

## Onderzoek in het kort

# Hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers: organisatie en uitvoering in de verslavingszorg in 2011

F.M.C. de Vries, E.A. de Gee, A. van der Poel

Sinds 2002 wordt het vaccinatieprogramma HBV-risicogroepen uitgevoerd. Binnen dit programma krijgen mensen uit bepaalde risicogroepen gratis vaccinaties aangeboden tegen HBV-virus, omdat zij gezien hun levensstijl een verhoogd risico lopen om geïnficeerd te raken. Druggebruikers zijn één van de doelgroepen. Begin 2011 is besloten om druggebruikers per 1 januari 2012 niet meer collectief als groep te vaccineren binnen dit programma. Daarbij is de wens uitgesproken dat vaccinatie van individuele druggebruikers geïntegreerd wordt binnen de verslavingszorg. Naar aanleiding van deze beleidswijziging heeft het Trimbos-instituut in opdracht van het RIVM in de periode van april tot en met juli 2011 een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de stand van zaken van het huidige vaccinatieprogramma binnen de verslavingszorg. De resultaten tonen aan dat er vooral verschillen bestaan tussen verslavingszorginstellingen in de organisatie en uitvoering van het programma voor druggebruikers. Om deze reden zijn op basis van de verzamelde gegevens algemene actiepunten beschreven, die de kans op een optimale uitvoering kunnen vergroten.

## Inleiding

Begin 2011 is naar aanleiding van de uitkomsten van een expertmeeting en op basis van moleculaire epidemiologische gegevens besloten om druggebruikers per 1 januari 2012 niet meer te vaccineren binnen het programma. Het uitblijven van acute infecties met intraveneus druggebruik als transmissieroute is hierbij de belangrijkste reden. De coördinatie van het vaccinatieprogramma ligt bij het RIVM, maar de regionale coördinatietaak van de uitvoer van het programma ligt bij de GGD'en. In veel regio's werkt de GGD samen met de verslavingszorg met betrekking tot het vaccineren van de doelgroep druggebruikers. De reguliere Nederlandse verslavingszorg bestaat uit elf regionale instellingen. Elke instelling heeft een bepaald verzorgingsgebied met daarbinnen verschillende (fysieke) locaties van waaruit zorg wordt geboden. De kaarten in figuur 1 tonen dat er meerdere GGD'en binnen het verzorgingsgebied van één verslavingszorginstelling vallen. Maar ook dat een GGD in sommige gevallen met 2 verschillende verslavingszorginstellingen te maken heeft binnen de eigen regio. Dat maakt de samenwerkingsstructuren complex,

omdat elke gemeente/GGD haar eigen lokale situatie/omstandigheden met zich meebrengt.

## Vraagstelling en methoden

De hoofdvraag van het onderzoek luidde: Hoe is het HBV-vaccinatie-programma voor de risicogroep druggebruikers in 2011 in de verslavingszorg georganiseerd, en hoe wordt het uitgevoerd?

Deze hoofdvraag valt uiteen in de volgende deelvragen:

- 1 Hoe is de samenwerking tussen verslavingszorg en GGD praktisch georganiseerd?
- 2 Welke handelingen van het HBV-vaccinatieprogramma (werving van de doelgroep, vaccinatie, bloedafname en registratie) worden door de verslavingszorg uitgevoerd en hoe?
- 3 Wat zijn, in 2011, succesfactoren en belemmerende factoren in de uitvoer van het programma voor druggebruikers in de verslavingszorg?
- 4 Hoe ziet de verslavingszorg de toekomst van HBV-vaccinatie voor druggebruikers?



**Figuur 1** Links een kaart met de verzorgingsgebieden van de 11 verslavingszorg instellingen in Nederland. Rechts een kaart met daarop de 28 GGD-regio's in Nederland..

Alle 11 reguliere instellingen voor verslavingszorg waren betrokken in het onderzoek. Er zijn in totaal 14 semigestructureerde interviews (waaronder ook telefonische interviews) afgenomen onder artsen, project-/teamcoördinatoren en (aandachts) verpleegkundigen. Als kaders voor de interviews dienden het draaiboek Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen en de richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). (3,4) De interviews zijn opgenomen, nadien letterlijk uitgetypt en vervolgens geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma MaxQDA. Daarnaast is een werkseminar georganiseerd waar 29 deelnemers aan de hand van scenario's discussieerden over de toekomst van het vaccinatieaanbod in de verslavingszorg.

## Resultaten

Bij 4 van de 11 instellingen wordt het programma op alle locaties consequent en op een systematische wijze uitgevoerd. Bij 4 instellingen blijkt er een versnippering te zijn in de uitvoering; hier wordt niet op alle locaties al dan niet op een eenduidige manier, gevaccineerd óf het is onduidelijk of op alle locaties wordt gevaccineerd. Bij 3 instellingen wordt het programma ten tijde van dit onderzoek niet of nauwelijks uitgevoerd.

## Taakverdeling

De belangrijkste verschillen tussen instellingen met betrekking tot de uitvoering van het vaccinatieprogramma betreffen de taakverdeling tussen de totale verslavingszorg en de GGD. Iedere instelling kent een andere taakverdeling aangaande vaccineren, bloedafname en registreren in het landelijke systeem. Tabel 1 toont een overzicht van deze taakverdeling.

## Locaties

Binnen een verslavingszorg werkgebied zijn meerdere locaties gevestigd. Globaal geschat wordt er op ruim 70 verschillende locaties binnen de verslavingszorg gevaccineerd, waarbij per instelling gemiddeld 6 locaties geteld worden. Een exact aantal vaccinatielocaties bleek voor de geïnterviewden moeilijk te reproduceren.

## Te vaccineren doelgroep

Er zijn verschillen tussen de instellingen en hun te vaccineren doelgroep. Twee instellingen vaccineren uitsluitend (injecterende) harddruggebruikers volgens de definitie van het programma. Vijf instellingen vaccineren echter alle druggebruikers die ingeschreven staan bij de verslavingszorg locaties en dag-/nachtopvang. Hieronder vallen onder andere druggebruikers die gebruik maken van methadonposten, gebruikersruimten, klinieken en leefgemeenschappen. Enkele instellingen vaccineren daarbij ook GHB-gebruikers en sporadisch softdrug- en alcoholgebruikers. Twee instellingen kiezen ervoor uitsluitend druggebruikers te vaccineren die in een methadonprogramma zitten.

## Eigen registratiesysteem

Alle instellingen die het programma uitvoeren, gebruiken naast het landelijk registratiesysteem een eigen registratiesysteem om de vaccinatiestatus van cliënten te registreren. Het merendeel van de instellingen hanteert een vorm van digitale of elektronische registratie, waaronder in EPD (elektronisch patiëntendossier) of in Excel, Digibord of Word. De meeste instellingen gebruiken meer eigen registraties naast elkaar, bijvoorbeeld een papieren naast een elektronische registratie.

## Succes- en belemmerende factoren

Tijdens de interviews en het werkseminar is ook gevraagd naar factoren die bijdragen aan het slagen of falen van het programma. Een gemotiveerde voortrekker, schriftelijke vastlegging van werkafspraken, een korte lijn met de GGD en uitgebreide compliance- en wervingsactiviteiten zijn daarbij als belangrijkste succesfactoren genoemd. De belangrijkste factoren die het programma belemmeren zijn: gebrek aan uren en/of mankracht, onvoldoende draagvlak vanuit het management en het missen van een instellingsbreed HBV-vaccinatiebeleid.

## Toekomst

Over zaken die betrekking hebben op de toekomst van de HBV-vaccinatie heerst een grote onzekerheid binnen de instellingen. Enkele instellingen zijn al bezig met het uitdenken van toekomstplannen, terwijl anderen een meer afwachtende houding aannemen. Wel hebben deze instellingen ideeën over het HBV-vaccinatieaanbod voor druggebruikers vanaf 2012. Zeven instellingen geven aan een ondersteunende rol op regionaal niveau van de GGD te zien in de praktische uitvoer van HBV-vaccinatie. Alle instellingen zouden toegang tot het landelijk registratiesysteem willen houden, om informatievoorziening en –uitwisseling op landelijk niveau te behouden.

## Conclusie

Naast een aantal overeenkomsten zijn er (in 2011) vooral verschillen tussen verslavingszorginstellingen in de organisatie en uitvoering van het HBV-vaccinatieprogramma voor druggebruikers. Daarbij moet opgemerkt worden dat het een niet per definitie beter werkt dan het ander, of dat er binnen ‘verslavingsland’ een sterke voorkeur voor het een of het ander wordt gedeeld. Wat werkt is afhankelijk van de specifieke regionale of lokale situatie en de interne structuren van een instelling.

Het belangrijkste verschil ligt in de taakverdeling tussen de instellingen en de GGD, over zaken als vaccineren, bloedafname en registreren. Bij het merendeel van de instellingen zijn er expliciete afspraken gemaakt over de verdeling van de uit te voeren taken met betrekking tot HBV-vaccinatie. De mate waarin de GGD taken uitvoert verschilt daarbij sterk tussen verslavingszorginstellingen. Daarnaast worden er verschillende definities van de doelgroep druggebruikers gehanteerd. Het merendeel van de

instellingen hanteert de definitie zoals die door het programma is vastgesteld. Het komt ook voor dat een instelling alle ingeschreven druggebruikers vaccineert. De omvang van de te vaccineren doelgroep per instelling wordt aldus bepaald door hoe breed/smal de doelgroepeffinitie wordt toegepast.

Naast verschillen tussen instellingen blijken er ook grote verschillen binnen instellingen te bestaan in de uitvoering van het programma. Het blijkt dat het werken onder dezelfde instellingsnaam niet automatisch inhoudt dat er binnen de instelling een eenduidige uitvoering van het vaccinatieaanbod bestaat. Met name binnen geografisch grote instellingen met diverse locaties in diverse GGD-regio’s zijn er locaties die als ‘eilandjes’ opereren. Onder de geïnterviewden wordt dit als een groot knelpunt ervaren; zij zien liever een instellingsbreed vaccinatiebeleid.

Wat de toekomst betreft, spraken de meeste aanwezigen op het werkseminar de voorkeur uit voor inpassen van HBV-vaccinatie in het intakegesprek en in de evaluatiemomenten van de RIOB. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat de RIOB niet binnen alle instellingen of op alle locaties volledig nageleefd wordt. De haalbaarheid en wenselijkheid van een campagne-matige aanpak hangt samen met de grootte van een locatie of instelling. Deze aanpak lijkt meer aangewezen bij kleinere locaties/instellingen.

## Aanbevelingen

De grote verschillen in de organisatie en uitvoering van het programma tussen en binnen de instellingen maken het onmogelijk om ‘de gouden standaard’ te beschrijven die bij landelijke toepassing een optimale uitvoer van het aanbod garandeert. Wel is het mogelijk om op basis van de geïnventariseerde gegevens, waaronder de succes- en belemmerende factoren, een aantal actiepunten te beschrijven, die de kans op een optimale uitvoering kunnen vergroten.

- *Wijs een voortrekker/ coördinator aan in de aansturing van het hepatitis B-vaccinatieaanbod*

Aansturing vanuit een centraal punt door een voortrekker werkt in het versterken van de positie van het vaccinatieaanbod binnen de instelling. De ‘voortrekker’ is daarbij competent in het uitvoeren van het vaccinatiebeleid en is daarnaast ook toegewijd om het vaccinatieaanbod binnen de instelling op de kaart te zetten en te behouden.

Tabel 1 Taakverdeling tussen verslavingszorg en GGD (N=11).

	Door instelling zelf	Door GGD	Lab/anders	Combinatie	Programma niet/nauwelijks uitgevoerd
Eerste vaccinatie	7	1	-	-	3*
Bloedafname	5	-	1	3**	2***
Landelijke registratie	5	1	-	3****	2

\*Bij 2 instellingen wordt het programma niet uitgevoerd, een derde instelling vaccineert heel sporadisch een enkele druggebruiker.

\*\*Bij 1 instelling wordt bloedafname zowel door de instelling zelf als door het laboratorium gedaan. Bij 2 instellingen wordt bloedafname zowel door de GGD als door het laboratorium gedaan.

\*\*\*Binnen deze instellingen wordt geen bloed afgenomen in het kader van het HBV-vaccinatieprogramma

\*\*\*\*Bij deze 3 instellingen wordt zowel door de instelling zelf als door de GGD geregistreerd in het landelijk systeem.

- *Voer het hepatitis B-vaccinatieaanbod uit met meerdere personen*

Het vaccinatieaanbod voor hepatitis B is erg kwetsbaar als dit gedragen en uitgevoerd wordt door slechts één persoon. Wanneer deze persoon wegvalt, om welke reden dan ook, zal het vaccinatieaanbod hoogstwaarschijnlijk ook verdwijnen. Om continuering van dit aanbod te waarborgen is het aan te raden meerdere medewerkers in staat te stellen de vaccinatie tegen hepatitis B te verzorgen.

- *Leg de uitvoering van hepatitis B-werkprocessen vast in een beleidsplan/werkplan*

Voor de continuering en borging van vaccinatieactiviteiten is het belangrijk om afspraken op papier vast te leggen. Dit betekent opname van hepatitis B-vaccinatie in de beleidsplannen, maar ook zorgen dat de benodigde taken en bevoegdheden in de functieomschrijving van medewerkers zijn beschreven.

- *Leg het aantal beschikbare uren vast die specifiek aan hepatitis B-vaccinatie besteed kunnen worden*

Voor een optimale borging van het vaccinatieaanbod is het belangrijk dat er voldoende beschikbare uren vrij worden gemaakt binnen de normale werkzaamheden om het vaccinatieaanbod uit te voeren. De tijdsinvestering zoals omschreven in het draaiboek van het hepatitis B-vaccinatieprogramma kan hiervoor als richtlijn worden gebruikt.

- *Bied vaccinatie aan binnen breder infectieziekten/somatiek aanbod*

Een manier om de tijdsinvestering voor hepatitis B-vaccinatie beheersbaar te houden is om het in te passen in een breder aanbod op het gebied van infectieziekten en somatiek. Druggebruikers hebben ook een verhoogde kans op hepatitis C, hiv en TBC. Het komt de efficiëntie ten goede om het aanbod van testen en vaccineren voor de verschillende infectieziekten integraal aan te bieden.

- *Zorg voor een goede registratie van de gevaccineerde druggebruikers*

Om het werk overzichtelijk en beheersbaar te houden is een transparante heldere registratie onmisbaar. Bij het verdwijnen van de doelgroep druggebruikers uit het vaccinatieprogramma zal het landelijk registratiesysteem niet langer beschikbaar zijn voor medewerkers van de verslavingszorg om gevaccineerde druggebruikers te registreren en op te zoeken. Transparante en heldere registratie van gevaccineerde druggebruikers blijft echter van belang om snel te kunnen zien of druggebruikers al dan niet gevaccineerd zijn en om bij te houden welke druggebruikers hun tweede of derde vaccinatie moeten krijgen.

## Tot slot

De resultaten van het onderzoek van het Trimbos-instituut zijn in een rapport aangeboden aan de verslavingszorginstellingen en de GGD'en. Het is aan de verslavingszorg of en hoe nog onbeschermde druggebruikers vanaf 2012 gevaccineerd gaan worden. GGZ Nederland heeft in ieder geval toegezegd de nieuwe injecterende druggebruikers te willen vaccineren.

## Auteurs:

F.M.C. de Vries, E.A. de Gee, A. van der Poel, Trimbos-instituut, Utrecht

Correspondentie:

E.A. de Gee | [agee@trimbos.nl](mailto:agee@trimbos.nl)

## Literatuur

1. RIVM Werkgebieden (ambulante) verslavingszorg 2006 <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/gebiedsindelingen-en-topografie/gebiedsindelingen/werkgebieden-ambulante-verslavingszorg-2006/geraadpleegd-op-08-08-2011>
2. RIVM GGD-regio's 2011 <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/gebiedsindelingen-en-topografie/gebiedsindelingen/ggd-regio-s/geraadpleegd-op-08-08-2011>
3. Bos BJ, Buel H van, Dam M van, et al. Draaiboek Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen. Landelijk Coördinatieteam Infectieziektebestrijding. Bilthoven: Clb/RIVM, 2009.
4. Oliemeulen L, C Loth, C de Jong. Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling; RIOB. Utrecht: GGZ Nederland/Resultaten Scores, 2005.