

Artikel

Hepatitis B-vaccinatie voor injecterend druggebruikers: van vaccinatieprogramma naar individuele zorg

E.A. de Gee, A. van der Poel

Begin 2012 stopte het landelijke hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen voor injecterend druggebruikers. Het Netwerk Verslavingszorg besloot, op advies van het RIVM, om deze doelgroep wel blijvend gratis vaccinatie te bieden, als onderdeel van individuele zorgverlening. Het Trimbos-instituut voerde 3 en 4,5 jaar later een inventarisatie uit naar het hepatitis B-vaccinatiebeleid binnen de 11 regionale verslavingszorginstellingen. Bij de eerste inventarisatie bleek dat de meeste verslavingszorginstellingen nog geen hepatitis B-vaccinatiebeleid hadden of nog geen mogelijkheid tot vaccinatie boden. Bij de tweede inventarisatie bleek het aantal verslavingszorginstellingen met een vaccinatiebeleid of dat de hepatitis B-vaccinatie gratis aanbood, was toegenomen (respectievelijk 4 en 5 van de 11 instellingen). Tegelijkertijd nam het aantal verslavingszorginstellingen dat cliënten op hun eigen kosten voor hepatitis B-vaccinatie verwees naar de huisarts of GGD toe. Dit leidt tot landelijke verschillen in de inhoud en kwaliteit van zorg voor deze kwetsbare doelgroep.

Inleiding

In november 2011 verschenen in het Infectieziekten Bulletin 2 artikelen over de hepatitis B-vaccinatie bij harddruggebruikers (1,2). De aanleiding hiervoor was de beëindiging van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor injecterende druggebruikers per 1 januari 2012. Door de gestage afname van het aantal vaccinaties aan deze risicogroep, kwam de vraag op of er wellicht sprake was van verzaaiing. Epidemiologische gegevens bevestigden vervolgens het vermoeden dat er onvoldoende argumenten bestonden om de collectieve vaccinatie van injecterende druggebruikers voort te zetten (1).

Het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen had als doel de hepatitis B-transmissie door middel van groepsimmunitet terug te dringen. De individuele gezondheidsbescherming door de vaccinatie was daarbij slechts een voordelige bijkomstigheid. Hoewel er goede redenen

bestonden om dit vaccinatieprogramma voor de groep van injecterend druggebruikers te stoppen, blijft het vanuit het oogpunt van individuele zorgverlening van belang om deze groep bescherming tegen hepatitis B aan te bieden. Het Netwerk Verslavingszorg (GGZ Nederland) nam dit advies van het RIVM dan ook over. De directies van de 11 regionale verslavingszorginstellingen stemden in om de hepatitis B-vaccinatie van injecterende druggebruikers op te nemen in de individuele zorgverlening.

Het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction (NI&HR, gecoördineerd door het Trimbos-instituut) onderzocht in 2011, in opdracht van het RIVM, hoe de instellingen het hepatitis B-vaccinatieprogramma uitvoerden. Hieruit volgden enkele aanbevelingen om de overgang naar individuele hepatitis B-vaccinaties succesvol te laten verlopen(2). Zo luidde een van de aanbevelingen de hepatitis B-vaccinatie en de uitvoering daarvan vastgelegd moest worden in beleid en werkafspraken.

Het NIHR inventariseerde op 2 momenten in hoeverre de individuele hepatitis B-vaccinatie voor injecterend druggebruikers in het beleid en de werkprocessen van de verslavingszorginstellingen is opgenomen. In dit artikel treft u een verslag van de resultaten aan.

Methode

In beide inventarisaties waren de vraagstellingen gelijk:

1. Is er binnen de instelling een vastgesteld beleid met betrekking tot de hepatitis B-vaccinatie voor cliënten?
 - Zo ja, dan werd doorgevraagd naar de doelgroep en de financiering van de vaccinaties.
 - Zo nee, dan werd doorgevraagd naar de redenen voor het ontbreken van beleiden de belemmeringen bij het opstellen van beleid.
2. Biedt uw instelling vaccinaties aan en geeft u die binnen de instelling?

Begin 2014 vond de eerste inventarisatie plaats. De Eerste Geneeskundigen – eindverantwoordelijk voor het beleid op het gebied van de somatische zorg– van de 11 verslavingszorginstellingen (Antes (BoumanGGZ), Arkin, Brijder Verslavingszorg, Emergis, IrisZorg, Mondriaan, Novadic-Kentron, Tactus, Verslavingszorg Noord Nederland, Victas en Vincent van Gogh) ontvingen per e-mail een korte vragenlijst. De resultaten van deze inventarisatie vergeleek men, waar mogelijk, met de gegevens uit het onderzoek naar de organisatie en uitvoering van het vaccinatieprogramma in 2011.⁽²⁾

In augustus 2015 vond de tweede inventarisatie plaats. De respondenten van de eerste inventarisatie werden per e-mail benaderd om mee te werken aan een telefonisch interview. In de interviews was de situatie in 2014 het

uitgangspunt. In enkele gevallen kwamen de antwoorden of aanvullingen per e-mail binnen.

Resultaten

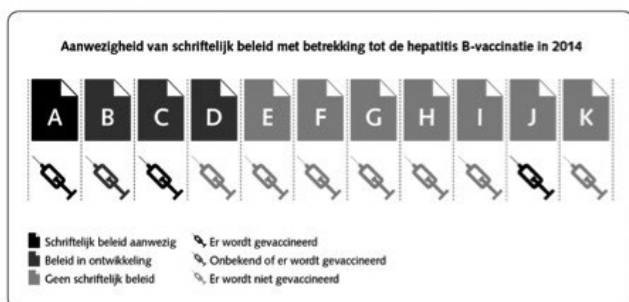
Alle 11 verslavingszorginstellingen namen deel aan de 2 inventarisaties. In 2014 bestonden de respondenten van 8 instellingen niet uit de Eerste Geneeskundigen, maar uit een manager, verslavingsarts, infectieziekteverpleegkundige en/of beleidsadviseur. In 2015 bestonden de respondenten van 4 instellingen uit dezelfde personen als in 2014. De respondenten van de andere instellingen waren ‘nieuw’, maar hadden een van de hierboven genoemde functies. De resultaten van beide inventarisaties worden geanonimiseerd weergegeven, waarbij dezelfde codering gebruikt wordt. Instelling A in de resultaten van 2014 is dezelfde instelling als instelling A in de inventarisatie van 2015, etc.

Stand van zaken 2014

Figuur 1 toont de situatie van begin 2014. Eén verslavingszorginstelling had een vastgesteld beleid voor de hepatitis B-vaccinatie voor injecterend druggebruikers (instelling A). In deze instelling was dit beleid al voor de wijziging van het vaccinatieprogramma in 2012 aanwezig. Drie andere instellingen ontwikkelden begin 2014 een hepatitis B-vaccinatiebeleid voor injecterend druggebruikers, waaronder 1 instelling waar men ten tijde van het vaccinatieprogramma in 2011 nog niet actief vaccineerde (instelling B). In alle gevallen is, zoals door het RIVM geadviseerd en door het Netwerk Verslavingszorg vastgesteld, de doelgroep intraveneus drugsgebruikers.

In slechts 3 instellingen gaf men vaccinaties, bij 2 andere instellingen verwees men cliënten voor de vaccinatie door naar de GGD (instellingen G en K) en bij 1 instelling was het bij de respondent onbekend of er ten tijde van de inventarisatie gevaccineerd werd in de eigen instelling (instelling B).

Het contrast met de situatie in 2011 is groot. Uit het NIHR-onderzoek in 2011 bleek dat eigen medewerkers in 9 van de 11 verslavingszorginstellingen de hepatitis B-vaccinaties zelf gaven.⁽²⁾ De medewerkers gaven destijds aan dat de inspanning hiervoor minimaal was, omdat het vaccineren geïntegreerd was in de bestaande werkprocessen. Destijds was de doelgroep bovendien een stuk groter dan de huidige doelgroep van alleen injecterend druggebruikers (in sommige gevallen betrof het alle (methadon)cliënten).

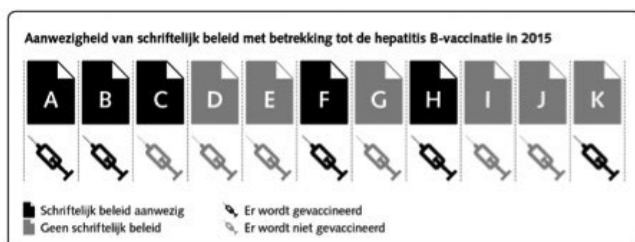


Figuur 1. De stand van zaken in de verslavingszorginstellingen betreffende het beleid en de uitvoer van de hepatitis B-vaccinatie voor cliënten in 2014

Stand van zaken 2015

Figuur 2 toont de situatie van augustus 2015. Er waren op dat moment 5 verslavingszorginstellingen met een hepatitis B-vaccinatiebeleid. Twee instellingen gaven aan dat hun deelname aan het *Doorbraakproject Opsporing en behandeling van hepatitis C in de verslavingszorg* grote invloed had op het vaststellen van het beleid. In dit doorbraakproject werkten teams van verslavingszorg en ziekenhuis met behulp van de doorbraakmethode aan het verbeteren en borgen van de hepatitis C-zorg bij cliënten van de verslavingszorg.⁽³⁾ Bij 4 van de 5 instellingen kunnen (nieuwe) cliënten die injecteren zich op kosten van de instelling laten vaccineren, volgens het besluit van het Netwerk Verslavingszorg. De vijfde instelling verwijst cliënten voor vaccinatie door naar de huisarts (instelling C). De kosten voor de vaccinatie komen dan voor rekening van de cliënt. Van de 6 instellingen zonder vastgesteld beleid, nemen zich 3 voor de huidige werkwijze – screenen op hepatitis B en voor vaccinatie doorverwijzen – binnenkort schriftelijk vast te leggen (instellingen D, E en G).

Ten opzichte van 2014 nam ook het aantal verslavingszorginstellingen waar cliënten een hepatitis B-vaccinatie konden krijgen toe. Echter, het aantal van 5 instellingen dat in 2015 de vaccinatie aanbood is nog altijd minder dan de 9 instellingen waar men in 2011 vaccineerde. Bij 1 van deze 5 instellingen voerde de GGD de vaccinaties uit op kosten van de verslavingszorginstelling (instelling F). Instelling K, zonder hepatitis B-vaccinatiebeleid, biedt de cliënten op slechts 1 locatie een vaccinatie aan op eigen initiatief van de artsen. Hoewel het aantal verslavingszorginstellingen met de mogelijkheid tot vaccinatie steeg, waren er 2 instellingen (C, J) waar injecterende druggebruikers in 2014 nog wel, maar in 2015 niet meer terecht kunnen voor een



Figuur 2. De stand van zaken in de verslavingszorginstellingen betreffende het beleid en de uitvoer van de hepatitis B-vaccinatie voor cliënten in 2015

vaccinatie. Veel verslavingszorginstellingen die geen hepatitis B-vaccinaties bieden verwijzen cliënten met risicogedrag voor vaccinatie door naar de GGD of huisarts, meestal op kosten van de cliënt zelf.

Financiering

Zorgverzekeraars vergoeden de kosten voor de hepatitis B-vaccinatie iedereen met hepatitis C, ongeacht het beleid van de verslavingszorginstelling. Daarnaast voerden 3 instellingen het beleid om injecterend druggebruikers die behoren tot de risicogroepen sekswerkers of mannen die seks hebben met mannen (MSM), door te verwijzen voor vaccinatie naar de GGD. Deze risicogroepen komen bij de GGD nog altijd in aanmerking voor een gratis vaccinatie binnen het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen. Bij instellingen waar het beleid is dat injecterend druggebruikers een gratis vaccinatie kunnen krijgen, komen de kosten voor de vaccinatie – voor zover niet te verhalen op zorgverzekeraar of GGD – ten laste van het eigen instellingsbudget. De inzet van personeel dat de vaccinaties uitvoert, kunnen instellingen bekostigen vanuit de diagnose-behandelcombinatie (dbc) *Aan alcohol en middelen gebonden stoornis*. De ervaring van instellingen die de vaccinatie aanbieden is dat de daadwerkelijke kosten laag zijn aangezien de doelgroep klein is en veel injecterend druggebruikers al in het verleden binnen het vaccinatieprogramma gevaccineerd zijn.

Belemmeringen bij het opstellen van het hepatitis B-vaccinatiebeleid

Tussen 2014 en 2015 vond een verschuiving plaats in de belangrijkste belemmeringen bij het opstellen van hepatitis B-vaccinatiebeleid voor injecterend druggebruikers in verslavingszorginstellingen. Bij de eerste inventarisatie was het meest genoemde knelpunt dat men nog weinig prioriteit gaf aan het opstellen van een vaccinatiebeleid. De respondenten van 4 instellingen antwoordden begin 2014 dat zij geheel niet op de hoogte waren van het besluit van het Netwerk Verslavingszorg om hepatitis B-vaccinatie op te nemen in de zorg aan injecterend druggebruikers. De respondenten van andere instellingen gaven aan dat zij er onvoldoende bij stil hadden gestaan en dat de vragen van de inventarisatie hen eraan had herinnerd dat zij een beleid dienden op te stellen. Waar in 2014 slechts 1 verslavingszorginstelling aangaf dat de financiering van de vaccinaties en de uitvoering daarvan belangrijke knelpunten vormden, was dit in 2015 de meest genoemde reden voor het ontbreken van beleid.

Conclusie

De resultaten schetsen de ontwikkelingen rond het in 2012 veranderde beleid en de uitvoering van de hepatitis B-vaccinatie voor injecterend druggebruikers. Begin van dat jaar stopte het landelijke hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen voor injecterend druggebruikers en besloot het Netwerk Verslavingszorg de vaccinatie op te nemen als onderdeel van individuele zorg.

Slechts 1 verslavingszorginstelling voerde zowel voor als na deze verandering een consequent beleid ten aanzien van de hepatitis B-vaccinatie voor cliënten. In de oude situatie, waarbij injecterend druggebruikers werden gevaccineerd in het kader van het landelijke hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen, valt de vaccinatie in de meeste instellingen onder de reguliere werkzaamheden. Begin 2014, 3 jaar na het veranderde beleid, bleek dat slechts enkele instellingen bezig waren het besluit van het Netwerk Verslavingszorg in beleid om te zetten. De meeste instellingen boden injecterend druggebruikers geen mogelijkheid (meer) om een vaccinatie te krijgen.

In de 1,5 jaar na de eerste inventarisatie pakken steeds meer verslavingszorginstellingen het initiatief op om het hepatitis B-vaccinatiebeleid te organiseren. Waarschijnlijk werkte de eerste inventarisatie als een impuls hiervoor. We zien eind 2015 dat er – ten opzichte van begin 2014 – meer instellingen een vaccinatiebeleid hebben en ook het aantal instellingen waar cliënten de mogelijkheid hebben zich te laten vaccineren groeide. Tegelijkertijd zien we een toename in het aantal instellingen dat bewust kiest om af te wijken van het besluit van het Netwerk Verslavingszorg en vaccinatie niet in het beleid opnam. Het gevolg is dat injecterend druggebruikers nu in de ene instelling wel en in de andere instelling niet worden gevaccineerd tegen hepatitis B. Er ontstaan zo landelijke verschillen in de inhoud en kwaliteit van zorg voor deze kwetsbare doelgroep.

Een aantal instellingen dat geen mogelijkheid tot vaccinatie biedt verwijst cliënten met risicogedrag wel door naar de GGD of de huisarts voor vaccinatie. Bij de GGD kunnen cliënten die behoren tot één van de huidige doelgroepen van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen – sekswerkers of MSM – nog altijd een gratis vaccinatie krijgen. In alle andere gevallen komen de kosten voor vaccinatie bij een doorverwijzing naar de GGD of huisarts voor rekening van de cliënt. Dit vormt een (te) hoge drempel voor

deze doelgroep om zich te laten vaccineren, terwijl zij daar wel baat bij hebben.

Het besluit om het vaccinatieprogramma voor de doelgroep injecterend druggebruikers te stoppen werd relatief kort voor de implementatie van dit besluit, gecommuniceerd. Verslavingszorginstellingen konden zich maar kort voorbereiden om de overgang goed te organiseren. Dat is jammer, omdat de vaccinatie hiermee in veel instellingen stil kwam te liggen en instellingen nu extra inspanningen moeten leveren om hun vaccinatiebeleid te implementeren. Ook bij instellingen waar vaccinatie in het beleid was opgenomen of waar de vaccinatie geboden wordt kan de implementatie daarvan nog verder worden verbeterd. De zorg dat door de snelle gang van zaken een goede en een (kosten)effectieve preventiemaatregel onvoldoende wordt voortgezet op individueel niveau (2,3) blijkt terecht te zijn geweest.

Injecterend druggebruikers vormen een kwetsbare doelgroep, waarbij de mogelijkheden om de gezondheid van deze mensen te verbeteren of te beschermen zoveel mogelijk benut zouden moeten worden. Hoewel de transmissie van hepatitis B op dit moment erg laag is onder druggebruikers, blijft het wenselijk dit risico zoveel mogelijk uit te sluiten. De vaccinatie is betrouwbaar, efficiënt en is – wanneer geïntegreerd in de reguliere werkprocessen – een kleine inspanning met een grote winst voor de gezondheid van de druggebruiker. Vaccinerende instellingen melden momenteel geen problemen over de uitvoering daarvan. Dat de kosten voor het vaccin voor rekening komen van de instelling, ervaart een aantal instellingen als belangrijke belemmering. Toch blijkt dat de daadwerkelijke kosten voor instellingen die een actief vaccinatiebeleid voeren laag blijven. Het gaat om een kleine doelgroep, waarvan een groot deel in het verleden al gevaccineerd is. Veel belemmeringen die door een aantal instellingen worden voorzien, blijken in de praktijk erg mee te vallen. Wellicht dat de inzichten uit deze inventarisaties een aantal instellingen ertoe kan bewegen om de vaccinatie toch in hun beleid op te nemen en zo te zorgen voor een landelijk gelijk aanbod voor injecterend druggebruikers.

Auteurs

E.A. de Gee, A. van der Poel, Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction, Trimbos-instituut.

Correspondentie:

agee@trimbos.nl

Literatuur

1. Dam M van, Ouwerkerk IMS van, Kerkhof JHTC van den, Timen A. Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen: harddruggebruikers vanaf 2012 geen risicogroep meer. Infectieziekten Bull 2011; 22(9): 335-338.
2. Vries FMC de, Gee EA de, Poel A van der. Hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers: organisatie en uitvoering in de verslavingszorg in 2011. Infectieziekten Bull 2011; 22(9): 339-342.
3. Poel A van der, Lindt S van de, Laghaei F, Croes E. Verbetering van de opsporing van hepatitis C in de verslavingszorg. Resultaten van doorbraakproject 2013-2014. TSG 2015; 93(4): 129-132.
4. Gezondheidsraad. Algemene vaccinatie tegen hepatitis B herbeoordeeld. Publicatienr. 2009/03. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.