IN DE ZORG VOOR  
GEESTELIJK GEHANDICAPTEN**

Beleidsadvies van de NVAZ  
(Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg)

*Maart 1991*

Inhoudsopgave:

Inleiding

Semi- en extramurale zorg

Intramurale zorg  
    Bewoners  
    Personeel

Vaccinatie- en revaccinatie-adviezen

Vaccinatieschema

Aanvullende adviezen  
    Informatiebeleid  
    Informed consent  
    Privacybeleid  
    “Prikaccidenten”-protocol  
    Hygiëneprotocol

Tot slot

Literatuuropgave

Samenstelling werkgroep NVAZ

## Inleiding:

Uit diverse onderzoeken in binnen- en buitenland (1-7) blijkt dat Hepatitis B-infecties veelvuldig voorkomen in voorzieningen voor geestelijk gehandicapten.

In 1983 adviseerde de Gezondheidsraad (8) om geestelijk gehandicapten in inrichtingen te vaccineren. Bij een enquête van de NVAZ (Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg) (9) in 1989 bleek dat dit advies in een vrij groot aantal inrichtingen niet, of niet eenduidig opgevolgd is. Dat was voor het bestuur van de NVAZ aanleiding om een werkgroep in te stellen die duidelijke richtlijnen met betrekking tot vaccinatie moest opstellen.

Deze werkgroep heeft met ondersteuning van een deskundige op dit gebied (mevr. Leentvaar, GG&GD Amsterdam) en in overleg met het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, afdeling infectieziekten (hr. Postema) en de Hoofdinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid (hr. van Alderwegen) een advies opgesteld, aan de hand waarvan binnen de diverse instellingen een beleid ontwikkeld kan worden met betrekking tot de preventie van deze infectieziekte.

Hieronder volgen de richtlijnen, c.q. aanbevelingen van dit advies.

Daarbij is een onderscheid gemaakt in twee groepen:

- 1) Semi- en extramurale zorg
- 2) Intramurale zorg

### Semi- en extramurale zorg:

Over de prevalentie en incidentie van Hepatitis B binnen deze sectoren is nog onvoldoende bekend om een weloverwogen advies over eventuele vaccinatie te kunnen geven.

Gezien de ontwikkelingen in de toekomst, waarbij o.a. vanuit de zorg op maat gedachte de integratie tussen intramuraal en semi-/extramuraal verder zal toenemen, is het ook te verwachten dat de onderlinge contacten tussen de bewoners/bezoekers van de verschillende voorzieningen intensiever zullen worden.

Vanwege het onvoldoende inzicht in de prevalentie op dit moment en vanwege bovengeschetste ontwikkelingen, is het belangrijk meer gegevens te verzamelen over het vóórkomen van Hepatitis B in deze sectoren.

De Inspectie Infectieziekten heeft zich bereid verklaard initiatieven te ondernemen, c.q. te ondersteunen om daarnaar onderzoek te laten verrichten. Bij dat onderzoek kan ook samenwerking worden gezocht tussen NVAZ-artsen en plaatselijke GG&GD's. Aan de hand van de resultaten kan dan later voor de semi- en extramurale sector een nader beleidsadvies gegeven worden.

### Intramurale zorg:

Hierbij moeten we een onderscheid maken tussen bewoners en personeel.

- Bewoners:

Over het vóórkomen van Hepatitis B-markers bij bewoners in inrichtingen is inmiddels voldoende bekend. De in Nederland beschikbare cijfers variëren van ruim 10% tot meer dan 70%. (1-5, 10, 11) Het aantal dragers van het Hepatitis B-virus is bij een groep, die ongeveer een derde deel van de totaal intramuraal verblijvende geestelijke gehandicapten omvat, gemiddeld meer dan 5%. (5,3%) (10)

Op basis van bovenstaande cijfers over de prevalentie van HBV-markers in het algemeen en dragers in het bijzonder moet de richtlijn zijn dat alle intramuraal opgenomen geestelijk gehandicapten gevaccineerd dienen te worden. Deze richtlijn komt ook overeen met criteria die de WHO (World Health Organisation) hanteert ten aanzien van vaccinatie van grote delen van de bevolking (met name kinderen), bij het vóórkomen van gemiddeld meer dan 5% dragers bij een groot deel van die populatie. (12)

Dit advies wordt nog eens extra ondersteund door het besef dat er een veilig en effectief vaccin is, dat in grote mate bescherming kan bieden tegen een ziekte die in een niet te verwaarlozen percentage kan leiden tot langdurige morbiditeit en in enkele gevallen zelfs tot ernstige complicaties.

Vaccinatie van alle bewoners betreft zowel de nieuw op te nemen bewoners, waaronder ook diegenen die tijdelijk opgenomen worden zoals vakantieplaatsingen en noodbedden, als ook de bewoners die reeds in de inrichting verblijven.

- Personeel:

In het rapport van de Gezondheidsraad (8) wordt geadviseerd functionarissen die uit hoofde van hun beroep regelmatig met bloed in aanraking komen te vaccineren. Daarbij worden o.a. genoemd laboranten, tandartsen en hun assistenten, en mondhygiënisten. Voor verplegend personeel zijn hygiënische maatregelen voldoende preventief volgens het rapport.

In de zorg voor geestelijk gehandicapten lijken in de praktijk in sommige gevallen deze hygiënische maatregelen onvoldoende zekerheid te kunnen bieden. Dat heeft dan vooral te maken met onvoorspelbaar agressief of onhygiënische gedrag van bewoners.

Alhoewel onderzoek tot nu toe niet eenduidig is, is daaruit echter wel af te leiden dat mocht er al sprake zijn van een verhoogde besmettingskans, dat deze dan beduidend lager is dan die van bewoners in de inrichtingen. (1, 5, 13, 14)

De werkgroep meent dan ook dat de adviezen van de Gezondheidsraad gehandhaafd moeten worden. Met andere woorden, wanneer verplegend personeel de voorgeschreven hygiënische maatregelen in acht neemt, is er sprake van voldoende preventie tegen besmetting. Dit geldt des te meer wanneer de dragers in een inrichting bekend zijn nadat de bewoners gescreend zijn. (15) Daardoor is het eventuele risicovolle contact herkenbaar en kan zo nodig gebruik gemaakt worden van een “prikaccidenten”-protocol bij ongelukjes met kans op besmetting.

Toch kan de werkgroep zich voorstellen dat er met name binnen de zwakzinnigenzorg soms sprake kan zijn van bijzondere situaties. Daarbij moet dan gedacht worden aan individuele gevallen waarbij dragers onvoorspelbaar agressief of sterk onhygiënisch gedrag vertonen. In die situatie is het verstandig steeds individueel af te wegen of vaccinatie van een personeelslid geadviseerd moet worden. Daarbij moet er sprake zijn van een duurzame zorgrelatie, omdat de besmettingskans dan ten gevolge van de langere expositieduur groter is. Bij incidentele risicocontacten, wanneer deze duurzame relatie niet aanwezig is, kan altijd gebruik worden gemaakt van een “prikaccidenten”-regeling.

Aangezien het bij vaccinatie van personeel in principe om secundaire arbeidsvoorwaarden gaat, zal de uiteindelijke beslissing om individuele personeelsleden te laten vaccineren bij de werkgever moeten liggen. De rol van de arts in deze is een adviserende.

Indien personeel voor vaccinatie in aanmerking komt, dient dit te geschieden op kosten van die werkgever aangezien Hepatitis B als beroepsziekte wordt aangemerkt en derhalve onder het bereik van de ARBO-wet valt.

### Vaccinatie- en revaccinatie-adviezen:

Er is geen voorkeur voor een bepaald merk vaccin, omdat de effectiviteit vergelijkbaar is.

Vaccinatie dient te geschieden met inachtneming van de door de fabrikant opgegeven doses en intervallen. Het vaccin moet intramusculair worden toegediend.

Een groep deskundigen, waaronder o.a. van Hattum, Schalm en Leentvaar, heeft een consensusvoorstel gedaan ten aanzien van een vereenvoudigd revaccinatiebeleid. (16) Uit onderzoek (17) is gebleken dat revaccinatie niet noodzakelijk is indien de titer na primovaccinatie boven de 100 IU/L is gekomen. Het blijkt dat er dan voldoende circulerend immuun geheugen bestaat om ook na jaren bij antigeenstimulatie weer voldoende neutraliserende antistoffen aan te maken. De follow-up van dit onderzoek is momenteel ongeveer 7 jaar. Op basis van deze gegevens is revaccinatie hoogstens pas nodig na 7 jaar. Misschien dat bij een langere follow-up zelfs blijkt dat revaccinatie nog langer uitgesteld kan worden.

Daarom wordt in het consensusvoorstel geadviseerd vooral energie te steken in een zo optimaal mogelijke primovaccinatie. (18) Het doel daarbij is dan om uiteindelijk een antiHBs-titer te bereiken van  $\geq 100$  IU/L. Indien deze titer niet bereikt wordt na de initiële 3 doses van de primovaccinatie, dan dienen afhankelijk van de hoogte van de titer 1 tot 3 extra boosters te worden toegediend.

Indien na 7 (of meer) jaar gerevaccineerd wordt, kan dat met één booster en hoeft van tevoren de antiHBs-titer niet bepaald te worden. Revaccinatie van personen die na primovaccinatie en boostering een antiHBs-titer lager dan 100 IU/L houden is niet zinvol.

Zij worden gerekend tot de non- of hyporesponders. In het overgrote gedeelte zal bij hen de titer onder of in de buurt van de 10 IU/L zijn gebleven. Voor deze groep zou in principe wel passieve immunisatie bij “prikaccidenten” zijn aangewezen.

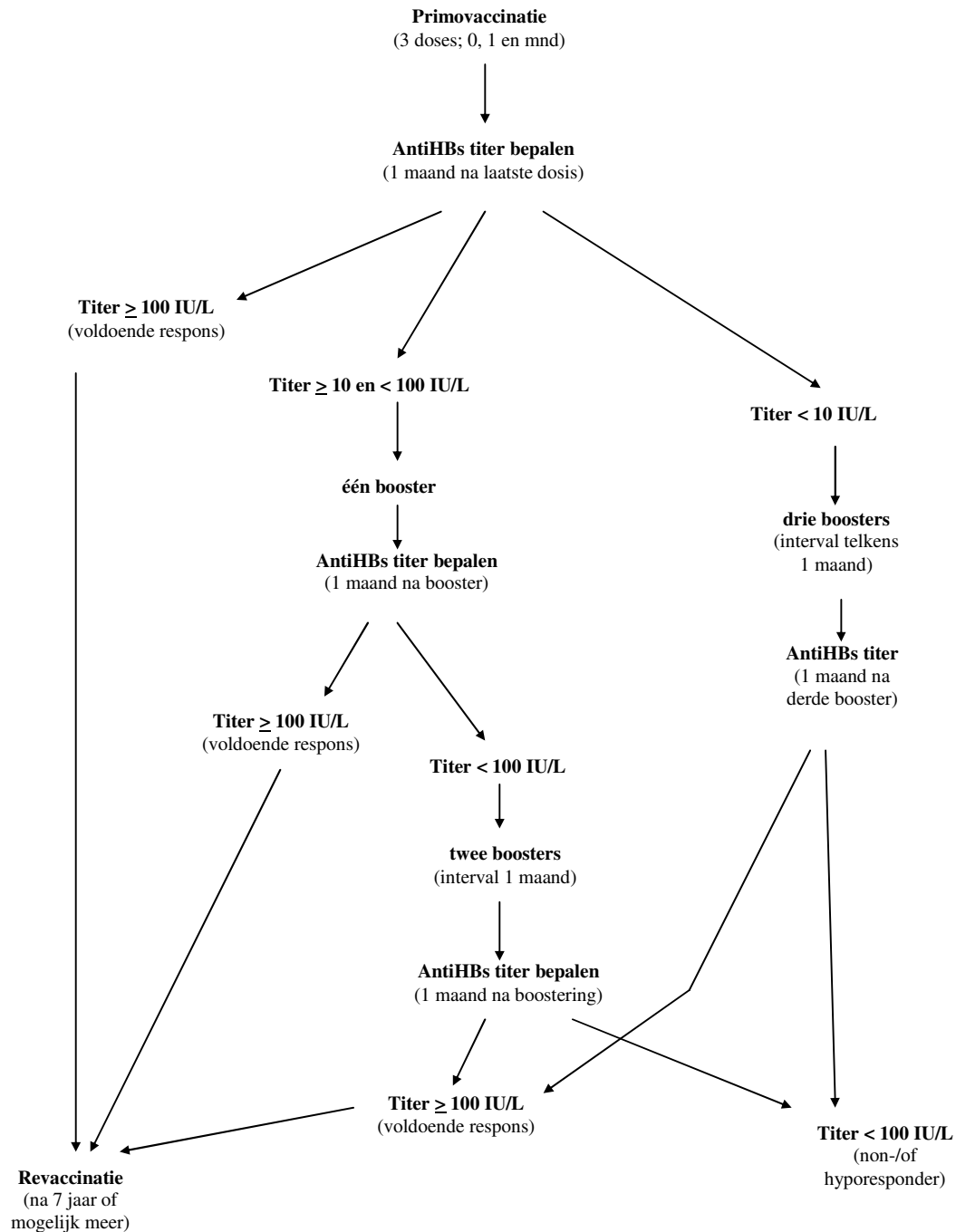
De werkgroep adviseert om bovenstaande richtlijnen te volgen.

Bij bewoners die nieuw opgenomen worden, adviseert de werkgroep niet te screenen voorafgaand aan de vaccinatie. Hetzelfde geldt voor bewoners jonger dan 20 jaar, die reeds opgenomen zijn. Vanuit een kosten-baten analyse is deze werkwijze meestal voordeliger omdat in de groepen relatief weinig HBV-markers aanwezig zullen zijn. Mocht er na vaccinatie geen antistofvorming optreden, dan kan achteraf het HBsAg bepaald worden om eventuele dragers, die dus niet reageren op vaccinatie, op te sporen.

Bij reeds opgenomen bewoners ouder dan 20 jaar is het vanuit kostenoverwegingen in de meeste gevallen wel gunstiger om voorafgaand aan de vaccinatie te screenen en alleen de bewoners zonder Hepatitis B-markers te vaccineren.

Bij beide groepen verdient het in ieder geval aanbeveling dragers op te sporen, ofwel bij de screening vooraf, ofwel na de vaccinatie. De bekendheid met dragers kan belangrijk zijn met betrekking tot de te nemen hygiënische maatregelen of in individuele gevallen vaccinatie van personeel.

Vaccinatieschema:



### Aanvullende adviezen:

Wanneer men binnen een inrichting beleid ontwikkelt met betrekking tot preventie van Hepatitis B dient met goed te beseffen dat daarbij meer komt kijken dan alleen screenen en vaccineren. Andere aandachtspunten zijn:

- informatiebeleid:

De ervaring leert dat het starten van een screenings- en vaccinatieprogramma voor onrust kan zorgen, zowel bij personeel als bij ouders. Mensen worden zich bewust dat er risico's op besmetting zijn. Wanneer er onvoldoende informatie is met betrekking tot o.a. de aard van de ziekte, de relativiteit van het te lopen risico en de mogelijkheden om de besmettingskans tot een minimum te beperken, dan kunnen gemakkelijk gevoelens van onrust en angst ontstaan.

Daarom is het belangrijk gedurende het hele traject van begin tot einde personeel, ouders en zo mogelijk bewoners goed voor te lichten.

- informed consent:

Men kan pas overgaan tot vaccinatie wanneer men na voldoende informatie toestemming heeft gekregen van ouders en/of curatoren, zo mogelijk van de bewoners zelf. Omdat het vaak gaat om grote groepen van bewoners, zal men hierin een vorm willen kiezen die efficiënte uitvoering van de vaccinaties zo min mogelijk belemmert. Een suggestie zou kunnen zijn over de te kiezen werkwijze eerst ook overleg te voeren met de vertegenwoordiging van de ouders (b.v. bestuur oudervereniging).

- privacybeleid:

De privacy van dragers dient zoveel mogelijk beschermd te worden. Kennis hebben van dragerschap mag alleen een functie hebben t.a.v. de preventie van besmetting en mag niet leiden tot een onnodig isolement of een stigmatisering van betrokkene. In dit kader moet men oppassen dat er b.v. op te veel plaatsen overzichtslijsten van de dragers circuleren.

- “prikaccidenten”-protocol:

Binnen de organisatie moet een regeling worden opgesteld waarin duidelijk wordt gemaakt hoe men moet handelen wanneer men een risicovol contact heeft gehad met kans op besmetting en men onvoldoende beschermd was b.v. door vaccinatie. Het is daarbij ook belangrijk duidelijk te omschrijven welke incidenten risico op besmetting geven.

Uitgangspunt hierbij kan het protocol zijn dat in 1988 door Leentvaar en Coutinho in het NTVG werd gepubliceerd. (19)

- hygiëneprotocol:

Een wezenlijk onderdeel van de preventie van Hepatitis B is een hygiënische manier van werken. Aangezien Hepatitis B een zelfde transmissie kent als het HIV-virus en mogelijk nog andere door bloed overdraagbare virusinfecties, is het misschien verstandig een meer algemeen hygiëneprotocol te maken ten aanzien van de preventie van door bloed overdraagbare infectieziektes. In het rapport van het LOZ (20) over de preventie van AIDS is een uitgebreid hygiënisch protocol opgenomen dat als voorbeeld zou kunnen dienen om aan te passen aan de eigen situatie. Het is ook verstandig aandacht te besteden aan de introductie en blijvende toepassing van zo'n protocol. Uiteindelijk gaat het er immers om dat het tot uiting moet komen in het dagelijkse handelen van mensen en dat het niet het leven gaat leiden van een papieren nota die ergens in de kast verdwijnt.

Tot slot:

Uit een landelijke enquête van de NVAZ in 1989 bleek dat in een relatief groot aantal instituten nog geen onderzoek was gedaan naar het vóórkomen van Hepatitis B en dat in een nog groter aantal inrichtingen bewoners niet gevaccineerd waren. Dit mag verwondering wekken indien men het aantal publicaties over Hepatitis B in de Z-zorg beziet. Bovendien zou ook het advies van de Gezondheidsraad uit 1983 voor de nodige bekendheid hebben moeten zorgen.

De werkgroep veronderstelt dat juist de vele verschillen in beleid, zoals blijkt uit de publicaties, geleid hebben tot verwarring en misschien zelfs wel tot een afwachtende houding. Ook de financiële gevolgen in een tijd van beperkte middelen zullen een belangrijke factor zijn geweest in het niet eenduidig opvolgen van het advies van de Gezondheidsraad.

Met deze bijdrage hoopt de werkgroep in ieder geval meer duidelijkheid te scheppen over hoe het beleid met betrekking tot preventie van Hepatitis B er uit moet zien. Verder hecht de werkgroep eraan te benadrukken dat artsen in de Z-zorg primair een medische verantwoordelijkheid in deze hebben. Dat betekent dat artsen er voor moeten waken om vanuit financiële beperkingen de indicaties voor kwalitatief goed medisch handelen anders te gaan stellen. Dit geldt temeer wanneer de criteria voor die indicaties zo eenduidig zijn zoals in dit advies verwoord. Mocht er onvoldoende geld beschikbaar zijn om dit beleidsadvies uit te voeren, dan is het de taak van de directie om hiervoor geld vrij te maken (zo nodig via extra middelen in overleg met het verbindingskantoor).

Literatuuropgave:

- 1 de Witte – v.d. Schoot P.P.M.  
Hepatitis B in een internaat voor geestelijk gehandicapten. Scriptie SSG, 1985
- 2 Wagemans A., Zielhuis G.A. Een gedifferentieerd hepatitis B vaccinatiebeleid in een zwakzinnigeninstituut. N.T.V.G. 1985; 118: 1150-3
- 3 van Ditshuysen Th.J.M., de Witte – v.d. Schoot P.P.M., van Loon A.M. et al.  
Hepatitis B virus infection in an institution for the mentally retarded. American Journal of Epidemiology 1988; 128: 624-38
- 4 Schuckink – Kool F., Onderzoek naar Hepatitis B in de leefgemeenschap 's Heerenloo – Loozenoord.  
Ruit dec. 1988: 17-23
- 5 Dankert J., Zuilstra J.B., Kruyt A.C. et al.  
The occurrence of Hepatitis B antigen and Hepatitis B antibody in pupils and employees in an institute for mentally retarded.  
Bulletin van de coördinatiecommissie biochemisch onderzoek van de sectie psychiatrische instituten van de NZR 1973; 6: 54-60
- 6 Szmunes W, et al. Prevalence of Hepatitis B e Antigen and its antibody in various HBsAg carrier populations. American Journal of Epidemiology 1981; 113: 113-21
- 7 Clarke S.K.R. et al. Hepatitis B in seven hospitals for the mentally handicapped. Journal of Infection 1984; 8: 34-43
- 8 Gezondheidsraad, Advies inzake Hepatitis B, 1983, nr. 22
- 9 Enquête NVAZ naar beleid met betrekking tot een aantal infectieziekten, waaronder Hepatitis B in Nederlandse instituten voor geestelijk gehandicapten in 1989. TVAZ (thans TAVG) 1990 nr.1
- 10 Enquête NVAZ naar prevalentie Hepatitis B markers in Nederlandse instituten voor geestelijk gehandicapten in 1982. TVAZ 1983, nr. 2
- 11 Niet gepubliceerde gegevens over het voorkomen van Hepatitis B markers bij bewoners in een aantal instituten. Interne notities en persoonlijke mededelingen.
- 12 Zuckerman A.J., Who should be immunised against Hepatitis B. British Medical Journal 1984; 289: 1243-44

Literatuuropgave (vervolg):

- 13 Tiku M.L. et al. Hepatitis B in health care personal of an institution for mentally handicapped children and adults. *Journal of clinical microbiology* 1976; 3: 469-73
- 14 Niet gepubliceerde gegevens over het voorkomen van Hepatitis B markers bij personeel in een aantal instituten. Interne notities en persoonlijke mededelingen.
- 15 Lohiya G., Lohiya S., Caires S., et al. Occupational exposure to Hepatitis B virus *Journal of Occupational Medecin* 1984; 26: 184-96
- 16 V. Hattum J., Bessems J.L., Buirma H.J.A., Leentvaar-Kuypers A. Beleid ten aanzien van revaccinatie en prikaccidenten bij gedaalde antiHBs titer na Hepatitis B vaccinatie. *Virale Hepatitis, Nederlandse Vereniging voor Hepatologie* 1990, ISBN 9090034129
- 17 Wisman P.J., v. Hattum J., Mudde G.C., Endeman H.J., Poel J., de Gast G.C. Is booster injection with Hepatitis B vaccine necessary in healthy responders? *Virale Hepatitis, Nederlandse Vereniging voor Hepatologie* 1990, ISBN 9090034129
- 18 Wismans P.J., v. Hattum J., Stelling T., Poel J., de Gast G.C. Effect of supplementary vaccination in healthy non-responders to hepatitis B vaccination. *Hepato-Gastroenterology* 1988; 35: 78-9
- 19 Leentvaar – Kuypers A., Coutinho R.A. Het beleid bij blootstelling aan mogelijk infectieus bloed via huid of slijmvliezen. *NTVG* 1988; 132, nr. 31: 1427-29
- 20 LOZ, Landelijk Overleg Zorg voor geestelijk gehandicapten, Nota sexualiteit en verstandelijk gehandicapten: gevolgen voor het AIDS-preventiebeleid, 1990

Samenstelling werkgroep NVAZ:

Mevr. R. Arends, arts Huize St. Joseph te Heel  
Mevr. M. de Groot, arts Stichting Craeyenburgh te Nootdorp  
Mevr. G. den Hartigh, Arts Merwebolder te Sliedrecht  
Hr. F. Scholte, arts Mariëncamp te Rolde  
Hr. J. Vermeltfoort, arts, 's Koonings Jaght te Arnhem  
Mevr. E. de Witte, arts, Augustinusstichting te Gennepe