

NVVA Richtlijn

Influenza preventie

in verpleeghuizen en verzorgingshuizen

NVVA Richtlijn Influenza preventie

in verpleeghuizen en verzorgingshuizen

Cools HJM, Hergreen JJ, de Jong RE, Lichtenbelt MF, Rothbarth PH, van Essen GA

Voorzitter en eindredacteur:

Prof.dr. H.J.M. Cools, verpleeghuisarts
Leids Universitair Medisch Centrum Leiden

Mevr. J.J. Hergreen, verpleeghuisarts
Zonnehuisgroep Amstelland, locatie Het Zonnehuis
Amstelveen

Mevr. R.E. de Jong, verpleeghuisarts
Verpleeghuis Anholt Assen

Mevr. M.F. Lichtenbelt, verpleeghuisarts
Verpleeghuis Wendhorst Heerde

dr. P.H. Rothbarth, medisch microbioloog
Rijnland ziekenhuis Leiderdorp

dr. G.A. van Essen, huisarts
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en
Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch
Centrum Utrecht

Uitgave april 2004
ISBN nr. 90 807332 3 7

Als adviseur op specifieke onderdelen traden op:

Prof. dr. P.J. van de Broek, internist-infectioloog
Leids Universitair Medisch Centrum

Prof.dr. J.W.M. van der Meer internist-infectioloog
Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen

T. de Graas, verpleeghuisarts
Verpleeghuis Oostergouw

Mevr. M.L. Kuijper, verpleeghuisarts
Verpleeghuis Guisveld Zandijk

Mevr. Drs. D.M.J. Bauduin, ethica
Trimbos Instituut Utrecht

Drs. R.T. van Zelm
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Werkgroep Influenza in Verpleeg- en
verzorgingshuizen
Landelijke Coördinatiestructuur
Infectieziektebestrijding Utrecht

Medewerking namens de NVVA:

Kwaliteitsmedewerker P. Ramler
Eindredacteur mev. B.N. Liedmeier

Inhoud

1.	Inleiding	4	3.	Toelichting op uitspraken uit hoofdstuk 1 en 2	17
1.1	NVVA richtlijnen	4		Toelichting bij hoofdstuk 1: inleiding	17
1.2	Wat is influenza in een verpleeghuis of verzorgingshuis?	4	ad 1.3	Waarom een richtlijn Influenza in verpleeghuizen en verzorgingshuizen	17
1.3	Waarom een richtlijn Influenza in verpleeghuizen en verzorgingshuizen?	5	ad 1.4	Verantwoording	17
1.4	Verantwoording over de totstandkoming van de richtlijn	5	ad 1.5	De leeswijzer	18
1.5	Leeswijzer	6			
2	De richtlijn	7		Toelichting bij hoofdstuk 2: de richtlijn	19
St. 1	Plaatsbepaling	7	ad st. 1	Plaatsbepaling	19
St. 2	Pandemie	7	ad st. 2	Pandemie	21
St. 3	Influenzavaccinatieplan	8	ad st. 3	Influenzavaccinatieplan	21
St. 4	Informatievoorziening	8	ad st. 4	Informatievoorziening	21
St. 5	De eerste verdedigingslinie: vaccinatie	9	ad st. 5	De eerste verdedigingslinie: vaccinatie	22
St. 6	Vaccinatiegraad	10	ad st. 6	Vaccinatiegraad	22
St. 7	Waakzaamheid	11	ad st. 8	Influenza-uitbraakplan	23
St. 8	De tweede verdedigingslinie: het influenza-uitbraakplan	11	ad st. 10	Virologische bevestiging	23
St. 9	Klinische diagnose	12	ad st. 11	Curatieve behandeling	24
St. 10	Virologische bevestiging	12	ad st. 13	Medicamenteuze profylaxe bij patiënten	24
St. 11	Curatieve behandeling	13	ad st. 14	Medicamenteuze profylaxe bij zorgverleners	25
St. 12	Spoedvaccinatie	13	ad st. 15	Cohortverpleging	25
St. 13	Medicamenteuze profylaxe bij patiënten	14	ad st. 18	Instemming van de patiënt	25
St. 14	Medicamenteuze profylaxe bij zorgverleners	14	ad st. 19	Instemming van de zorgverlener	26
St. 15	Cohortverpleging	14			
St. 16	Opnames	15			
St. 17	Einde van de influenza-uitbraak	15			
St. 18	Instemming van de patiënt	15			
St. 19	Instemming van de zorgverlener	16			
			4.	Implementatievoorbeelden	27
			4.1	Stappenplan jaarlijkse influenza-vaccinatie	28
			4.2	Schriftelijke informatie	32
			4.3	Influenza uitbraakplan	36
			4.4	Overzicht virologische laboratoria	39
			4.5	Schema: natuurlijk verloop van influenza	40
				Bijlage 1:	41
				Indicatoren: structuur, proces en uitkomst	

Inleiding

Influenza is al duizenden jaren bekend. De Egyptenaren herkenden reeds influenza-achtige ziektebeelden. Het eerste verslag van een Europese epidemie stamt uit het jaar 876. Sedertdien zijn de meeste influenza-achtige epidemieën in Europa vastgelegd; doorgaans treffen deze vooral ziekelijke oudere mensen en hebben ze een regionale reikwijdte, af en toe gaat het om een pandemie en wordt wereldwijd een groot aantal gezonde personen ziek.

In 1930 werd het oorzakelijke virus van influenza bij het varken geïsoleerd. In 1933 volgde de isolatie van het virus bij de mens. Al tien jaar later werden mensen gevaccineerd met geïnactiveerd virus.

Sedertdien blijken influenzavaccinaties op alle leeftijden een daling van het aantal zieken, ziekenhuisopnamen en de sterfte te bewerkstelligen, zolang de vaccinantigenen een sterke overeenkomst vertonen met de antigene structuur van de heersende epidemische virusstam.

Inmiddels is er een wereldwijde anti-influenza strategie ontstaan met daarop geënte landelijke, regionale en plaatselijke vaccinatieprogramma's. Desondanks doen zich regelmatig pandemieën en lokale epidemieën voor.

De influenza-uitbraken in zorgverlenende instellingen waar veel zieke ouderen verblijven krijgen toenemende aandacht. De medische aspecten van deze influenza-uitbraken zijn in Nederland aandachtsgebied van verpleeghuisartsen, huisartsen en bedrijfsartsen. In dit kader ontwikkelde de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) de richtlijn Influenza in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

1.1. NVVA richtlijnen

Een NVVA richtlijn geeft doeltreffend en doelmatig advies aan de verpleeghuisarts over de diagnostiek, preventie, behandeling en zorgorganisatie van het desbetreffende onderwerp binnen de mogelijkheden van het eigen werkveld. De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en *best practice* en voor het overige op aanbevelingen van deskundigen op het betreffende gebied. NVVA richtlijnen sluiten aan op de taken en verantwoordelijkheden van de verpleeghuisarts.¹

¹ Takenpakket Verpleeghuisarts/Sociaal geriater, NVVA 2003

1.2 Wat is influenza in een verpleeghuis of verzorgingshuis?

In de volksmond worden aandoeningen van de bovenste luchtwegen vaak als griep geduid. Doorgaans worden ze veroorzaakt door een infectie, meestal van virale oorsprong. Virale infecties van de bovenste luchtwegen kunnen ontstaan door verschillende respiratoir syncytiaal virussen, influenzavirussen en/of paraïnfuenzavirussen. Bij de corona en influenza virussen komt besmetting tot stand via kleine druppelaërosolen die bij het hoesten of niezen vrijkomen. Overdracht door lichamelijk contact vindt plaats bij rhinovirussen, respiratoir syncytieel virussen, paraïnfuenzavirussen en adenovirussen. Het klinisch beeld van al deze influenza-achtige ziekten bestaat uit verschillende combinaties van hoofdpijn, spierpijn en keelpijn, plotselinge koorts, koude rillingen, droge hoest en malaise. Om bij een epidemie de klinische diagnose 'influenza' te kunnen stellen, zijn er vier van deze verschijnselen vereist, zo stelt de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG)-standaard Influenza en Influenzavaccinatie. Wanneer er geen sprake is van een epidemie, moeten zich minimaal zes verschijnselen manifesteren. De incubatietijd van influenza varieert van één tot zeven dagen.

Bij patiënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen is de klinische diagnose influenza moeilijk te stellen. Veel patiënten zijn niet in staat hun klachten goed te uiten. Bovendien komen koorts en malaise voor bij meer ziekten, waarvan sommige chronisch recidiverend zijn. Na bedrust of bij bedlegerigheid kunnen patiënten met een hersenaandoening veel hoesten. Anderzijds verslechtert influenza bij patiënten met een hersenaandoening vaak de eetlust, het bewustzijn daalt en er kan een delier ontstaan.

Kortom: de ziektekenmerken van influenza en andere aandoeningen laten zich bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen niet makkelijk van elkaar onderscheiden. Daarom wordt vaak pas aan influenza gedacht als dit een aantal patiënten tegelijk overkomt. Het vermoeden op influenza wordt versterkt indien zich bovendien plotseling meer zorgverleners dan gebruikelijk ziek melden. Een influenza-uitbraak in verpleeg- of verzorgingshuis kan pas vastgesteld worden wanneer binnen 24 uur na de klinische diagnose de virologische bevestiging wordt gegeven bij ten minste één patiënt.

1.3 Waarom een richtlijn Influenza in verpleeghuizen en verzorgingshuizen?

Deze richtlijn is voor de verpleeghuisarts een instrument om influenza in een verpleeghuis en verzorgingshuis zo veel mogelijk te voorkómen dan wel de nadelige gevolgen ervan voor de patiënt te beperken. Primair is het oogmerk de verbetering van kwaliteit van leven van de patiënten door de beperking van de ziektelast. Secundair wordt gepoogd voortijdige sterfte te voorkómen.

De werkgroep Influenza doet geen uitspraak over de financiële gevolgen van deze richtlijn om twee redenen:

- een gedegen kosten-batenanalyse van de preventie, behandeling en profylaxe van influenza in verpleeghuizen ontbreekt;
- de implicaties van de werkelijke kosten en baten zijn onderdeel van een veel ruimere belangenafweging op macro-, meso- en microniveau.²

1.4 Verantwoording over de totstandkoming van de richtlijn

Op verzoek van de stuurgroep Richtlijnontwikkeling van de NVVA is op 6 december 2002 de werkgroep 'Richtlijn Influenza in verpleeghuizen en verzorgingshuizen' gestart. Van meet af aan namen een huisarts en een medisch microbioloog aan de werkgroep deel. Tijdens de conceptuele fase zijn deskundigen op specifieke onderdelen geraadpleegd.

De voorzitter was ook lid van de werkgroep 'Influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen' van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). Dat geldt eveneens voor een adviserende verpleeghuisarts met recente ervaring in het gebruik van neuraminidaseremmers gedurende een influenza-uitbraak. Daardoor sluiten deze richtlijn en 'bijlage IV bij het LCI-protocol influenza: Influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen' van de LCI op elkaar aan.

De richtlijn biedt de verpleeghuisarts handreikingen om - los van plaatselijke samenwerkingsovereenkomsten - met de huisartsen, bedrijfsarts en instellingsdirectie tot een goede samenwerking bij influenzabeleid te komen. Op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en na overleg met de directie, kan de verpleeghuisarts bovendien bepaalde medische werkzaamheden in dit kader door anderen uit laten voeren.

Literatuur³

De werkgroep is als volgt te werk gegaan bij het zoeken naar literatuur:

- a. Doorname van de Engelstalige (inter)nationale influenzastandaarden en richtlijnen die in 2003 in gebruik waren op de termen *residential care; nursing home; home elderly; home aged; long term care facility*.
- b. Search voor artikelen over de effectiviteit en dosering van neuraminidaseremmers. Het *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* publiceerde in 2003 een meta-analyse over neuraminidaseremmers, die tot 2001 liep. Op basis daarvan heeft de werkgroep in embase en medline gezocht naar: *zanamivir, oseltamivir neuraminidase inhibitor* en sialidase inhibitor*. De resultaten werden ingeperkt op basis van:
 - publicatie type: *Randomized clinical trial (RCT)*;
 - taal: Nederlands, Engels, Frans en Duits;
 - tijdstip: tot 2001.
- c. Voorts is gezocht naar artikelen over de vaccindosering en het effect van vaccinboosters met de zoektermen: *influenza vaccination; double dose and booster*.
- d. Wat betreft de logistiek rondom vaccinatie deed de werkgroep de aanname dat dit thema vooral in de Angelsaksische literatuur is beschreven. Daarom is de CINAHL database op de volgende zoektermen doorgenomen: *influenza; flu; vaccination; nursing homes; residential-facilities; homes elderly; homes aged; long term care facilities; management en organi**.

Commentaren

De werkgroep heeft de concept richtlijn voor becommentariëring verzonden naar:

- Veertig verpleeghuisartsen, gerandomiseerd uit het NVVA-ledenbestand. Response: 23.
- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding, werkgroep Influenza in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Schriftelijke reactie ontvangen.

² voor meer informatie over de kosten van influenzavaccinatie: zie hoofdstuk 3 Toelichting, ad 1.3

³ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting ad.1.4

- Arcares, branchevereniging Verpleging & Verzorging Utrecht. Schriftelijke reactie ontvangen.
- Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Mondelinge reactie ontvangen.
- Landelijk Orgaan Cliëntenraden (LOC) Reactie: becommentariëring valt buiten onze competentie.
- De Nederlandse Patiënten & Consumenten Federatie. (NPCF) Schriftelijke reactie ontvangen.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) Schriftelijke reactie ontvangen.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Schriftelijke reactie ontvangen.
- De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Schriftelijke reactie ontvangen.
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB). Schriftelijke reactie ontvangen.
- De Nederlandse Vereniging van Artsen in de Verstandelijke Gehandicaptenzorg. (NVAVG) Reactie: binnen de gestelde tijd is geen inhoudelijke reactie mogelijk.
- De Werkgroep Richtlijnontwikkeling (WRO) van de NVVA. Schriftelijke reactie ontvangen.
- De Autorisatie commissie van de NVVA voor een marginale toetsing. Reactie: de richtlijn is geautoriseerd.

De werkgroep heeft het commentaar van de respondenten verwerkt in de richtlijn.

De term *zorgenheid* is gedefinieerd als een vaste groep zorgverleners die gezamenlijk 24-uurs verzorging regelen voor een vaste groep patiënten. Een vaste groep bestaat tevens uit de invallers en waarnemers. In de praktijk kan deze term *zorgenheid* worden uitgelegd als afdeling, unit, etage, locatie, leefgroep en dergelijke. Onder de *medische directie* wordt de (verpleeg) huisarts verstaan die in de instelling eindverantwoordelijk is voor het medisch beleid.

Waar *zij* staat geschreven in de tekst, wordt bedoeld op personen van beiderlei kunne.

1.5 Leeswijzer

De richtlijn bestaat uit vijf onderdelen. Na het voorwoord is het tweede hoofdstuk opgebouwd uit stellingen die de belangrijkste aanbevelingen beschrijven. Per stelling volgt een onderbouwing en een verdere uitwerking. Zonodig wordt een specifieke toelichting op de stellingen gegeven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 bevat voorbeeldmateriaal dat kan worden gebruikt bij de implementatie van de richtlijn. In het laatste hoofdstuk zijn structuur-, proces- en uitkomstindicatoren geformuleerd waarmee het influenza-vaccinatieplan en het influenza-uitbraakplan geregistreerd en bijgestuurd kunnen worden. Bij de stellingen benoemt de werkgroep het kader waarbinnen de stelling valt of van het bewijsniveau die daarvoor geleverd is. Het toekennen van het bewijsniveau is gedaan aan de hand van het model van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.⁴ De term *patiënt* wordt gehanteerd voor bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen, omdat bij hen doorgaans sprake is van multipathologie die interfereert met influenza.

Indien een passage uitsluitend patiënten met influenza betreft, wordt de term *influenzapatiënt* gebruikt. Het personeel in verpleeghuizen en verzorgingshuizen dat patiënten verzorgt, verpleegt, behandelt en/of begeleidt wordt aangeduid met de term *zorgverlener*.

⁴ zie hoofdstuk 3 Toelichting, ad 1.5

De richtlijn

Stelling 1. De plaatsbepaling

Deze richtlijn geldt *alleen* in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. De medische aspecten van de manifestatie van influenza in deze omgeving vergen een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst tussen verpleeghuisarts, huisarts en bedrijfsarts.⁵

Kader: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn semi-besloten gemeenschappen waarin zowel gewoond als gewerkt wordt. In dergelijke omgevingen kunnen besmettelijke ziekten als influenza snel epidemische vormen aannemen. In deze complexe gemeenschappen opereren verschillende medische disciplines: verpleeghuisarts, huisarts en bedrijfsarts. Om bij een dreigende epidemie adequaat en doelgericht op te treden, moet de verdeling van de medische verantwoordelijkheden tussen de verschillende typen artsen transparant en ondubbelzinnig zijn.

De individuele en de groepsgewijze medische zorg voor verpleeghuispatiënten is de verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts. In verzorgingshuizen wordt deze verantwoordelijkheid gedeeld met de huisartsen van de individuele bewoners.

Verpleeghuisarts, huisarts en bedrijfsarts hebben een onderling afwijkende positie ten opzichte van de instelling, de patiënten, de influenzapatiënten en de zorgverleners. Wanneer deze artsen samenwerken of afspraken maken, verdient het aanbeveling vast te leggen welke rol welke arts heeft. Dit geldt in het bijzonder bij de opstelling van het influenzavaccinatieplan⁶ en het influenza-uitbraakplan.⁷

De verschillende posities van waaruit een arts kan opereren zijn onder meer:

- Behandelend arts van patiënt: huisarts en/of verpleeghuisarts, eventueel waarnemend, eventueel gedelegeerd aan elkaar.
- Behandelend arts van influenzapatiënt: huisarts en verpleeghuisarts, eventueel waarnemend eventueel gedelegeerd aan elkaar.
- Bedrijfsgeneeskundige: bedrijfsarts, eventueel gedelegeerd aan verpleeghuisarts of huisarts.

⁵ Zie ook hoofdstuk 3 toelichting bij stelling 1

⁶ Zie stelling 3 Het influenzavaccinatieplan

⁷ Zie stelling 8 De tweede verdedigingslinie: het influenza-uitbraakplan

- Arts verantwoordelijk voor het influenzavaccinatieplan: verpleeghuisarts of huisarts.
- Arts verantwoordelijk voor het influenza-uitbraakplan: verpleeghuisarts of huisarts.
- Medisch verantwoordelijke voor het medisch beleid in het algemeen en/of voor influenza: verpleeghuisarts of huisarts.

Het medisch handelen van de verpleeghuisarts, de huisarts en de bedrijfsarts wordt ingekaderd door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), Wet Infectie-preventie (WIP), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Arbeidsomstandigheden wet (ARBO).

Nota bene: het uitwisselen van medische gegevens vereist instemming van patiënten en zorgverleners

Stelling 2. Pandemie

Deze richtlijn geldt *niet* in geval van een pandemie of de wijde verspreiding van een nieuwe virusstam van influenza waartegen weinig of geen weerstand bestaat onder de inwoners van Nederland. In dat geval worden de aanwijzingen van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectiebestrijding (LCI) gevolgd.⁸

Kader: Infectieziektenwet

Van een influenzapandemie is sprake wanneer gedurende langere tijd bij grote aantallen mensen, in de open bevolking en in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, influenza optreedt ten gevolge van een *antigenic shift* van influenza-virus type A. In dat geval is een landelijk beleid van kracht.

De Wet Infectieziekten legt de meldingsplicht van iedere mogelijke influenza-uitbraak bij de directie van een instelling. De melding vindt plaats bij de afdeling Infectiebestrijding van de GGD.

⁸ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 2

De directie van een instelling beschikt over een arts die de eindverantwoordelijkheid draagt voor het medisch beleid, de medisch directeur.

De arts Infectiebestrijding van de GGD adviseert de medisch directeur aan de hand van het betreffende LCI-draaiboek.

Stelling 3. Het influenzavaccinatieplan

Ieder verpleeghuis en verzorgingshuis beschikt over een influenzavaccinatieplan⁹ voor de patiënten en de zorgverleners. De hiervoor verantwoordelijke arts start jaarlijks met de uitvoering van de medische en logistieke aspecten hiervan.¹⁰

Kader: Kwaliteitswet Zorginstellingen

Bij een influenza-infectie behoren patiënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen tot de risicogroepen. Zij komen dus voor vaccinatie in aanmerking. De aard van het verhoogde risico en de kans op complicaties zijn beschreven bij de toelichting onder stelling 4.

Vaccinatie in het verpleeghuis

Het influenzavaccinatieplan is na advies van de ondernemingsraad en de cliëntenraad door de directie vastgesteld en wordt jaarlijks bijgesteld. Dit plan start met het bestellen van de benodigde vaccins, voor patiënten en zorgverleners.

Ten aanzien van de zorgverleners doet de directie een aanbeveling tot vaccinatie.¹¹ De vaccinatie kan uitgevoerd worden door:

- de huisarts;
- de bedrijfsarts;
- de verpleeghuisarts in overleg met de bedrijfsarts.

Op grond van financiële en organisatorische overwegingen bepaalt de directie voor welke werkwijze gekozen wordt. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd.

Vaccinatie in het verzorgingshuis

Het vaccinatieplan in het verzorgingshuis doorloopt grotendeels dezelfde procedure als in het verpleeghuis. Er is echter een verschil: op basis van de afspraken die al bestaan over de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts in het desbetreffende verzorgingshuis, wordt bepaald wat de geëigende aanpak is voor het influenzavaccinatieplan.

Daar de verpleeghuisarts regelmatig samenwerkt met de overige betrokken zorgverleners, verkeert zij in een gunstige positie voor de doelmatige afstemming tussen de vaccinatieprocedures van patiënten en zorgverleners.

Uitstel vaccinatie

Alle patiënten met een acuut koortsende ziekte krijgen uitstel van influenzavaccinatie. Andere ziekten zijn geen reden tot uitstel.

Principiële bezwaren

De richtlijn doet geen uitspraken over groeps- of instellingsgewijze principiële bezwaren tegen vaccinatie.

Stelling 4. De informatievoorziening

- a. Influenza heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt en het kan de progressie van andere ziekten versnellen. Daarnaast veroorzaakt het in beperkte mate voortijdige sterfte.
- b. Alle patiënten worden jaarlijks geïnformeerd over hun verhoogde risico op complicaties ten gevolge van influenza. Indien de patiënt zelf hiervan de draagwijdte niet begrijpt, wordt de vertegenwoordiger geïnformeerd¹²

a. Bewijsniveau 1 b. Kader: Wgbo

De bedoeling van deze richtlijn is, in volgorde van prioriteit:

1. het vermijden van de negatieve invloed van influenza op het welbevinden van de patiënt en op de versnelde progressie van haar overige aandoeningen;
2. het voorkómen van voortijdig overlijden van patiënten door influenza;
3. bescherming van de zorgverleners voor blootstelling aan influenza en de daarmee gerelateerde overbelasting door uitval van collega's.

Toelichting bij prioriteit 1: vermijden negatieve invloed

Influenza verloopt bij ouderen ernstiger en wordt vaker gecompliceerd dan bij jongere influenza-patiënten. Bij zeer oude mensen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn de toenemende ziektelast en de afnemende kwaliteit van leven belangrijker argumenten voor preventie dan voortijdige sterfte. Patiënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen hebben een verhoogde kans op complicaties ten gevolge van influenza omdat zij tot een of meer van de volgende risicogroepen behoren:

⁹ Zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 1 Influenzavaccinatieplan

¹⁰ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 3

¹¹ Kader: Arboret. Zie ook de toelichting bij stelling 4, informatievoorziening

¹² Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 4

- patiënten met afwijkingen en functiestoornissen van luchtwegen en longen, zoals astma, copd, longcarcinoom, antracosis, longfibrose, cystic fibrose, ernstige kyfosciose, status na longresectie, ademhalingsstoornissen door neurologische en andere aandoeningen;
- patiënten met een neiging tot hartfalen, zoals status na hartinfarct, angina pectoris, ritmestoornissen, klepgebreken of chronische longstuwung;
- patiënten met diabetes mellitus;
- patiënten met chronische nierinsufficiëntie, zoals dialyse en niertransplantatie;
- patiënten met een verminderde weerstand tegen infecties zoals beenmergtransplantatie; hematologische nieuwvorming, hiv-infectie, behandeling met cytostatica of radiotherapie;
- patiënten die verblijven in verpleeghuizen;
- mensen boven de 65 jaar.

Complicaties van en gerelateerd aan influenza

- Influenzaviruspneumonie*: een progressieve kortademigheid binnen 48 uur na het begin van influenza met het ophoesten van sereus, vaak hemorragisch sputum.
- Secundaire bacteriële luchtweginfectie*: een tweede koortspiek in aansluiting op influenza die niet wordt verklaard door een opstijgende urineweginfectie en/of erysipelas en/of een andere koortsende aandoening. Bij een bacterieel bevestigde superinfectie is vooral *Streptococcus pneumoniae* maar ook wel *Haemophilus influenzae* of *Staphylococcus aureus* aangetoond.
- Gedurende influenza ontregelen andere chronische aandoeningen zoals hartfalen, diabetes mellitus, reumatoïde artritis, ziekte van Parkinson, multiple sclerose sneller en ernstiger. Van chronische medicatie zoals secundaire preventie door middel van antistolling, neuroleptica, antihypertensiva, diuretica, laxantia kan tijdens influenza de werkzaamheid veranderen. Dit wordt in de hand gewerkt door verminderde eetlust, een verhoogde kans op uitdroging en interacties met bepaalde antipyretica en antibiotica.
- Gedurende influenza is de kans op een beroerte verhoogd.
- Gedurende influenza is veelal sprake van enkele etmalen nagenoeg volledige bedlegerigheid. Dit verhoogt de kans op een urineweginfectie, blaasretentie, faecale impactie, decubitus, trombose, spierzwakte, delier.

Toelichting bij prioriteit 2: het voorkómen van voortijdig overlijden

Los van de door influenza bespoedigde sterfte van vooral moribunde 70-plussers van wie de levensverwachting door een opeenhoping van terminale aandoeningen toch al zeer beperkt is, wordt tijdens een influenza-epidemie de sterfte onder de influenzapatiënten voor een derde verklaard door influenza zelf en voor twee derde door cardiovasculaire ziekten die met de influenza samenhangen. De sterfte tijdens de wintermaanden betreft vooral 70-plussers in zorginstellingen.

Toelichting bij prioriteit 3: het beschermen van zorgverleners

Voor gezonde personen is influenza doorgaans een onschuldige aandoening. Maar door de hoge besmettelijkheid van het virus en het relatief langdurige ziekteverloop, heeft de ziekte een sterk ontregelend effect in complexe gemeenschappen als verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Naast de bewoners worden ook zorgverleners, vrijwilligers, mantelzorgers en bezoekers ziek. Gezonde krachten kunnen verlof opnemen om voor zieke familieleden te zorgen.

De deskundige en goede zorg die wegvalt, kan in slechts beperkte mate vervangen worden door invallers, waarnemers en uitzendkrachten.

Doorgaans worden in deze situatie uitzendkrachten serieel ingezet voor het realiseren van minimale 24-uurszorg.

Stelling 5. De eerste verdedigingslinie: vaccinatie

- Als eerste verdedigingslinie tegen influenza wordt jaarlijks aan alle patiënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen influenzavaccinatie aanbevolen.¹³
- De tweede linie¹⁴ is geen vervanging van eerste verdediging door influenzavaccinatie, maar sluit daar op aan.

a. Bewijsniveau 1 b. Bewijsniveau 1

Op grond van de huidige kennis en de wereldwijde kweekresultaten van het voorafgaande jaar adviseert de World Health Organization (WHO) steeds voor het komende jaar de samenstelling van een trivalent influenzavaccin: twee typen influenza A en een type influenza B. Tussen 1982 en 1992 bleken achteraf slechts vier van de 33 adviezen onvolgende te zijn geweest.

¹³ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 5

¹⁴ Zie stelling 8 De tweede verdedigingslinie

Indien het influenzavaccin en de circulerende virusstam dezelfde antigene structuur bevat, voorkomt influenza-vaccinatie de ziekte bij 30 tot 40 % van de populatie van verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Bij gevaccineerde gezonde personen jonger dan 65 jaar is de bescherming 70 tot 90 %.

In de semi-besloten gemeenschappen van zorginstellingen doen zich echter makkelijk influenza-uitbraken voor die afwijken van de meest voorkomende variant in de open bevolking. Dit beperkt het beschermend effect van vaccinatie.

Door vaccinatie daalt de kans op een beroerte met 16 tot 23 % en op (ontregeling van) een hartziekte met 19 %. De kans op overlijden daalt met 80 %. Bovendien geeft vaccinatie tegen influenza in opeenvolgende jaren een additionele bescherming ten opzichte van *antigenic drifts*. De WHO adviseert voor alle leeftijden een vaccindosis van 15 microgram hemagglutinine. De hierdoor verkregen bescherming duurt vier tot zes maanden. In het algemeen is een vaccinatie per jaar - mits op tijd gegeven - net voldoende om het influenzaseizoen te overbruggen.

Werking vaccinatie

Influenzavaccinatie veroorzaakt bij de mens een humorale en cellulaire immunogenese. De cellulaire response is weinig gekarakteriseerd en heterogeen. Over de werking ervan is dus weinig bekend. De meeste mensen vertonen binnen tien dagen na vaccinatie voldoende antistof-response. Er zijn echter ook mensen met geen of een ontoereikende antistofresponse, de *non-responders*.

Bijwerkingen

Alleen de lokale bijwerkingen, pijn en roodheid, van influenzavaccinatie komen significant vaker voor ten opzichte van placebovaccinatie. Verder zijn alle gemelde bijwerkingen gering.

Géén vaccinatie tegen influenza

De industrie produceert de vaccins op basis van kippen-eieren. Zolang het vaccin hiermee wordt bereid worden patiënten met een anafylactische overgevoeligheid voor kippeneieren niet gevaccineerd.

Moribunde patiënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen behoeven niet te worden gevaccineerd. Zijzelf hebben hierbij geen baat en ze dragen ook niet bij aan de groepsimmunitet gedurende het gehele seizoen.

Stelling 6. De vaccinatiegraad

- a. Ter beperking van de kans op een influenza-uitbraak wordt een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad onder vooral de zorgverleners maar ook onder de patiënten bereikt. Geen enkele vaccinatiegraad bewerkstelligt evenwel voldoende groepsimmunitet om een influenza-uitbraak te voorkomen.¹⁵
- b. Het vaccineren van de zorgverleners beperkt hun rol als verspreider van ziekte en vermindert de kans op ziekte tijdens en door het werk.
- c. Ter beperking van het aantal non-responders onder verpleeghuispatiënten wordt aanbevolen het vaccineren met een dubbele dosis te overwegen.

a. Bewijsniveau 3. b. Bewijsniveau 3 en kader Arbowet.

c. Bewijsniveau 3.

Vaccinatiegraad zorgverleners

Geen enkel percentage gevaccineerden, zelfs 100 % niet, biedt een *volledige* bescherming tegen influenza. Maar een hoge vaccinatiegraad versterkt de groepsimmunitet, wat de overdracht van het influenzavirus bemoeilijkt. De verspreiding van de ziekte neemt af naarmate de groepsimmunitet hoger is.

Een hoge vaccinatiegraad onder de zorgverleners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen voorkomt meer influenza onder de opgenomen patiënten dan een hoge vaccinatiegraad onder de opgenomen patiënten zelf.

In verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt de vaccinatiegraad van patiënten geschat op 82 tot 86 %. Bij zorgverleners bedraagt dit 5 tot 8 %. De oorzaken voor de lage vaccinatiegraad onder zorgverleners zijn niet nader onderzocht.

Bij het bepalen van consensus over influenza-vaccinatie maken bedrijfsartsen vooralsnog geen onderscheid tussen zorgverleners en personeel in andere bedrijfstakken. In de toelichting is informatie opgenomen over de Arbowet.¹⁶

Non-responderende patiënten

Onder de ouderen is het aantal non-responders groter dan onder jongeren. In veertien Nederlandse verpleeghuizen is in een Randomized Controlled Trial (RCT) vastgesteld dat het aantal non-responders met behulp van een dubbele vaccindosis (30 microgram) significant daalde van 45 % tot 31 %.

¹⁵ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 6

¹⁶ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 6 relevante informatie Arbowet

Daarmee is vastgesteld dat een dubbele vaccindosis bij verpleeghuispatiënten het beschermende effect van de vaccinatiegraad vergroot.¹⁷

Bij responders leidt de dubbele vaccindosis tot een titerstijging. Het is echter niet vastgesteld of de titerstijging een betere klinische bescherming biedt.

Stelling 7. De waakzaamheid

Vanaf november stimuleert de verpleeghuisarts de oplettendheid ten aanzien van een mogelijke influenza-uitbraak door interne signalering van gevalsbeschrijvingen en externe informatie over de verspreiding van influenza

Kader: Kwaliteitswet Zorginstellingen

Ook als een influenza-epidemie zich onder de open bevolking verspreidt, is niet te voorspellen wanneer zich een uitbraak in het verpleeghuis of verzorgingshuis voordoet. Hoe eerder het vermoeden wordt geuit dat patiënten en/of zorgverleners influenza vertonen, des te doeltreffender kan de tweede verdedigingslinie¹⁸ tegen influenza worden ingezet. Middelen hiervoor zijn:

- het stimuleren van vroegtijdige signalering van symptomen die op influenza duiden;
- het jaarlijks in herinnering brengen van het klinisch syndroom influenza onder zorgverleners.¹⁹

Ook zorgmanagers en artsen worden geattendeerd op het belang van vroegsignalering, bijvoorbeeld door middel van schriftelijke informatie.

Daarnaast maakt de verpleeghuisarts gebruik van de volgende externe bronnen:

- de periodieke plaatselijke informatievoorziening van de GGD omtrent de ontwikkeling van besmettelijke ziekten;
- de seizoengebonden elektronisch beschikbare nieuwsbrief van het Nationaal Influenza Centrum (NIC) (www.influenza-centrum.nl)

Stelling 8. De tweede verdedigingslinie: het influenza-uitbraakplan

- a. Bij een influenza-uitbraak start de tweede verdedigingslinie: behandeling, cohortverpleging en profylaxe.²⁰
- b. Dit geheel van factoren is vastgelegd in het influenza-uitbraakplan.²¹ De verpleeghuisarts zet het plan in werking zodra zich een influenza-uitbraak voordoet. De tweede linie is geen vervanging van eerste verdediging door influenzavaccinatie, maar sluit daar op aan.

a. Bewijsniveau 1 b. Kader: Kwaliteitswet Zorginstellingen

Om adequaat te reageren op een influenza-uitbraak, moet er een influenza-uitbraakplan klaarliggen. Dit plan komt op voorhand tot stand in overleg met de ondernemingsraad en de cliëntenraad. De directie stelt het vervolgens vast. Paragraaf 1 van hoofdstuk 4 geeft een voorbeeld van een influenza-uitbraakplan.

Inzet tweede verdedigingslinie

Het influenza-uitbraakplan treedt pas in werking ná:

1. de klinische diagnose influenza, zie stelling 9;
2. de virologische bevestiging daarvan, zie stelling 10.

Logistieke organisatie

Het influenza-uitbraakplan voorziet in de logistieke organisatie gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen. De voortgang van diagnostiek, therapie, profylaxe en cohortverpleging is ook in die periodes gegarandeerd.

Adviseur GGD

De Infectieziektewet verplicht een instelling om verschijnselen die duiden op een besmettelijke ziekte, te melden bij de arts Infectieziektebestrijding van de GGD. De medisch directeur meldt de influenza-uitbraak bij de betreffende arts. De arts Infectieziektebestrijding van de GGD treedt op als adviseur van het uitbraakteam. Een tijdige melding kan daarom bijdragen aan de beperking van de uitbraak.

Verzorgingshuizen

De verpleeghuisarts, de huisartsen en de bedrijfsarts in het verzorgingshuis spreken op voorhand af wie bij een uitbraak verantwoordelijk is voor welk deel van het influenza-uitbraakplan.²² Dat geldt met name voor de profylaxe. Toen in 2003 een epidemie van vogelpest door Nederland waarde, bleek de profylaxe in één hand grote voordelen te hebben boven de prescriptie door individuele huisartsen.²³

¹⁷ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 6 het overwegen van een dubbele vaccindosis bij verpleeghuispatiënten

¹⁸ Zie stelling 8

¹⁹ Zie ook de toelichting bij stelling 9 van dit hoofdstuk

²⁰ Zie ook hoofdstuk 3 Toelichting, stelling 5

²¹ Zie ook hoofdstuk 4 paragraaf 2 Influenza-uitbraakplan

²² Zie ook stelling 1 Plaatsbepaling en stelling 3 Vaccinatie in het verzorgingshuis

²³ Mondelinge mededeling van het LCI

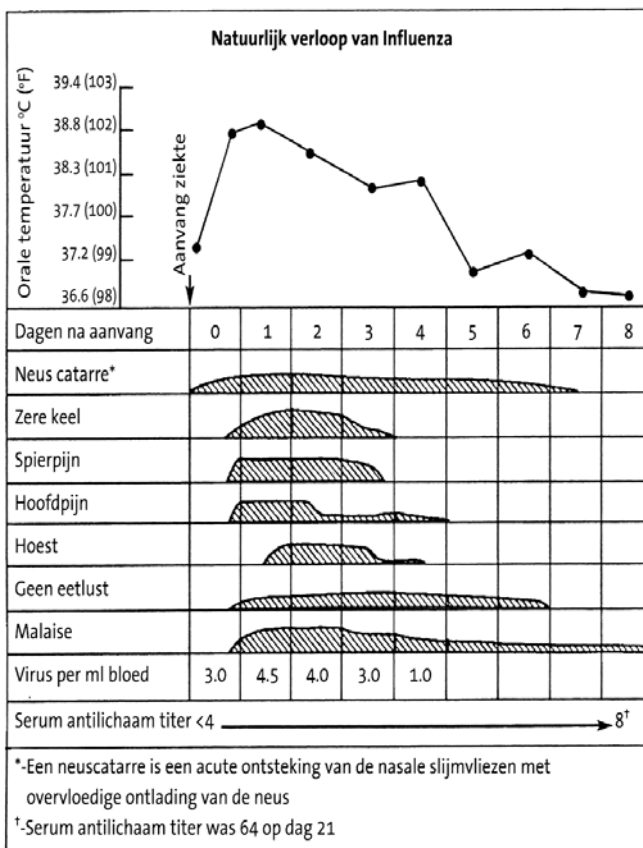
Stelling 9. De klinische diagnose

De klinische diagnose influenza wordt gesteld aan de hand van de NHG-standaard 'Influenza en influenzavaccinatie'.

Bewijsniveau 1

De NHG-standaard baseert zich hierbij op de richtlijn van de *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Het klinisch beeld van influenza bestaat uit een combinatie van hoofdpijn, spierpijn en keelpijn, plotselinge koorts, koude rillingen, droge hoest en malaise. De ICPC meldt dat tijdens een epidemie in de open bevolking vier verschijnselen vereist zijn om de klinische diagnose influenza te stellen. Wanneer er geen sprake is van een epidemie, moeten zich minimaal zes verschijnselen manifesteren. Het onderstaande schema beschrijft hoe deze verschijnselen zich in de tijd kunnen voordoen.

Onderstaand schema is tevens als A4-formaat beschikbaar. Zie hiervoor hoofdstuk 4.5 – pagina 40 van dit document.



Figuur 1. Klinische karakteristieken van het natuurlijk verloop van influenza A bij een verder gezonde man van 28 jaar.

Adapted from Dolin, R. Influenza: current concept, AM FAM Physician 1976; 14 (3) 74

Bij patiënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen is de klinische diagnose influenza moeilijk te stellen. Veel patiënten zijn slecht in staat hun klachten te uiten. Bovendien komen koorts en malaise voor bij meer ziekten, waarvan sommige chronisch recidiverend zijn.

Na bedrust of bij bedlegerigheid kunnen patiënten met een hersenaandoening veel hoesten.

Anderzijds verslechtert influenza bij patiënten met een hersenaandoening vaak de eetlust, het bewustzijn daalt en er kan een delier ontstaan.

Kortom: de ziektekenmerken van influenza en andere aandoeningen laten zich bij bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen niet makkelijk van elkaar onderscheiden. Daarom wordt vaak pas aan influenza gedacht als dit een aantal patiënten tegelijk overkomt. Het vermoeden op influenza wordt versterkt indien zich bovendien meer zorgverleners dan gebruikelijk ziek melden.

Een influenza-uitbraak kan pas vastgesteld worden wanneer binnen 24 uur na de klinische diagnose de virologische bevestiging wordt gegeven bij ten minste één patiënt.

Daarom wordt influenza in een verpleeghuis of verzorgingshuis vaak pas vermoed indien dit een aantal patiënten binnen een zorgeenheid tegelijk overkomt. Dit vermoeden wordt versterkt indien zich een groter aantal zorgverleners dan normaal ziekmeld.

Stelling 10. De virologische bevestiging

- Van een influenza-uitbraak is klinisch sprake indien zich *binnen 48 uur* een *tweede* geval van influenza voordoet binnen een zorgeenheid.
- Indien in de open bevolking sprake is van een toename van influenza kan het nieuwe geval zich ook *elders in de instelling* voordoen.
- Om tijdig met profylaxe te starten wordt een klinisch geconstateerde influenza-uitbraak zo snel mogelijk virologisch bevestigd.

a. Bewijsniveau 4. b. Bewijsniveau 4. c. Bewijsniveau 3.

De virologische bevestiging van een influenza-uitbraak gaat vooraf aan de inzet van de tweede verdedigingslinie. Hoe sneller en zekerder de virologische bevestiging plaatsvindt, des te meer resultaat hebben maatregelen ter beperking van een influenza-uitbraak in het verpleeghuis of verzorgingshuis. De vereiste virologische diagnostiek is het terrein van de medisch microbioloog, die de verpleeghuisarts hierin adviseert.

Het influenza-uitbraakplan beschrijft de organisatorische en logistieke aspecten van de samenwerking met de medisch microbioloog en het streeklaboratorium.²⁴ Jaarlijks wordt dit onderdeel van het plan bijgesteld, in overleg met de medisch microbioloog en de arts van de Infectiebestrijding GGD.

Viruisolatie

Virussen kunnen zich niet buiten een levende cel vermenigvuldigen. Voor de virusisolatie is een speciaal transportmedium met bijpassend transportmateriaal nodig. Viruisolatie is alleen succesvol tijdens de besmettelijke fase van influenza, de eerste 36 uur van de ziekte.

Cytopathologische veranderingen

Het patiëntenmateriaal dat virus bevat wordt geïncubeerd op een *weefselkweek*. Indien er na *drie tot vijf dagen cytopathologische veranderingen* plaatsvinden, is er sprake van influenza. Het wachten op deze uitslag beperkt het effect van de profylaxe sterk.

Virusspecifieke eiwitten

Tijdens de vermenigvuldiging van het virus in de weefselkweek worden *virusspecifieke eiwitten* aangemaakt. *Immunofluorescentie* kan na *16 tot 24 uur* aantonen of deze eiwitten op een influenzavirus duiden. Doordat hierbij de tijd voor het virustransport en de virusincubatie moet worden opgeteld, is de wachttijd voor het instellen van de profylaxe nog altijd te lang om optimaal effectief te zijn.

Immunofluorescentie op nasofaryngeaal spoelsel

Directe *immunofluorescentie op een nasofaryngeaal spoelsel* kan *binnen twee uur* tot een resultaat leiden. De sensitiviteit is 80 % terwijl de specificiteit 100 % is. Deze test vereist ervaring maar kan op elk moment van de dag worden gedaan.

Polymerase chain reaction

De *polymerase chain reaction* (PCR) is een objectieve test met een hogere sensitiviteit dan de immunofluorescentie. Hierbij wordt influenza specifiek RNA aangetoond. In het algemeen kan de PCR *binnen 24 uur* na aankomst op het laboratorium tot resultaat leiden. In tegenstelling tot de directe immunofluorescentie worden minder eisen gesteld aan de kwaliteit van het materiaal: een neus- of keel wat is voldoende.

Sneltesten

In ontwikkeling zijn diverse sneltesten die aan het ziekbed kunnen worden uitgevoerd. Ze hebben een acceptabele sensitiviteit en specificiteit mits ze worden uitgevoerd door ervaren personen. Daarom worden ze nog niet voor de praktijk in zorginstellingen aanbevolen.

Stelling 11. De curatieve behandeling

Onmiddellijk na de virologische bevestiging van een influenza-uitbraak, behandelt de verpleeghuisarts influenzapatiënten gedurende vijf dagen met tweemaal daags 75 mg oseltamivir. De behandeling start binnen 48 uur na de aanvang van de symptomen.

Bewijsniveau 1

Bij griep worden vooral symptomatische behandelingen toegepast. De laatste jaren is specifieke antivirale therapie beschikbaar gekomen. De patiënt die hiermee binnen 48 uur wordt behandeld, is minder lang ziek, loopt minder risico op complicaties en is minder lang infectiebron.

Stelling 12. Spoedvaccinatie

Onmiddellijk na de virologische bevestiging van een influenza-uitbraak adviseert de verpleeghuisarts de patiënten die nog niet gevaccineerd zijn, zich alsnog te laten vaccineren.

Bewijsniveau 4

De verpleeghuisarts biedt nog niet gevaccineerde patiënten direct een vaccinatie aan. Onder de responders duurt het tien tot veertien dagen om voldoende afweerstoffen te produceren. Er bestaat daarbij een gerede kans op een *mismatch* tussen de heersende virusstam en die in het vaccin. Anderzijds draagt spoedvaccinatie bij aan de additionele bescherming ten opzichte van *antigenic drifts*. Maar bovenal beperkt spoedvaccinatie de kans op herintroductie van het influenzavirus nadat de profylaxe²⁵ is beëindigd.

²⁴ Zie hoofdstuk 4, paragraaf 5 overzicht virologische laboratoria

²⁵ Zie stelling 13 De medicamenteuze profylaxe bij patiënten

Stelling 13. De medicamenteuze profylaxe bij patiënten

- a. Onmiddellijk na de virologische bevestiging van een influenza-uitbraak schrijft de verpleeghuisarts medisch geïndiceerd en onder voorbehoud *medicamenteuze profylaxe* voor aan alle patiënten binnen de zorg-eenheid.²⁶
- b. Het voorschrift is: eenmaal daags 75 mg oseltamivir tot en met zeven dagen nadat bij de laatste patiënt of zorgverlener influenza was vastgesteld.

a. Bewijsniveau 4 b. Bewijsniveau 1

In de open bevolking is het effect van medicamenteuze profylaxe met neuraminidaseremmers als oseltamivir aangetoond. Er is geen *evidence* voor dit profylactisch effect in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. De dreiging van snelle verspreiding van influenza onder patiënten en zorgverleners is echter groot. De verpleeghuisarts kan daarom overwegen om onder strikte *medische* indicatie en onder voorbehoud aan alle patiënten binnen de zorg-eenheid profylaxe voor te schrijven.

De medische indicatie beperkt zich tot alle patiënten binnen de zorg-eenheid waar:

- binnen 48 uur na de klinische diagnose influenza de virologische bevestiging hiervan volgde;
- cohortverpleging is ingesteld.

Voorbehoud bij de besluitvorming

Bij de besluitvorming dient de verpleeghuisarts een afweging te maken tussen enerzijds het gebrek aan *evidence in residential care*, anderzijds de mogelijke consequenties van influenza-uitbraak in de zorginstelling. Voor deze profylaxe geldt in ieder geval dat ze:

- wordt toegepast op alle medisch geïndiceerde patiënten;
- plaatsvindt in het kader van gecontroleerd observationeel onderzoek totdat voldoende *evidence in residential care* is verkregen. Voor gecontroleerd observationeel onderzoek wordt gekozen omdat een RCT waarschijnlijk medisch-ethisch niet haalbaar is.

Stelling 14. De medicamenteuze profylaxe bij zorgverleners

- a. Onmiddellijk na de virologische bevestiging van een influenza-uitbraak schrijft de desbetreffende arts medisch geïndiceerd en onder voorbehoud *medicamenteuze profylaxe* aan alle zorgverleners die de komende twee weken zorg verlenen binnen de betreffende zorg-eenheid.
- b. Het voorschrift is: eenmaal daags 75 mg oseltamivir tot en met zeven dagen nadat bij de laatste patiënt of zorgverlener influenza werd vastgesteld.

a. Bewijsniveau 4 b. Bewijsniveau 1

²⁶ De term patiënt staat voor alle bewoners, niet uitsluitend de influenzapatiënten

De medische indicatie geldt alleen voor die zorgverleners die in de komende twee weken zorg leveren binnen de betreffende zorg-eenheid waar

- binnen 48 uur na de klinische diagnose influenza een virologische bevestiging volgde;
- cohortverpleging is ingesteld.

De profylaxe start op de eerste werkdag.

Taakverdeling artsen

In het influenza-uitbraakplan is vastgelegd welke medisch specialist deze prescriptie doet.

Vrijwilligers

Vrijwilligers die in de komende twee weken op de betreffende zorg-eenheid aanwezig zullen zijn, vallen óf ook onder de medicamenteuze profylaxe, óf komen in die periode niet op de afdeling.

Voorbehoud bij de besluitvorming

Bij de besluitvorming dient de arts een afweging te maken tussen enerzijds het gebrek aan *evidence in residential care*, anderzijds de mogelijke consequenties van influenza-uitbraak in de zorginstelling.

Voor deze profylaxe geldt in ieder geval dat ze:

- medisch geïndiceerd is;
- plaatsvindt in het kader van gecontroleerd observationeel onderzoek totdat voldoende *evidence in residential care* is verkregen. Voor gecontroleerd observationeel onderzoek wordt gekozen omdat een RCT waarschijnlijk medisch-ethisch niet haalbaar is.

Contra-indicatie

Zwangerschap en borstvoeding zijn contra-indicaties voor deze profylaxe.

Stelling 15. Cohortverpleging

Onmiddellijk na de virologische bevestiging van een influenza-uitbraak stelt de verpleeghuisarts cohortverpleging in. Deze bestaat uit het toepassen van normale hygiëne en de gereglementeerde toegang van uitsluitend zorgverleners die profylaxe gebruiken. Incidenteel bezoek van een noodzakelijke zorgverlener kan eventueel zonder medicamenteuze profylaxe, maar met een adequaat neusmondmasker plaatsvinden.

Bewijsniveau 4

Cohortverpleging houdt in dat getroffen patiënten en hun zorgverleners worden afgezonderd binnen de zorginstelling.

Deze hygiënemaatregel valt onder de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP). Binnen de betreffende zorgeenheid blijven de gebruikelijke hygiënische maatregelen gelden. Daar komt dan bij:

Geen toegang

De toegang tot de zorgeenheid wordt ontzegd aan alle zorgverleners van de afdeling die

- profylaxe wordt ontraden;
- profylaxe weigeren.

Naast de zorgverleners van de afdeling heeft deze regel óók betrekking op:

- het hoofd van de zorgeenheid;
- andere managers;
- zorgverleners die meerdere afdelingen bezoeken waaronder de getroffen afdeling.

Medicamenteuze profylaxe of mondneusmasker

De keuze tussen medicamenteuze profylaxe of een neusmondmasker is mogelijk voor:

- een arts die niet de behandelend arts van de afdeling is, maar wel een patiënt in het cohort heeft en deze bezoekt;
- bezoekers van patiënten die *uitsluitend* het cohort bezoeken. Gedurende de influenza-uitbraak bezoeken zij dus géén andere zorgeenheden, noch doorkruisen zij andere eenheden, noch hebben zij contact met andere zorgverleners dan degenen die binnen de cohortverpleging vallen.

Geen profylaxe

Bezoekers van patiënten die *uitsluitend* het cohort bezoeken hoeven geen profylaxe te gebruiken noch een mondneusmasker te dragen op de volgende voorwaarde: zij bezoeken gedurende de influenza-uitbraak géén andere zorgeenheden, noch doorkruisen zij andere eenheden, noch hebben zij contact met andere zorgverleners dan degenen die binnen de cohortverpleging vallen. Deze bezoekers lopen wel risico tijdens hun bezoek met influenzavirus te worden besmet.

Stelling 16. Opnames

Onmiddellijk na de virologische bevestiging van een influenza-uitbraak beperkt de verpleeghuisarts nieuwe opnames in de zorgeenheid waar de influenza-uitbraak heerst, tot patiënten die al behandeld worden voor influenza en tot patiënten die vooraf instemmen met profylaxe.

Bewijsniveau⁴

Een nieuwe patiënt mag niet blootgesteld worden aan een influenzavirus waartegen zij wellicht onvoldoende is beschermd.

Lege plaatsen in de betreffende zorgeenheid worden dan ook alleen geboden aan:

- De patiënt die thuis of in het ziekenhuis met ongecompliceerde influenza verblijft en is geïndiceerd voor een spoedopname in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Indien dit mogelijk is, is voorafgaande aan de opname reeds tijdig met influenzatherapie gestart.
- De patiënt die instemt met medicamenteuze profylaxe. De profylaxe start op de dag van opname.

Stelling 17. Het einde van de influenza-uitbraak

Zeven dagen nadat bij de laatste patient of zorgverlener influenza werd vastgesteld, stelt de verpleeghuisarts het einde van de influenza-uitbraak vast.

Bewijsniveau 1

Daarmee is ook het influenza-uitbraakplan afgesloten.

Stelling 18. De instemming van de patiënt

De verpleeghuisarts vraagt de patiënt om een individuele instemming voor de vaccinatie, therapie en/of profylaxe tegen influenza. Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, wordt de vertegenwoordiger om toestemming gevraagd.

Kader: Wgbo

Op grond van de Wgbo is mondelinge instemming van de patiënt vereist om tot influenzavaccinatie, behandeling of medicamenteuze profylaxe over te gaan. Indien de patiënt niet tot instemming in staat is, is de toestemming van de vertegenwoordiger vereist. De rechten en plichten van een vertegenwoordiger staan in algemene bewoordingen vermeld in de Wgbo. Wanneer de patiënt een mentor, respectievelijk een curator heeft, geldt in het bijzonder de Wet op het Mentorschap en de bepalingen inzake het curatorschap in het Burgerlijk Wetboek. Is er toestemming van de vertegenwoordiger maar verzet de patiënt zich, mag de behandelend arts de maatregel alleen toepassen indien deze *niet* ingrijpend van aard is, of - indien deze wel ingrijpend van aard is - alleen indien de maatregel 'kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.'²⁷

²⁷ art.465 lid 6 Wgbo

Stelling 19.

De instemming van de zorgverlener

De verpleeghuisarts vraagt de zorgverlener om een individuele instemming voor de vaccinatie, de therapie en/of de profylaxe van influenza.

Kader: Wgbo

Iedere werknemer die aan biologische agentia blootgesteld kan worden, heeft recht op vaccinatie door de werkgever. De werknemer is niet verplicht deze vaccinatie te accepteren.

Morele verantwoordelijkheid

Zorgverleners hebben de morele verantwoordelijkheid patiënten te beschermen tegen influenza. Een hoge vaccinatiegraad onder zorgverleners biedt een betere bescherming tegen de verspreiding van influenza dan een hoge vaccinatiegraad onder de patiënten. Daarom kunnen zorgverleners niet stellen dat het streven naar groeps-immuniteit hun zaak niet is. Een vaccinatieaanbod van de instelling mag dan ook niet zonder meer genegeerd worden. Zorgverleners zijn echter niet verplicht tot vaccinatie en iedere zorgverlener dient een persoonlijke keuze te maken.

De zorgverlener of vrijwilliger die vaccinatie weigert, kan in een andere zorgseenheid te werk te worden gesteld om besmettingsgevaar te vermijden.

Informatievoorziening

Zorgverleners en vrijwilligers kunnen op de hoogte gesteld worden door een informatiefolder, gepaard met een formulier om aan te geven of men met vaccinatie instemt.²⁸

²⁸ Zie hoofdstuk 4, paragraaf 4 informatiefolders en teksten voor de huiskrant

Toelichting op uitspraken uit hoofdstuk 1 en 2

Toelichting bij hoofdstuk 1: Inleiding

Ad 1.3 Waarom een richtlijn Influenza in verpleeghuizen en verzorgingshuizen?

De financiële consequenties van de preventie en behandeling van influenza.

Bij een beperkte navraag door de werkgroep bleken de kosten van inkoop van een influenzavaccin door het verpleeghuis te variëren tussen € 3.13 en € 13.50.²⁹

Het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) brengt de laagste kosten in rekening. Deze zijn bovendien inclusief het vervoer van de eerste en tweede bestelling naar het verpleeghuis of verzorgingshuis.

In verzorgingshuizen kan het vaccinatieprogramma doelmatiger worden geregeld door één (verpleeg) huisarts dan door alle huisartsen voor zich. De kosten van het vaccin en van de vaccinatie blijven in het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).^{30, 31}

Ad 1.4 Verantwoording

Ten aanzien van de huidige Engelstalige (inter)nationale influenzastandaarden zijn de volgende bronnen benut:

- Turner D, Wailoo A, Nicholson K, Cooper N, Sutton A, Abrams K. Systematic review and economic decision modelling for the prevention and treatment of influenza A and B. Health Technology Assessment 2003;7:1-285.
- Guidelines for the prevention and treatment of influenza and the common cold. American Lung Association, 2002.

- Guidelines for prevention and control of influenza outbreaks in long term care facilities. Colorado Medical Director Association and Colorado Department of public health and Environment, October 2002.
- Guidelines for Influenza Vaccination in Scandinavia, 2002. Verkrijgbaar via www.eswi.org/.htm
- Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), April 2002
- Influenza Guidelines 2002 – BC Public Service. Groups with an occupational requirement for vaccination, 2002. Verkrijgbaar via www.pserc.gov.bc.ca/influenza/.htm
- Influenza Pandemic Plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. World Health Organization, April 1999.
- Statement on influenza vaccination for the 2002-2003 season. Canada Communicable Disease Report, august 2002 volume 28.
- Health Care Guideline. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement; 2002.
- Influenza News 2002. American Lung Association, 2002.

De effectiviteit en dosering van neuraminidase-remmers, bronnen:

- Guidance on Zanamivir, Oseltamivir, Amantadine for the treatment and prophylaxis of influenza. National institute for clinical excellence, 2002. www.nice.org.uk/pdf/FADZanamivir.pdf

²⁹ inclusief 6% BTW en variabele doorberekeningen van inkoopkortingen

³⁰ College voor Zorgverzekeringen. Rapport Nationaal Programma Grieppreventie: het succes van de grieprik. Publicatienummer 162.

³¹ Voor de bekostiging in verpleeghuizen: zie de toelichting bij hoofdstuk 2, stelling 3 Het influenzavaccinatieplan.

Ad 1.5 De leeswijzer

Het CBO-model voor het bepalen van het niveau van bewijs maakt een indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht. Vervolgens wordt de bewijskracht van de conclusies uit de betreffende literatuur bepaald.

Interventie (preventie of therapie)

- A1 Systemische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
- A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
- B Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle onderzoek);
- C Niet-vergelijkend onderzoek;
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Diagnostiek

- A1 Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
- A2 Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multiple, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;
- B Met vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd
- C Niet-vergelijkend onderzoek;
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden niveau A1 of A2

Niveau van daarop gebaseerde conclusies

- 1 Eén systematische review (A1) of tenminste onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
- 2 Tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- 3 Eén onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C
- 4 Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Toelichting bij hoofdstuk 2: De richtlijn

Stelling 1. De plaatsbepaling

Waarom naast de NHG standaard Influenza een aparte richtlijn voor zorginstellingen?

De NHG standaard is gericht op de individuele patiënt. Er is geen rekening gehouden met het bijzondere kader van een verpleeghuis en verzorgingshuis. Dit kader impliceert onder meer:

- een populatie van AWBZ-geïndiceerde cliënten met gemeenschappelijke kenmerken als stoornissen in de communicatie, cognitie, mobiliteit en een verhoogde kans op complicaties, letsel en ontregeling van chronische ziekte. Voor deze populatie is 24-uurszorg een vereiste.
- Zorginstellingen vormen complexe semi-besloten gemeenschappen waar de besmettingskans hoog is. Op alle zorgeenheden kan iedere ambulante betrokkene het virus binnenbrengen. Wanneer dit gebeurt verandert de 24-uurszorg voor alle patiënten binnen de betreffende zorgeenheid acuut, aanzienlijk en vaak langdurig.
- De aanstekelijkheid van influenza vereist in deze context een groepsgewijze benadering van preventie en behandeling.
- Wanneer de zorgcapaciteit beperkt is door influenza, moet een belangenafweging gemaakt worden over de kwaliteit en de organisatie van de 24-uurs zorg tussen individuen, beroepsgroepen en managers. Het influenza-uitbraakplan³² voorziet hierin.
- De jaarlijkse vaccinatieprocedure verloopt anders dan in de open bevolking. Een oproepactie is niet nodig omdat nagenoeg alle bewoners en patiënten tot de risicogroepen behoren. De zorginstelling kan voorzien in een snelle en efficiënte vaccinatieprocedure. Hierbij worden vooral verpleegkundigen, daartoe bevoegde verzorgenden en verpleeghuisartsen ingezet. De rol van de huisarts is beperkt.
- Het beperken van de transmissie van influenza vergt een vaccinatiebeleid van zorgverleners. Veel bezoekers zijn 65 jaar of ouder en vallen daarom binnen het Nationaal Programma Grieppreventie.
- De Infectieziektewet verplicht zorginstellingen om een influenza-uitbraak te melden bij de GGD.

Bron:

- Van Essen GA, Sorgedragers YCG, Salemink GW, Govaert ThME, Hoogen JPH van den, Laan JR van der. NHG-Standaard Influenza and Influenza-vaccinatie. In: Thomas S, Geijer RMM, Laan JR van der, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996. 179-83.

Hoe verhoudt deze richtlijn zich tot de draaiboeken Landelijke Coördinatiestructuur Infectiebestrijding (LCI)?

De LCI-draaiboeken zijn gericht op groepen mensen en dus niet op individuele gevallen. Het concept-draaiboek 'explosies van luchtweginfecties in zorginstellingen' bevat voorlopige adviezen van de arts infectiebestrijding van de GGD ter vaststelling en ter beperking van een influenza-uitbraak.

Voor de uitvoering hiervan is de medische directie – meestal een verpleeghuisarts - van het verpleeghuis of verzorgingshuis verantwoordelijk. Een uitzondering hierop vormt een pandemie. In dat geval volgt de directie de aanwijzingen op van de plaatselijke GGD die hiertoe door de LCI wordt aangestuurd.

Het rapport Vaccinatie bij een griepandemie van de Gezondheidsraad

Dit rapport beveelt een specifieke rol aan voor verpleeghuizen in geval van een pandemie. Ouderen met ongecompliceerde influenza dienen dan op aanwijzing van de arts Infectieziektebestrijding van de GGD niet in het ziekenhuis maar in het verpleeghuis te worden opgevangen. De overige verpleeghuis-geïndiceerde patiënten worden tijdens de pandemie juist niet opgenomen.

De verstreckende gevolgen voor de aard en omvang van de zorg tijdens een pandemie in zorginstellingen zijn niet uitgewerkt in een transmuraal en intramuraal calamiteitenplan.

Bronnen:

- World Health Organization. Influenza Pandemic Plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. <http://www.who.int/emc>. Switzerland, april 1999.
- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding. Draaiboek explosies van infectieziekten, 1999.

³² Zie hoofdstuk 2, stelling 8

- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding. Conceptdraaiboek explosies van luchtweginfectie in instellingen www.lci.lcr.nl. Den Haag, 2003.
- Gezondheidsraad. Vaccinatie bij een griepandemie. Den Haag Gezondheidsraad, 2000; publicatienummer 2000/01

De kaders van deze richtlijn

Zorginstellingen

Kwaliteitswet Zorginstellingen

Deze wet vermeldt: 'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg (...) die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. (...) Op basis hiervan stelt het bestuur van de zorginstelling waarden en normen over de zorgverlening vast.'

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De zorgorganisatie omvat de AWBZ-geïndiceerde patiënten. De zorgorganisatie is gebudgetteerd volgens de kaders van de AWBZ.

Werkgroep Infectiepreventie (WIP)

De WIP vaardigt richtlijnen ter preventie van infectieziekten uit.

Bron:

Werkgroep Infectiepreventie. Infectiepreventie in verpleeghuizen. WIP Leiden, 2003.

Infectieziektenwet

Er is een spanningsveld tussen de bescherming van grondrechten als privacy en autonomie enerzijds, en de beperking van de gevaren van besmettelijke ziekten anderzijds. De rechtsbasis om infectieziekten op te sporen en te bestrijden is de Infectieziektenwet (1999). Influenza in zorginstellingen valt onder de meldingsplicht (artikel 7). De wet draagt directies van zorginstellingen op om verschijnselen die duiden op een besmettelijke ziekte, te melden bij de arts Infectieziektebestrijding van de GGD, die daarop groepsgerichte adviezen geeft. Dit geldt ook voor een influenza-uitbraak. De LCI heeft in het verlengde hiervan uitvoeringsregelingen ontwikkeld.

Patiënten

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)

Individuele medische zorg valt binnen de Wgbo. Deze geldt voor alle patiënten, wilsbekwaam en wilsonbekwaam. De Wgbo stelt dat bij wilsonbekwame patiënten plaatsvervangende toestemming gegeven moet worden door de vertegenwoordiger van de patiënt. Dit kan ook de mentor zijn. Als dat het geval is, is de Wet op het Mentorschap van toepassing.

Zorgverleners

Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet)

De bescherming van zorgverleners tegen de risico's van het werk is geregeld in de Arbowet.

Zie ook de toelichting bij hoofdstuk 2 stelling 6, relevante informatie Arbowet.

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

De BIG benoemt voor beroepsgroepen in de individuele gezondheidszorg de vereiste bekwaamheden om bepaalde ingrepen bij patiënten te mogen uitvoeren. De vaccinatie en medicatie bij een influenza-uitbraak zijn dergelijke ingrepen.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)

De Wgbo benoemt de eisen waaraan een goed hulpverlener dient te voldoen. In het kader van deze richtlijn zijn dat:

- het informeren van de patiënt alvorens toestemming voor profylaxe en behandeling te vragen;
- het handelen volgens de professionele standaard.

Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts

Het terrein dat de professionele autonomie van de verpleeghuisarts beslaat, is beschreven in de nota Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts.

Bronnen:

- Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts, NVVA 2004.
- KNMG. Managed care, beleids- en toetsingskader. KNMG Utrecht, augustus 1998.
- Jaaroverzicht Wetgeving in de gezondheidszorg 2001

Stelling 2 Een pandemie

De verspreiding van influenza

Het influenzavirus wordt op grond van een RNA-genoom en een eiwitmantel onderscheiden in type A, B en C en in verdere subtypen op basis van de twee voornaamste oppervlakte-eiwitten, het hemagglutinine (H) en het neuraminidase (N) waarvan tot nu toe 15 H's en 9 N's zijn geïdentificeerd. Geringe veranderingen in deze H- en N-antigenen worden omschreven als antigenic drifts, grote veranderingen als antigenic shifts. Type C vertoont de minste antigene variatie, type A de meeste.

Antigene variaties in influenza type A, B en C

	Type A	Type B	Type C
drifts	vaak	regelmatig	gering
shifts	regelmatig	geen	gering

Antigenic drifts ontstaan doordat spontane genmutaties worden geselecteerd door de toenemende immunologische weerstand van de mens.

Drifts ontstaan om de acht à twaalf jaar en treffen dan vooral de nieuwe, nog onbeschermd groep jongeren. Opeenvolgende subtypen van dit type veroorzaken in de meeste winterseizoenen van de jaren daarna epidemieën die naast jongeren vooral ook volwassenen en ouderen zonder specifieke afweerstoffen treffen.

Antigenic shifts doen zich voor wanneer de virale genen van een menselijk en een niet-menselijk subtype van influenza A zich mengen tot een nieuw subtype wanneer een mens hierdoor tegelijkertijd wordt geïnfecteerd.

Op grond van influenzagenoom analyses lijken water- en trekvogels een reservoir van alle aviaire influenzavirussen van waaruit voortdurend andere dieren zoals pluimvee, zeehonden en varkens worden geïnfecteerd en hoogst zelden enkele mensen (zoals de vogelpest in Nederland, 2003). Mensen geven alle humane influenzavirussen door aan elkaar en aan sommige andere diersoorten zoals varkens. Varkens zijn dus waarschijnlijk een mengvat en doorgeefluik. De laatste 200 jaar ontstaan antigenic shifts om de 25 tot 35 jaar. Zekerheid bestaat omtrent drie tijdvakken (1918-1957, 1957-1968 en 1968-heden). Sinds 1968 circuleren vooral de subtypen H3N2 en H1N1 van influenza A.

Bij mensen veroorzaakt de eerste besmetting - meestal in de jeugd - een levenslange antilichaamproductie tegen het desbetreffende influenza virus.

Bronnen:

- Commissie Vaccinatie tegen influenza. Advies Vaccinatie tegen influenza seizoen 1995-1996. Den Haag Gezondheidsraad, 1995.
- Masurel N. Prevention of influenza A by immunization. Maandschr. Kindergeneesk. 1968;26:207-11
- National Institute for clinical excellence. Final appraisal determination oseltamivir and amantadine for the prophylaxis of influenza. www.nice.org.uk, July 2003.

Stelling 3. Het influenzavaccinatieplan

Kosteneffectiviteit³³

Het College voor Zorgverzekeringen heeft geconcludeerd dat het Nationaal Programma Grieppreventie een goed preventieprogramma is: de vaccinatiegraad is tamelijk hoog, de kosteneffectiviteit staat vast en het programma wordt doelmatig uitgevoerd. Het CVZ meldt dat er knelpunten zijn geconstateerd bij de grieppreventie in verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten en beraadt zich over de oplossing ervan in het kader van het NPG. Verpleeghuisartsen zijn te beschouwen als (tijdelijk) vervanger van de huisarts. In zorginstellingen zijn zij in staat het vaccinatieprogramma doelmatiger uit te voeren dan iedere huisarts voor zich. Bovendien kunnen ze een hoge vaccinatiegraad bevorderen bij patiënt én zorgverlener. Opname van griepvaccinatie van geïnstitutionaliseerde patiënten én hun zorgverleners in het NPG is dan ook aan te bevelen.

Stelling 4. De informatievoorziening

Bronnen:

- Conolly AM, Salmon RL, Lervy B, Williams DH. What are the complications of influenza and can they be prevented? B M J 1993;306:1452-4.
- Cools HJM, van der Meer JWM. Infecties bij veroudering. Ned Tijdschr Geneesk 10 oktober 1998;142(41):2242-5.
- Nichol KL, Nordin J, Mullooly J, Lask R, Fillbrandt K, Iwane M. Influenza Vaccination and Reduction in Hospitalizations for Cardiac Disease and Stroke among the Elderly. New Engl J Med april 2003;348;14:1322-31.

³³ Zie ook ad 1.3 van dit hoofdstuk

- Van Essen GA, Sorgedragger YCG, Salemink GW, Govaert ThME, Hoogen JPH van den, Laan JR van der. NHG-Standaard Influenza and Influenzavaccinatie. In: Thomas S, Geijer RMM, Laan JR van der, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996. 179-83

Stelling 5. De eerste verdedigingslinie: vaccinatie

Bronnen:

- Turner D, Wailoo A, Nicholson K, Cooper N, Sutton A, Abrams K. Systematic review and economic decision modelling for the prevention and treatment of influenza A and B. *Health Technology Assessment* 2003;7:1-285.
- Van Essen GA, Sorgedragger YCG, Salemink GW, Govaert ThME, Hoogen JPH van den, Laan JR van der. NHG-Standaard Influenza and Influenzavaccinatie. In: Thomas S, Geijer RMM, Laan JR van der, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996. 179-83.
- ACIP. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, april 2002. www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5103a1.htm
- www.cdc.gov/ncidod/diseases/flu/fluivirus.htm, april 2002.
- National Institute for Clinical Excellence. Final appraisal determination oseltamivir amandatine for the prophylaxis of influenza. www.nice.org.uk, july 2003.

Stelling 6. De vaccinatiegraad

De groepsimmunitet in een zorgeenheid, verpleeghuis of verzorgingshuis.

Bronnen:

- Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, Stott DJ. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *The Lancet* jan 2000;355:93-7.
- Verweij M, van den Hoven M. De grieprik in het verpleeghuis. Ethische analyse en aanbevelingen. ISBN 90-72920-18. Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht Utrecht, 2001.
- Beyer WE, Palache AM, Baljet M, Masurel N. Antibody induction by influenza vaccines in the elderly: a review of the literature. *Vaccine* 1989 Oct; 7(5):385-94.
- Beyer WE, de Bruijn IA, Palache AM, Westendorp RGJ, Osterhaus AD. Protection against influenza after annually repeated vaccination: a meta-analysis of serologic and field studies. *Arch Intern Med* 1999 Jan 25;159(2):182-8.

Relevante informatie Arbowet

De Arbowet is een kaderwet, dat wil zeggen dat diverse relevante onderwerpen nader worden ingevuld in een Arbobesluit en soms gedetailleerder in een beleidsregel.

De Arbowet bevat de opdracht aan de werkgever om zodanige arbeidsomstandigheden te realiseren dat de veiligheid en de gezondheid van de werknemer niet in gevaar komt.

In de Arbowet wordt influenza in zorginstellingen niet expliciet vermeld. Ten aanzien van dit onderwerp zijn de volgende zinsneden uit de Arbowet van belang:

Ziekteverzuimbeleid (Arbowet art. 4)

‘De werkgever neemt zoveel mogelijk maatregelen in de arbeidsomstandigheden om ziekte te voorkomen en ziekte te beperken.’

Dit laatste betekent dat voorkomen moet worden dat medewerkers ziekte verspreiden. Dit behelst ook vaccinatie en profylactische maatregelen tegen influenza.

Biologische agentia (Arbobesluit afdeling 9, art. 4.85)

‘De werkgever bepaalt met een Risico Inventarisatie en –evaluatie (RI & E) het gevaar voor de werknemer om tijdens de arbeid aan biologische agentia te worden blootgesteld.’

De RI&E vormt de grondslag voor de verplichting van de werkgever om preventieve maatregelen te nemen zoals het aanbieden van vaccinatie en profylaxe na blootstelling. Daarbij dienen de werknemers op de hoogte te worden gesteld van de voor- en de nadelen van vaccinatie en van niet vaccineren. Voor de werknemer zijn aan deze maatregelen geen extra kosten verbonden.

Veiligheid voor andere personen dan de werknemers (Arbowet art.10)

‘De werkgever neemt maatregelen ter voorkoming en beperking van het gevaar dat door de aard van de werkzaamheden ontstaat voor andere personen dan de werknemer.’

In zorginstellingen kunnen besmettelijke ziekten makkelijk van patiënt tot patiënt worden overgedragen via een virusdragende zorgverlener. Dit risico moet zoveel mogelijk voorkomen worden.

Het overwegen van een dubbele vaccindosis bij verpleeghuispatiënten

Gedurende het influenzaseizoen van 1997-1998 werd bij 815 Nederlandse verpleeghuispatiënten een klinisch, gerandomiseerd en gecontroleerd experiment (RCT) verricht met een dubbele vaccindosis.

Van deze 815 personen waren de gegevens van 708 beschikbaar voor een nadere analyse van de dubbele vaccindosis: 347 met een standaard (15 microgram) en 361 met een dubbele vaccindosis (30 microgram). Redenen voor uitval waren overlijden (n=31), geen venapunctie vanwege weigering, koorts of stervensfase (n=48) of andere redenen (n=28).

Van een onvoldoende antistofresponse (een non-responder genoemd) is sprake indien de ratio tussen de post- en prevaccinatietiter lager is dan 1.4-voud in de IgG-elisatest.

Bij gebrek aan epidemische influenza-activiteit in het betreffende jaar van onderzoek kon geen uitspraak worden gedaan over de relatie tussen de aangetoonde titerstijgingen en de mate van bescherming tegen influenza.

Ten behoeve van deze richtlijn werd de invloed van een dubbele vaccindosis op non-responders opnieuw geanalyseerd. Het aantal non-responders was respectievelijk op een standaard en dubbele vaccindosis 154/347 (45%) en 112/361 (31%) ($\chi^2 = 13.89$, $df = 1$, $p < .0001$). De odds ratio voor antistofresponse op een dubbele dosis was 1.79 (1.32-2.44). Een slechte antistofresponse kon klinisch niet worden voorspeld.

Conclusie: Ten opzichte van een standaard (15 microgram) vermindert een dubbele dosis (30 microgram) influenzavaccin het aantal non-responders met 14%. Met een dubbele vaccindosis ontstaat zo bij maximaal 69% van de verpleeghuispatiënten een voldoende antistofresponse. Omdat van deze immuunresponse op een vaccinatie het klinisch effect vaststaat, wordt aanbevolen bij in het verpleeghuis opgenomen patiënten een dubbele vaccindosis te overwegen.

Bronnen:

- Roos-van Eijndhoven DG, Cools HJM, Westendorp RGJ, Ten Cate-Hoek AJ, Knook DL, Remarque EJ. Randomized Controlled Trial of Seroresponses to Double Dose and Booster influenza Vaccination in Frail Elderly Subjects. *J Medical Virology* 2001;63:293-8.
- ACIP. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. www.cdc.gov/ncidod/diseases/flu/fluvirus.htm, april 2002.
- Coles FB, Balzano GJ, Morse DL. An outbreak of influenza A (H3N2) in a well immunized nursing home population. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:589-92.
- Nicholson KG, Baker DJ, Chakraverty P, Farquhar A, Hurd D, Kent J, Litton PA, Smith SH. Immunogenicity of inactivated influenza vaccine in residential homes for elderly people. *Age Ageing* 1992;21:182-8.

- Remarque EJ, van Beek WCA, Ligthart GJ, Borst RJA, Nagelkerken L, Palache AM, Sprenger MJW, Masurel N. Improvement of the immunoglobulin subclass response to influenza vaccine in elderly nursing-home residents by the use of high-dose vaccines. *Vaccine* 1993;11:649-54.
- Remarque EJ, Cools HJM, Boere TJ, van der Klis RJ, Masurel N, Ligthart GJ. Functional disability and antibody response to influenza vaccine in elderly patients in a Dutch nursing home. *BMJ* 1996;312:1015.
- De Bruijn IA, Remarque EJ, Jol-van der Zijde CM, van Tol MJD, Westendorp RGJ, Knook DL. Quality and quantity of the humoral response in healthy elderly and young subjects after annually repeated influenza vaccination. *J Infect Dis* 1999;179:31-6.

Stelling 8. Het influenza-uitbraakplan

Het influenza-uitbraakplan is onderdeel van het calamiteitenplan. Ieder verpleeghuis en verzorgingshuis beschikt over een calamiteitenplan. Dit bevat de volgende onderdelen:

- bedrijfshulpverlening;
- incidenten;
- uitbraak van een besmettelijke ziekte.

Het influenza-uitbraakplan valt onder uitbraak van een besmettelijke ziekte en houdt rekening met de Infectieziektenwet. Zie ook Toelichting bij hoofdstuk 2, stelling 1, de wettelijke kaders van deze richtlijn.

Stelling 10. De virologische bevestiging

De virologische influenzadiagnostiek

Bronnen:

- Montalto NJ, Byrd RC. An office-based approach to influenza: clinical diagnosis and laboratory testing. *Am Fam Physician* 2003; 67:111-8.
- EISS Task group on evaluation of the near patient test in influenza surveillance. Geneve, 2002.
- Rothbarth PH, Groen J, Bohnen AM, De Groot R, Osterhaus ADME. Influenza serology – a comparative study. *J Virol Methods* 1999; 78:163-169.
- K. H. Chan, N. Maldeis, W. Pope, A. Yup, A. Ozinskas, J. Gill, W. H. Seto, K. F. Shortridge, and J. S. M. Peiris. Evaluation of the Directigen Flu A+B for rapid diagnosis of influenza type A and B infections. *J Clin Microbiol* 2002; 40:1675-80.

- Hamilton MS, Abel DM, Ballam YJ, Otto MK, Nickell AF, Pence LM, Appleman JR, Shimasaki CD, Achyutan KE. Clinical evaluation of the Zstatflu-II test: a chemiluminescent rapid diagnostic test for influenza virus. *J Clin Microbiol* 2002;40:2331-34.
- Van Elden LJR, Nijhuis M, Schipper P, Schuurman R, Van Loon AM. Simultaneous detection of influenza viruses A and B using real-time quantitative PCR. *J Clin Microbiol* 2001;39:196-200.

Stelling 11. De curatieve behandeling

Neuraminidase remmers zijn recent op de markt gekomen als specifiek therapeutikum en profylacticum voor influenza A en B. Neuraminidase is één van de twee oppervlakteantigenen van het influenzavirus. Het ontkoppelt de geproduceerde virussen van de geïnfecteerde cel door de splitsing van sialzuurgroepen, waarop de virussen nieuwe cellen kunnen infecteren.

De remming hiervan voorkomt infectie van aangrenzende cellen.

Momenteel zijn twee neuraminidaseremmers geregistreerd. Zanamivir is een inhalatiemiddel, voor ouderen verloopt opname door inhalatie echter niet altijd zonder problemen. Oseltamivir wordt oraal ingenomen.

Bij overigens gezonde personen met influenza kan een neuraminidaseremmer de ziekte met twee dagen bekorten indien hiermee binnen 36 uur na het ontstaan van de eerste ziekteverschijnselen wordt aangevangen. De meest gemelde bijwerkingen zijn misselijkheid en braken (minder dan acht procent). Relevante resistentievorming is tot nu toe niet gemeld maar wordt gemonitord door de WHO.

De dosis voor volwassenen is tweemaal daags 75 mg oseltamivir. Patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis (creatinineklaring 10-30 ml/min) ontvangen een halve dosis. Nierdialyse is een contraïndicatie.

Vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven wordt het gebruik van een neuraminidaseremmer ontraden zolang niet is vastgesteld wat de effecten zijn op de vrucht of zuigeling.

Bronnen:

- von Itzstein M, Wu WY, Kok GB, Pegg MS, Dyason JC, Jin B, Van Phan T, Smythe ML, White HF, Oliver SW, et al. Rational design of potent sialidase-based inhibitors of influenza virus replication. *Nature* 1993;363:418-23.

- Hayden FG, Osterhaus ADME, Treanor JJ, Fleming DM, Aoki FY, Nicholson KG, Bohnen AM, Hirst HM, Keene O, Wightman K. Efficacy of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenzavirus infections. *N Engl J Med* 1997;337:874-80.
- Aoki FY, Macleod MD, Paggiaro P, Carewicz O, El Sawy A, Griffiths M, Waalberg E, Ward P. Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment. *J Antimicrob Chemother* 2003;51:123-29.
- National Institute for clinical excellence. Final appraisal determination oseltamivir and amantadine for the prophylaxis of influenza. www.nice.org.uk, July 2003.

Stelling 13. De medicamenteuze profylaxe bij patiënten

Er is momenteel onvoldoende bewijs voor profylactisch gebruik van neuraminidaseremmers bij zieke ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Niettemin bevelen de Amerikaanse en Engelse richtlijnen profylactisch gebruik in residential care aan.

De werkgroep acht het echter medisch niet verantwoord om zonder bewijs over te gaan tot grootschalige preventie. Het belang van de jaarlijkse influenza-uitbraakpreventie is niettemin groot. Daarom beveelt deze richtlijn aan om onder strikte voorwaarden te komen tot het vereiste bewijs.

De optimale methode om bewijs te verzamelen zou een gerandomiseerd en gecontroleerd experiment in Nederlandse verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn. Daar deze onderzoeksopzet op ethische gronden waarschijnlijk niet realiseerbaar is, beveelt de werkgroep een gecontroleerd observationeel onderzoek aan. Dit vereist een strikt geprotocolleerde en landelijke aanpak en kan niet worden gedelegeerd naar zorgverleners van het verpleeghuis of verzorgingshuis, die hiervoor de tijd en de vaardigheid missen.

Het onderzoek kan het beste uitgevoerd worden door de artsen Infectieziektebestrijding van de GGD's die met een uitbraak worden geconfronteerd, onder regie van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding.

Bronnen:

- Cooper NJ, Sutton AJ, Abrams KR, Wailoo A, Turner DA, Nicholson KG. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A en B; systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2003;326 7 june, 1-7.
- National Institute for clinical excellence. Final appraisal determination oseltamivir and amantadine for the prophylaxis of influenza. www.nice.org.uk, july 2003.
- Gubareva LV, Kaiser L, Hayden FG. Influenza virus neuraminidase inhibitors. *Lancet* 2000;355:827-35.
- Gravenstein S, Davidson HE. Current strategies for management of influenza in the elderly population. *Clin Infect Dis* 2002;35:729-37.
- Shjubo N, Yamada G, Takahashi M, Tkunoh T, Suzuki T, Abe S. experience with oseltamivir in the control of nursing home influenza A outbreak. *Int Med* 2002;41:366-70.
- Welliver R, Monto A, Carewicz O, et al. Effectiveness of oseltamivir in preventing influenza in households contacts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:748-5
- Jong JC de, Beyer WEP, Rimmelzwaan GF, Fouchier RAM, Osterhaus ADME. De neuraminidaseremmers oseltamivir en zanamivir: een nieuw schild in de verdediging tegen influenza. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004 10 januari;148(2):73-9.

Stelling 14. De medicamenteuze profylaxe bij zorgverleners

Bron:

- National Institute for Clinical Excellence. Final appraisal determination oseltamivir amandatine for the prophylaxis of influenza www.nice.org.uk, july 2003.

Stelling 15. Cohortverpleging

Bron:

- Werkgroep Infectiepreventie. Infectiepreventie in verpleeghuizen. WIP Leiden, 2003.

Stelling 18. De instemming van de patiënt

De vereiste instemming van de patiënt of haar vertegenwoordiger is wettelijk geregeld in de Wgbo, ook voor patiënten die voor hun psychogeriatrische zorgplan onder de wet BOPZ vallen.

Het verkrijgen van instemming tot vaccineren dient het individuele belang van de patiënt.

De patiënt moet vrij kunnen kiezen zich wel of niet te laten vaccineren. Hiertoe heeft de patiënt recht op volledige en neutraal gebrachte informatie.

De meeste ouderen zijn vaak in het verleden al jaarlijks uitgebreid en neutraal geïnformeerd over griep en de grieprik. Eenmaal opgenomen in een verpleeghuis of verzorgingshuis nemen de risico's op complicaties echter sterk toe.

Informatie hierover is voor iedere patiënt van belang maar in het bijzonder voor patiënten die zich niet eerder hebben laten vaccineren. Om die reden wordt de patiënt opnieuw geïnformeerd over de invloed van vaccinatie op het eigen welzijn: het voorkomen van griepklachten, het grote risico op nadelige gevolgen en een verhoogde kans op overlijden.

In het verpleeghuis en verzorgingshuis wordt aan de patiënt jaarlijks om instemming gevraagd. De patiënt heeft het recht op een eerder genomen besluit terug te komen. Dat geldt ook indien zich onverhoopt toch een influenza-uitbraak voordoet. Ook nu kan de patiënt en ook de zorgverlener instemmen met vaccinatie of weigeren zich te laten vaccineren.

Nu kan zich evenwel de situatie voordoen dat de patiënt of de zorgverlener de vaccinatie weigert maar wel orale medicamenteuze profylaxe wenst. De patiënt en de zorgverlener hebben dan echter geen recht op medicamenteuze profylaxe. Immers, daarvoor is een individuele medische indicatie nodig met inschatting van de risico's op bijwerkingen en de kosten.

Als in het medisch dossier is genoteerd dat de patiënt heeft ingestemd met vaccinatie, therapie en/of profylaxe, mag een andere zorgverlener daarop afgaan mits duidelijk staat aangegeven wanneer en waarvoor die instemming is gegeven en wanneer de informatie hierover is verstrekt. Indien de patiënt onvoldoende in staat is te begrijpen waarom het gaat, wordt de vertegenwoordiger gevraagd om toestemming te reconstrueren binnen de opvattingen van de patiënt. Hierbij gelden de vier grondprincipes van het medisch handelen: de patiënt weldoen, de patiënt niet schaden, autonomie respecteren en de middelen rechtvaardig verdelen.

Uit praktische overwegingen zijn er zijn twee momenten waarop het geven van toestemming uitkomt:

- Men informeert eenmalig expliciet over de klachten en risico's. Indien toestemming tot vaccineren wordt verkregen, spreekt men af dat deze toestemming ook voor de opeenvolgende jaren geldt tenzij men bezwaar maakt.

- Dit noemt men wel tacit consent ('ja, tenzij men niet toestemt').
- Men informeert elk jaar weer opnieuw expliciet over de klachten en risico's. De patiënt wordt alleen gevaccineerd indien zij daarin heeft toegestemd. Dit noemt men wel express consent ('nee, tenzij men wel toestemt').

Het opleggen van hygiënische maatregelen zoals cohort verpleging en een tijdelijk aangepast opnamebeleid grijpt niet in op de lichamelijke integriteit van de patiënt maar wel op de bewegingsvrijheid van patiënten en zorgverleners die daadwerkelijk besmettelijk zijn. Dergelijke hygiënische maatregelen mogen worden opgelegd.

Naast overwegingen betreffende de eigen gezondheidstoestand van de patiënt, kunnen er andere overwegingen zijn om toestemming te geven:

1. Het groepsbelang van de patiënten. Dicht bijeen levende mensen kunnen zich gezamenlijk verweren tegen besmettelijke ziekten door zich gezamenlijk te laten vaccineren.
In een verpleeghuis of verzorgingshuis zijn vooral de zorgverleners, vrijwilligers en bezoekers verantwoordelijk voor de verspreiding van het virus. Zij dragen dan ook bij aan dit groepsbelang door zich te laten vaccineren.
2. Het organisatorische belang van de instelling. Influenza-uitbraken veroorzaken onvoorspelbare pieken in de morbiditeit en mortaliteit. Dit leidt tot een hoge inzet van persoonlijke zorg, medicatie en hulpmiddelen bij een gelijktijdig verhoogd ziekteverzuim. Een dergelijke piek bemoeilijkt het uitvoeren van de zorgovereenkomst en doet een extra beroep op de toch al krappe middelen. Het vermijden van dergelijke uitbraken door vaccinatie bevordert de doelmatige toepassing van mensen in midelen in de zorginstelling.
3. Het personeelsbelang. Het vaccineren van zorgverleners en vrijwilligers vermindert hun ziekteverzuim door influenza. Daarmee wordt overbelasting van de niet zieke zorgverleners vermeden.

De patiënt moet overigens zelf kunnen bepalen wat zij wil en hoeft zich niet persé te bekommeren om het welzijn van zijn medepatiënt of om de organisatie of het personeel. Het staat de patiënt overigens vrij zich hierover wel te bekommeren.

Geraadpleegd zijn:

- Verweij M, van den Hoven M. De grieprik in het verpleeghuis. Ethische analyse en aanbevelingen. ISBN 90-72920-18. Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht Utrecht, 2001.
- ACIP. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. www.cdc.gov/ncidod/diseases/flu/fluivirus.htm, april 2002.
- Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, Stott DJ. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *The Lancet* jan 2000;355:93-7.

Stelling 19. De instemming van de zorgverlener

De verantwoordelijkheid voor de influenza-vaccinatie van zorgverleners.

Omdat in het verpleeghuis en verzorgingshuis vooral de zorgverleners de influenzavirussen verspreiden van patiënt naar patiënt, is het informeren van de zorgverleners over hun aandeel gerechtvaardigd, ook als hierdoor enige drang tot vaccinatie wordt ervaren. Zorgverleners kunnen ervoor kiezen zich niet te laten vaccineren.

Zij kunnen zich echter niet onttrekken aan het geven van een duidelijk antwoord op het verzoek zich te laten vaccineren. De vrije keuze van de zorgverlener kan gevolgen hebben voor de wijze waarop de werkgever de werknemer tewerk stelt, dit in verband met de risico's voor de patiënten en/of andere zorgverleners.

Geraadpleegd zijn:

- Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, Stott DJ. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *The Lancet* jan 2000;355:93-7.
- Verweij M, van den Hoven M. De grieprik in het verpleeghuis. Ethische analyse en aanbevelingen. ISBN 90-72920-18. Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht Utrecht, 2001.

Implementatie- voorbeelden

Voorbeeldmateriaal voor implementatie van de richtlijn in de zorginstelling.
Achtereenvolgens wordt beschreven:

1. Stappenplan jaarlijkse influenzavaccinatie voor:

- verpleeghuis
- verzorgingshuis door een huisarts;
- verzorgingshuis door een verpleeghuisarts;

2. Schriftelijke informatie voor patiëntvertegenwoordigers, zorgverleners en vrijwilligers:

- verzoek om toestemming griepvaccinatie aan patiëntvertegenwoordiger;
- griepvaccinatie voor patiëntvertegenwoordiger, met de mogelijkheid om bezwaar te maken;
- griepvaccinatie voor zorgverleners en vrijwilligers met verzoek om toestemming;
- voorbeeld publicatie interne huiskrant.

3. Materiaal bij influenza-uitbraak:

- uitbraakplan;
- contacten met de media: handreiking locatiedirecteur;

4. Locaties:

- overzicht streeklaboratoria

5. Schema:

- natuurlijk verloop van influenza

4.1 Stappenplan jaarlijkse influenza-vaccinatie

Verpleeghuis

- April Door een informatiefolder met antwoordstrook.³⁴ wordt iedere zorgverlener en vrijwilliger gevraagd schriftelijk kenbaar te maken of ze zich tegen influenza laten vaccineren.
- Mei De algemene en medische directie stellen vast, dan wel wijzigen het stappenplan voor de jaarlijkse influenza-vaccinatie. De medische directie draagt zorg voor de bestelling van influenzavaccins via bestelformulieren van het Nederlands Vaccin Instituut.³⁵
Voor het bepalen van het aantal te bestellen vaccins worden de positieve antwoordstroken van zorgverleners en vrijwilligers opgeteld bij het aantal patiëntplaatsen, desgewenst maal twee vanwege een dubbele vaccinodosis. In een zorgeenheid met uitsluitend verpleeghuispatiënten jonger dan 65 jaar volstaat mogelijk een enkele vaccindosis (hierover zijn geen onderzoeksgegevens bekend). Niet gebruikte influenzavaccins worden aangewend voor ongevaccineerde patiënten die na de vaccinatiedatum worden opgenomen.
De medische directie regelt bij het virologisch laboratorium dat adequate en snelle virologische diagnostiek vanaf begin november geregeld is, ook tijdens het weekend en op feestdagen Tevens worden vastgesteld welke virusdiagnostiek plaatsvindt wanneer zich een uitbraak van een influenza-achtige ziekte voordoet.
De algemene en medische directie actualiseren het influenzavaccinatieplan en het influenza-uitbraakplan voor de zorgverleners en voor de patiënten. De verpleeghuisarts, de huisartsen en de bedrijfsarts spreken af wie de medicamenteuze profylaxe regelt.
- Juni Het Nederlands Vaccin Instituut bevestigt de bestelling van vaccins, inclusief leverdatum en aantal.
- Sept. De medische directie overlegt met de overige verpleeghuisartsen welke patiënten niet voor vaccinatie in aanmerking komen. Van de overigen wordt de procedure voor het verkrijgen van de toestemming tot vaccineren gestart op een van de volgende manieren:
- Bij opname van iedere nieuwe patiënt is reeds schriftelijk afgesproken dat jaarlijks een influenzavaccinatie plaatsvindt. De verpleeghuisarts voert dit uit tenzij de toestand van de patiënt dit niet toelaat of onwenselijk maakt. Hierover wordt dan met de patiënt of de patiëntvertegenwoordiger overlegd. De uitkomst van dit overleg wordt schriftelijk vastgelegd.
 - Jaarlijks wordt aan de patiënt om toestemming tot vaccineren gevraagd. De vertegenwoordiger van de patiënt die geïndiceerd is voor influenzavaccinatie maar zelf niet kan toestemmen, wordt schriftelijk gevraagd om toestemming namens de patiënt. Indien deze toestemming niet op tijd wordt gegeven, wordt niet gevaccineerd.
 - Jaarlijks wordt aan de patiënt om toestemming tot vaccineren gevraagd. De vertegenwoordiger van de patiënt die geïndiceerd is voor influenzavaccinatie maar zelf niet kan toestemmen, ontvangt schriftelijk de mededeling dat de patiënt wordt gevaccineerd tenzij de vertegenwoordiger contact opneemt met de verpleeghuisarts.
- Okt. De influenzavaccins arriveren. Zij worden onmiddellijk en correct opgeslagen (let op: bij onjuiste opslag verloopt de kwaliteit van het vaccin snel!).
De patiënten aan wie zelf om toestemming kan worden gevraagd, ontvangen informatie en de mededeling dat binnenkort tegen griep ingeënt wordt. De Eerst Verantwoordelijke Verzorgende wijst in een individueel gesprek met de patiënt op het belang van vaccinatie voor de patiënt en voor de kamergenoten. De bewoner heeft de keuze zich wel of niet te laten vaccineren.
In de laatste week van oktober of de eerste van november worden alle patiënten voor wie toestemming verkregen is, gevaccineerd. Met uitzondering van: de patiënten die in oktober al gevaccineerd zijn of om medische redenen niet gevaccineerd behoeven of mogen worden.
De vaccinaties worden volgens de regels van de wet BIG uitgevoerd: een arts regelt de indicatiestelling en de uitvoering van influenzavaccinatie. Op aanwijzingen van de arts kan het vaccineren worden gedelegeerd aan daartoe bevoegd en bekwame verzorgenden-IG of verpleegkundigen.

³⁴ Zie paragraaf 4.2

³⁵ Antonie van Leeuwenhoeklaan 1, postbus 457, 3720 AL Bilthoven tel.: 030 274 2755.

Deze aanwijzingen zijn schriftelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen:

1. Waarop moet je letten? De patiënt zit in een rustige houding. Een patiënt met koorts wordt niet gevaccineerd tot minimaal 48 uur na normalisering van de lichaamstemperatuur. De vaccins blijven zo lang mogelijk in de koelkast. Ga na in het patiëntendossier of de patiënt bekend is met overgevoeligheid voor kippeneiwit. Waarschuw bij twijfel vooraf de arts.
2. Welke informatie moet de gevaccineerde krijgen? Vaccinatie helpt de kans op 'griepklachten' zoveel mogelijk tegen te gaan. De kans op plaatselijke bijwerkingen zoals roodheid en pijn is bij ouderen gering (17,5%). De klacht is mild, van korte duur en behoeft geen behandeling. De kans op algemene lichaamsreacties zoals koorts, hoofdpijn en malaise, is gering (11%). De klacht is mild, van korte duur en behoeft geen behandeling. Gebruik als ondersteuning eventueel de bijsluiter.
3. Wat te doen als het niet goed gaat? Plaatselijke bijwerkingen zoals roodheid en pijn: geef een geruststellende verklaring. Algemene reacties zoals koorts, hoofdpijn, malaise: geef een geruststellende verklaring. Anafylactische shock. Deze kan theoretisch optreden binnen 30 minuten na de vaccinatie in geval van overgevoeligheid voor kippeneiwit. Om die reden is vooraf geregeld welke verpleeghuisarts direct telefonisch bereikbaar is en binnen 15 minuten ter plekke kan zijn voor de toediening van 0,3-0,5 mg adrenaline subcutaan of intramusculair of in kritieke situaties 1-2,5 ml intraveneus van een 1:10 verdunde oplossing van 1mg/ml, met een snelheid van 0,2 ml/min.
4. In het patiëntdossier wordt vastgelegd op welke datum de influenzavaccinatie is gegeven. De zorgverleners en vrijwilligers die hebben ingestemd met vaccinatie, worden gevaccineerd volgens een daartoe opgesteld plan. Het hoofd van de zorgseenheid stelt de lijst op met die zorgverleners. Deze lijst komt ter beschikking van het secretariaat van het influenza-uitbraakteam.

Nov. De zorgverleners signaleren patiënten met symptomen die op influenza duiden. Ter voorbereiding hiervan brengt de verpleeghuisarts het klinisch beeld in herinnering.
In de tweede helft van november stelt de directie de vaccinatiegraad vast, per zorgseenheid, en voor het hele verpleeghuis. De vaccinatiegraad (in procent) is honderd maal het aantal gevaccineerde patiënten plus het aantal ingeroosterde gevaccineerde zorgverleners gedeeld door het maximaal mogelijk aanwezige patiënten plus het aantal werkzame zorgverleners.

Verzorgingshuis door huisarts

Mrt. De huisarts regelt bestelformulieren voor influenzavaccins ten behoeve van de eigen patiënten (dus ook bewoners van het verzorgingshuis) bij het Nederlands Vaccin Instituut.
Door middel van een informatiefolder met antwoordstrook (zie verderop) wordt iedere zorgverlener en vrijwilliger gevraagd schriftelijk mede te delen zich wel of niet tegen influenza te laten vaccineren. Indien sprake is van een medische indicatie voor vaccinatie wordt verwezen naar de eigen huisarts. Voor de overigen actualiseert de directie in overleg met de bedrijfsarts en de verpleeghuisarts het influenzavaccinatieplan voor de zorgverleners die geen individuele medische indicatie hebben voor influenzavaccinatie.

April De directie telt het aantal zorgverleners dat zich door middel van een informatiefolder zonder individuele medische indicatie voor influenzavaccinatie meldt voor influenzavaccinatie en doet hiervoor een bestelling bij het NVI. De directie actualiseert samen met de verpleeghuisarts het influenza-uitbraakplan.
Daarin is opgenomen de wijze waarop de verpleeghuisarts bij kan dragen virologische spoeddiagnostiek zodra in het verzorgingshuis een influenza-uitbraak wordt vermoed. De directie regelt dat de betrokken huisartsen hiervan op de hoogte worden gesteld. Tussen de verpleeghuisarts, de huisartsen en de bedrijfsarts wordt afgesproken wie de eventuele medicamenteuze profylaxe regelt.

Juni Het Nederlands Vaccin Instituut bevestigt het aantal te leveren influenzavaccins.

Okt. Influenzavaccinatie van de patiënten wordt geregeld door iedere individuele huisarts. Zorgverleners nemen dit niet over. De influenzavaccins voor de zorgverleners en vrijwilligers die gevaccineerd willen worden, arriveren en worden direct op de juiste wijze opgeslagen (let op: bij onjuiste opslag verloopt de kwaliteit van het vaccin snel!).
De medewerkers en vrijwilligers die hebben ingestemd met vaccinatie, worden gevaccineerd volgens een daartoe opgesteld plan. Het hoofd van de zorgseenheid registreert zorgverleners zijn gevaccineerd. Deze lijst komt ter beschikking van het secretariaat van het influenza-uitbraakteam.

De verpleeghuisarts regelt dat de influenzavaccinatie van de zorgverleners volgens de wet BIG wordt uitgevoerd. Op aanwijzingen van de arts kan het vaccineren worden gedelegeerd aan daartoe bevoegd en bekwaame verzorgenden-IG of verpleegkundigen. Deze aanwijzingen zijn schriftelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen:

1. Waarop moet je letten? De patiënt zit in een rustige houding. Een patiënt met koorts wordt niet gevaccineerd tot minimaal 48 uur na normalisering van de lichaamstemperatuur. De vaccins blijven zo lang mogelijk in de koelkast. Ga na in het patiëntendossier of de patiënt bekend is met overgevoeligheid voor kippeneiwit. Waarschuw bij twijfel vooraf de arts.
2. Welke informatie moet de gevaccineerde krijgen? Vaccinatie helpt de kans op 'griepklachten' zoveel mogelijk tegen te gaan. De kans op plaatselijke bijwerkingen zoals roodheid en pijn is bij ouderen gering (17,5%). Deze bijwerkingen zijn mild en van korte duur en behoeven geen behandeling. De kans op algemene lichaamsreacties zoals koorts, hoofdpijn en malaise, is gering (11%). Deze bijwerkingen zijn mild en van korte duur en behoeven geen behandeling. Gebruik als ondersteuning eventueel de bijsluiter.
3. Wat te doen als het niet goed gaat? Plaatselijke bijwerkingen zoals roodheid en pijn: geef een geruststellende verklaring. Algemene reacties zoals koorts, hoofdpijn, malaise: geef een geruststellende verklaring. Anafylactische shock. Deze kan theoretisch optreden op binnen 30 min. na de vaccinatie in geval van overgevoeligheid voor kippeneiwit. Om die reden is vooraf geregeld welke verpleeghuisarts direct telefonisch bereikbaar is en binnen 15 minuten ter plekke kan zijn voor de toediening van 0,3-0,5 mg adrenaline subcutaan of intramusculair of in kritieke situaties 1-2,5 ml intraveneus van een 1:10 verdunde oplossing van 1mg/ml, met een snelheid van 0,2 ml/min.

Nov. Vanaf november start de oplettendheid onder zorgverleners ter signalering van patiënten met een mogelijk influenza. Hiertoe wordt door de verpleeghuisarts het klinisch beeld in herinnering gebracht. In de tweede helft van november stelt de directie de vaccinatiegraad vast per zorgeenheid en van het gehele verzorgingshuis. De vaccinatiegraad (in procent) is honderd maal het aantal gevaccineerde patiënten plus het aantal gevaccineerde zorgverleners gedeeld door het maximaal mogelijk aanwezige patiënten plus het aantal werkzame zorgverleners.

Verzorgingshuis door verpleeghuisarts

Mrt. De verpleeghuisarts bevestigt per brief aan iedere huisarts dat influenzavaccinatie in het verzorgingshuis door haar geregeld wordt, inclusief de bestelling van de vaccins. De huisarts bestelt deze dus niet.

April Door middel van een informatiefolder met antwoordstrook (zie verderop) wordt iedere zorgverlener en vrijwilliger gevraagd schriftelijk mede te delen zich wel of niet tegen influenza te laten vaccineren.

Mei De directie en de verpleeghuisarts stellen vast c.q. wijzigen het stappenplan voor de jaarlijkse influenzavaccinatie. De verpleeghuisarts draagt zorg voor de bestelling van influenzavaccins via bestelformulieren van het Nederlands Vaccin Instituut.

Voor het bepalen van het aantal te bestellen vaccins worden de positieve antwoordstroken van zorgverleners en vrijwilligers opgeteld bij het aantal patiëntplaatsen. Niet gebruikte influenzavaccins worden aangewend voor ongevaccineerde patiënten die na de vaccinatiedatum worden opgenomen.

De verpleeghuisarts regelt bij het virologisch laboratorium dat een adequate en snelle virologische spoeddiagnostiek vanaf begin november beschikbaar is, ook in de weekends.

De directie en de verpleeghuisarts actualiseren het influenzavaccinatieplan voor de zorgverleners en voor de patiënten, en het influenza-uitbraakplan. Tussen de verpleeghuisarts, de huisartsen en de bedrijfsarts wordt afgesproken wie de eventuele medicamenteuze profylaxe regelt.

Juni Het Nederlands Vaccin Instituut bevestigt het aantal te leveren influenzavaccins bij het verzorgingshuis.

- Sept. De verpleeghuisarts start de procedure voor het verkrijgen van de toestemming tot vaccineren van de bewoners die zelf niet in staat zijn tot toestemming. In overleg met de directie wordt gekozen uit de volgende mogelijkheden:
- De vertegenwoordiger van de patiënt die geïndiceerd is voor influenzavaccinatie maar zelf niet kan toestemmen, wordt schriftelijk gevraagd om toestemming namens de patiënt. Indien deze toestemming niet op tijd wordt gegeven, wordt niet gevaccineerd. (zie verderop informatiebrief A)
 - De vertegenwoordiger van de patiënt die geïndiceerd is voor influenzavaccinatie maar zelf niet kan toestemmen, ontvangt schriftelijk de mededeling dat de patiënt wordt gevaccineerd tenzij de vertegenwoordiger contact opneemt met de verpleeghuisarts. (zie verderop informatiebrief B).
- Okt. De influenzavaccins arriveren. Zij worden direct op de juiste wijze opgeslagen (let op: bij onjuiste opslag verloopt de kwaliteit van het vaccin snel!).
De patiënten aan wie zelf om toestemming kan worden gevraagd, ontvangen informatie en de mededeling dat binnenkort tegen griep ingeënt wordt.
De Eerst Verantwoordelijke Verzorgende wijst in overleg met de verpleeghuisarts in een individueel gesprek met de patiënt op het belang van vaccinatie voor de patiënt zelf en voor de groep. De bewoner heeft de keuze zich wel of niet te laten vaccineren.
In de laatste week van oktober of de eerste week van november worden alle patiënten, zorgverleners en vrijwilligers gevaccineerd. Uitzondering zijn de patiënten die in oktober al elders gevaccineerd zijn of die niet gevaccineerd willen of om medische redenen behoeven of mogen worden. Het hoofd van de zorgeenheid stelt de lijst op welke patiënten en zorgverleners zijn gevaccineerd. Deze lijst komt ter beschikking van het secretariaat van de influenza-uitbraakcommissie.
- De vaccinaties zelf worden volgens de regels van de wet BIG uitgevoerd, dat wil zeggen dat een arts de indicatiestelling en de uitvoering van influenzavaccinatie regelt. Op aanwijzingen van de verpleeghuisarts kan het vaccineren worden gedelegeerd aan daartoe bekwame verzorgenden-IG of verpleegkundigen. Deze aanwijzingen zijn schriftelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen:
1. Waarop moet je letten? De patiënt zit in een rustige houding. Een patiënt met koorts wordt niet gevaccineerd tot minimaal 48 uur na normalisering van de lichaamstemperatuur. De vaccins blijven zo lang mogelijk in de koelkast. Ga na in het patiëntendossier of de patiënt bekend is met overgevoeligheid voor kippen-eiwit. Waarschuw bij twijfel vooraf de arts.
 2. Welke informatie moet de gevaccineerde krijgen? Vaccinatie helpt de kans op 'griepklachten' zoveel mogelijk tegen te gaan. De kans op plaatselijke bijwerkingen zoals roodheid en pijn is bij ouderen gering (17,5%). Deze bijwerkingen zijn mild en van korte duur en behoeven geen behandeling. De kans op algemene lichaamsreacties zoals koorts, hoofdpijn en malaise, is gering (11%). Deze bijwerkingen zijn mild en van korte duur en behoeven geen behandeling. Gebruik als ondersteuning eventueel de bijsluiters.
 3. Wat te doen als het niet goed gaat? Plaatselijke bijwerkingen zoals roodheid en pijn: geef een geruststellende verklaring. Algemene reacties zoals koorts, hoofdpijn, malaise: geef een geruststellende verklaring. Anafylactische shock. Deze kan theoretisch optreden binnen 30 minuten na de vaccinatie in geval van overgevoeligheid voor kippen-eiwit. Om die reden is vooraf geregeld dat de verpleeghuisarts direct telefonisch bereikbaar is en binnen 15 minuten ter plekke kan zijn voor de toediening van 0,3-0,5 mg adrenaline subcutaan of intramusculair of in kritieke situaties 1-2,5 ml intraveneus van een 1:10 verdunde oplossing van 1mg/ml, met een snelheid van 0,2 ml/min.
 4. Aan de betrokken huisartsen wordt schriftelijk medegedeeld dat de patiënt is gevaccineerd tegen influenza.
- Nov. Vanaf begin november start de oplettendheid onder zorgverleners ter signalering van patiënten met mogelijk influenza. Hiertoe wordt door de verpleeghuisarts het klinisch beeld in herinnering gebracht.
In de tweede helft van november stelt de directie de vaccinatiegraad vast per zorgeenheid en van het gehele verpleeghuis. De vaccinatiegraad (in procent) is honderd maal het aantal gevaccineerde patiënten plus het aantal gevaccineerde zorgverleners gedeeld door het maximaal mogelijk aanwezige patiënten plus het aantal werkzame zorgverleners.

4.2. Schriftelijke informatie voor patiëntvertegenwoordigers, zorgverleners en vrijwilligers

Verzoek om toestemming griepvaccinatie aan patiëntvertegenwoordiger

Jaarlijks krijgen zoveel mogelijk bewoners en zorgverleners een griep prik. Van alle griepachtige ziektebeelden heeft de echte griep (influenza) vooral bij zieke ouderen vaak ernstige gevolgen. De griep zelf verloopt ernstiger en trager. De hart- of longziekte, diabetes of verwardheid verergeren. Er ontstaat gemakkelijk uitdroging en doorliggen. Vaccinatie van zoveel mogelijk bewoners en zorgverleners maakt dat het risico op een griepgolf in ons verpleeghuis/ verzorgingshuis veel kleiner is.

In een verpleeghuis krijgen bewoners eventueel een dubbele griep prik omdat de kans dat zij voldoende afweerstoffen maken dan veel groter is. De kans op bijwerkingen blijft hetzelfde. Deze zijn mild en van korte duur. De griep prik wordt toegediend in de laatste week van oktober of eerste week van november.

Omdat uw familielid niet in staat is toestemming te geven, verzoek ik u deze instemming aan ons te geven. Wilt u hiertoe onderstaand antwoordstrookje invullen en terugsturen of afgeven aan de receptie? Indien wij niet op tijd een antwoordstrook met uw instemming ontvangen, wordt de bewoner niet ingeënt.

Hartelijk dank en vriendelijke groeten,
[medisch directeur]

ANTWOORDSTROOK

ondergetekende:

vertegenwoordiger van:

die verblijft op de afdeling:

stemt WEL of NIET (doorhalen wat niet van toepassing is) in met het geven van de griep prik voor het aankomende griepseizoen.

handtekening:

Deze antwoordstrook vóór 15 oktober retourneren aan:

Informatie griepvaccinatie voor patiëntvertegenwoordiger, met de mogelijkheid om bezwaar te maken

Jaarlijks krijgen zoveel mogelijk bewoners en zorgverleners een griep prik. Van alle griepachtige ziektebeelden heeft de echte griep, influenza, bij zieke ouderen vaak ernstige gevolgen. De griep zelf verloopt ernstiger en trager. De hart- longziekte, diabetes en verwardheid verergeren. De kans op uitdroging en doorliggen neemt fors toe. Vaccinatie van zoveel mogelijk bewoners en medewerkers verkleint de kans een griepgolf in onze instelling. In een verpleeghuis krijgen bewoners eventueel een dubbele griep prik omdat de kans dat zij voldoende afweerstoffen maken dan veel groter is. De kans op bijwerkingen blijft hetzelfde. Deze zijn mild en van korte duur. Indertijd is bij de opname met de bewoner of met u als vertegenwoordiger afgesproken dat de bewoner jaarlijks de griep prik ontvangt. Deze griep prik wordt toegediend in de laatste week van oktober of eerste week van november. Indien u hier bezwaar tegen hebt, wilt u dan onderstaand antwoordstrookje invullen en terugsturen of afgeven aan de receptie? Indien u op tijd bezwaar maakt, krijgt de bewoner geen griep prik.

Hartelijk dank en vriendelijke groet,
(medisch directeur)

ANTWOORDSTROOK

ondergetekende:

vertegenwoordiger van:

die verblijft op de afdeling:

maakt **BEZWAAR** tegen het geven van de griep prik voor het komende griepseizoen

handtekening:

Deze antwoordstrook vóór 15 oktober retourneren aan:

Griepvaccinatie voor zorgverleners en vrijwilligers met verzoek om toestemming³⁶

De grieprik

Elk jaar krijgt één op de tien mensen griep (influenza). Sommigen lopen meer kans op complicaties als ze de griep krijgen. Dat geldt vooral voor:

- mensen van 65 jaar en ouder
- mensen met een hart- of longziekte of met diabetes. Hun ziekte kan verergeren.
- nierpatiënten en mensen met weinig afweer door ziekte of een medische behandeling. Hun lichaam is kwetsbaar, waardoor de gevolgen van griep ernstiger kunnen zijn.

Als u tot een van deze groepen behoort, wordt u door de huisarts opgeroepen.

Let op: de grieprik beschermt alleen tegen de echte griep (influenza), dus niet tegen verkoudheid. Wanneer u allergisch bent voor kippeneiwit, mag u geen grieprik hebben.

Waarom een grieprik voor zorgverleners in het verpleeghuis en verzorgingshuis?

Als u een grieprik heeft gehad, is de kans dat u de griep krijgt nog maar heel klein. Als u toch griep krijgt, verloopt de ziekte meestal minder ernstig en is de kans op complicaties gering. Voor mensen uit de risicogroepen is het belangrijk elk jaar een grieprik te halen.

Als zorgverlener dient u te voorkomen dat u zelf met griep de bewoners aansteekt of dat u griep tussen de bewoners verspreidt. Ook al krijgen bijna alle bewoners een grieprik, toch maken zij niet allemaal voldoende afweerstoffen aan, zelfs niet na een dubbele grieprik. Daarom kunnen aanstekelijke zorgverleners, vrijwilligers en bezoekers plotseling een griepgolf in het verpleeghuis of verzorgingshuis veroorzaken. Zorgverleners die de jaarlijkse grieprik halen, worden én zelf niet ziek én veroorzaken geen griep bij de bewoners

Heeft de grieprik bijwerkingen?

Een prik kan soms gedurende een dag wat pijn in de arm geven. U kunt er niet ziek van worden en ook niet de griep van krijgen omdat het stukgemaakt virus bevat.

Waarom elk jaar een grieprik?

Het griepvirus verandert regelmatig. Ons lichaam herkent het virus dan niet goed meer. Elk jaar eind oktober een grieprik met een up-to-date samenstelling halen is dan nodig. Zorgverleners en vrijwilligers die niet door de huisarts worden opgeroepen, wordt een grieprik aanbevolen en gratis verstrekt door het verpleeghuis of verzorgingshuis.

ANTWOORDSTROOK

ondergetekende:

op de afdeling: werkzaam of vrijwilliger (doorhalen wat niet van toepassing is)

wil WEL of NIET (doorhalen wat niet van toepassing is) voor het komende griepseizoen een grieprik krijgen.

handtekening:

Deze strook vóór (datum) retourneren bij:

³⁶ Bij de NHG zijn folders verkrijgbaar in diverse talen. De hier gebruikte tekst is grotendeels gebaseerd op de NHG-folder.

Voorbeeld publicatie interne huiskrant³⁷

Tijd voor de grieprik!

Alle patiënten en bewoners in het verpleeghuis en verzorgingshuis, de zorgverleners en onmisbare vrijwilligers wordt een grieprik aanbevolen en kosteloos verstrekt. Uw verpleeghuisarts of huisarts zorgt ervoor.

De grieprik is voor veel mensen echt nodig. Ook voor U?

Elke winter krijgen 1 tot 1½ miljoen mensen griep. Voor de meesten is griep 'slechts' een vervelende ziekte. Voor mensen met een chronische ziekte of 65-plussers kan griep wel ernstige gevolgen hebben. Elke winter worden 20.000 mensen met griep in het ziekenhuis opgenomen en overlijden er 2.000 aan. Dit zijn meestal mensen met diabetes, een verlaagde afweer, hart-, long- of nierziekte maar ook gezonde 65-plussers. Ook jonge mensen met een chronische ziekte kunnen ernstig ziek worden van griep. Voor deze risicogroepen is een jaarlijkse grieprik belangrijk. Dit betekent dat aan alle bewoners van een verpleeghuis of verzorgingshuis een grieprik aanbevolen wordt en gratis wordt verstrekt.

Ook voor de zorgverleners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen is het verstandig een gratis grieprik te halen. Niet alleen voor zichzelf maar vooral ook omdat daarmee de kans kleiner wordt dat de griep zich in het huis als een golf verspreid. Dat voorkomt dat iedereen tegelijk ziek wordt.

De grieprik is ieder jaar nodig

De jaarlijkse griepgolf wordt veroorzaakt doordat het griepvirus ieder jaar weer een andere vorm aanneemt. Hierdoor kan het ons afweersysteem steeds weer opnieuw verrassen en kunt u elk jaar opnieuw griep krijgen. Daarom moet elk jaar opnieuw de grieprik worden verkregen.

Hoe ontstaat griep?

Griep wordt veroorzaakt door het griepvirus, ook influenzavirus genoemd. Wanneer een grieppatiënt hoest of niest, komen er kleine druppeltjes met griepvirus in de lucht. Wie deze druppeltjes inademt, raakt besmet met het griepvirus. Het duurt dan 1 tot 2 dagen voordat zij ziek wordt. Intussen kan deze persoon al weer anderen aansteken. In een verpleeghuis of verzorgingshuis kan zo in korte tijd een 'explosie' van griepgevallen optreden onder de bewoners en de zorgverleners.

Wat is griep?

Wie zich niet lekker voelt, noemt het al gauw een 'griepje'. Niet alle 'griepjes' worden veroorzaakt door het griepvirus. Verkoudheid, buikgriep e.d. worden door andere virussen veroorzaakt. Hier helpt de grieprik dus niet tegen. De grieprik helpt alleen tegen de echte griep. Bij echte griep (influenza) voelt u zich binnen een paar uur erg ziek met bonzende hoofdpijn, spierpijn over het hele lichaam en hoge koorts rond de 39°C. Soms heeft u last van een droge hoest en een rode, pijnlijke keel. Normaal gesproken knapt u na 3 tot 5 dagen weer op, maar u voelt zich vaak nog wel 1 tot 2 weken slapjes en gauw moe.

³⁷ Tekst grotendeels ontleend aan een folder van CVZ

4.3. Influenza-uitbraakplan

Hoewel een uitbraak onverwacht lijkt op te treden, zijn er voor het ontstaan vaak redenen aan te geven. Zo is de populatie in een verzorgingshuis of verpleeghuis zeer kwetsbaar voor aanstekelijke ziekten en is de weg van de aanstekelijke bron naar de vatbare personen direct en intensief via de zorgverleners. Ook brengt de vrije toegang tot de gebouwen risico's met zich mee. Het achterhalen van de bron en de overdrachtsweg vormt de basis van een effectieve preventie en bestrijding.

Verantwoordelijkheden:

Het uitbraakmanagement krijgt gestalte in een uitbraakteam dat wordt voorgezeten door de directie van de locatie. Het uitbraakteam bestaat uit zo min mogelijk medewerkers die tezamen zo snel mogelijk zoveel mogelijk kunnen regelen. De medische verantwoordelijkheid vereist een actieve deelname van de verpleeghuisarts.

Volgens de Infectieziektewet is aan de arts Infectieziektenbestrijding van de GGD een adviserende en soms sturende rol voorbehouden. De medisch microbioloog adviseert over de diagnostische aspecten en zonedig de internist - infectioloog over de behandeling.

Het uitbraakteam doorloopt het werkschema en geeft opdracht tot het uitvoeren van maatregelen. De communicatieve aspecten hiervan vallen onder de directie. De interne communicatie kan worden gedelegeerd aan de locatie-manager. De maatregelen zijn aldus te onderscheiden:

Diagnostische maatregelen

leiden tot het zo snel mogelijk komen tot de juiste diagnose cq tot het uitsluiten van mogelijk aanstekelijke ziekten. Verantwoordelijk hiervoor is de verpleeghuisarts van uitbraakteam. In het verzorgingshuis overlegt de verpleeghuisarts met de huisartsen.

Diagnostische maatregelen verschillen per voorlopige gevalsbeschrijving en worden voortdurend verbeterd.

Daarom komt de verpleeghuisarts per uitbraak tot diagnostische maatregelen samen met de GGD-arts Infectieziektenbestrijding en de arts-microbioloog.

Voor het snel verkrijgen van diagnostische middelen, het vervoer naar de laboratoria en het invullen van de juiste formulieren is de verpleeghuisarts verantwoordelijk.

Therapeutische en profylactische maatregelen

Elimineren de oorzaak van de uitbraak bij de individuele ziektegevallen en voorkomen dat nieuwe gevallen optreden.

Hygiënische maatregelen

beperken de verspreiding van de aanstekelijke oorzaak. In geval van influenza is cohort-verpleging³⁸ en een tijdelijk aangepast opname- / overplaatsingsbeleid op advies van de arts Infectieziektenbestrijding van de GGD aangewezen.

Communicatie

binnenshuis is vertrouwelijk en betreft de zorgeenheid waar de uitbraak plaatsvindt, en de locatie. Externe communicatie is openbaar en betreft medewerkers die niet ingeroosterd zijn, bezoekers, andere zorginstellingen (ziekenhuis, huisartsen, maatzorg), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, en de media. Verantwoordelijk voor de externe communicatie is de directie.

Werkwijze uitbraakteam

Er worden vele stappen gezet door vele medewerkers. Aanvankelijk gebeurt alles tegelijk. Enkele personen moeten dan ook tijdelijk nagenoeg hun volledige aandacht hieraan besteden. Zij dragen hun gebruikelijke werkzaamheden daartoe direct aan anderen over. Het kan nodig zijn dat hulptroepen moeten worden ingezet, zowel voor de inhoud als de organisatie. Een uitbraakprotocol bestaat uit een werkschema, waarin alle getroffen maatregelen zijn gebaseerd op de meest up-to-date richtlijnen.

³⁸ Zie de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie

Werkschema uitbraakplan		Actie
1	<p>Signalering en verificatie van een uitbraak</p> <p>a. Het signaal kan van verschillende kanten komen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgverleners: dagrapportage, 24uurs-overdracht, visites, consulten - Cliënten, bezoek - Extern: laboratoriumuitslag, arts-microbioloog, GGD, media <p>b. De zorgverlener meldt het signaal bij huisarts + hoofd verzorging (verzorgingshuis) of bij afdelingshoofd (verpleeghuis). Het hoofd verzorging meldt de mogelijke uitbraak bij de verpleeghuisarts.</p> <p>c. De verpleeghuisarts inventariseert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klachten: aard, ernst, mate van overeenkomst tussen subjecten / overledenen - Zorgeenheden waar dergelijke klachten voor(ge)komen (zijn) - Aantal personen met dergelijke klachten (cliënten, personeel, bezoek) <p>d. De betrokken verpleeghuisarts concludeert: er is geen uitbraak: er zijn geen maatregelen nodig; mogelijk een uitbraak: de arts overlegt met de arts-GGD; een uitbraak: de arts meldt bij directeur Behandeling en GGD .</p> <p>e. Bij een uitbraak overlegt de verpleeghuisarts met de arts Infectieziektenbestrijding GGD over de eerste maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschrijft de ziekte: symptomen (aard, ernst, duur), complicaties, restverschijnselen (raadpleegt literatuur) - Maakt gevalsbeschrijving (wanneer heeft iemand deze ziekte?) - Registreert zieke cliënten: aanwezig, ontslagen naar ziekenhuis /elders, overleden - Registreert medewerkers met de ziekte: aanwezig per eenheid/dienst, ziek thuis (inclusief oproep-/invalskrachten / niet-eenheidgebonden medewerkers) - Registreert alle maatregelen (aard, aantal, omvang, tijdbestek, kosten), verdeeld over cliënten, medewerkers [zwangeren en hun kinderen], bezoek <p>NB: Verzamel alle relevante stukken in een uitbraakboek</p> <p>f. De verpleeghuisarts informeert de directie die het uitbraakteam instelt.</p> <p>g. Bij 'mogelijk een uitbraak' is de arts verantwoordelijk voor het eventueel uitvoeren van delen van dit schema.</p>	<p>arts + directeur</p>
2	<p>Maatregelen treffen en uitvoeren:</p> <p>a. Het uitbraakteam adviseert voorlopige (start-/stopdatum) maatregelen over diagnostiek (verwekker, oorzakelijke factoren, transmissieweg), behandeling & profylaxe, hygiëne (eventueel cohortverpleging), aanpassing opnamebeleid, adviezen en communicatie</p> <p>b. Het uitbraakteam wijst verantwoordelijken aan voor uitvoering van maatregelen.</p> <p>c. De directeur informeert intern (zorgeenheid, andere eenheden, diverse raden), extern (cliëntvertegenwoordigers en bezoekers; ziekenhuis, huisartsen, thuiszorg en/of inspectie en de plaatselijke/landelijke media). Mondeling geschiedt dit door een voorlichter, schriftelijk door de directeur. Zorgverleners doen geen mededelingen naar extern.</p>	<p>outbreak- team + managers</p>
3	<p>De voortgang bewaken en zo nodig bijsturen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het uitbraakteam past dagelijks zo nodig de maatregelen aan. - De directeur besluit tot een nieuw intern communiqué (of herroept oude) bij zekerheid over de diagnose of verandering in de ernst/omvang van de uitbraak. - Het secretariaat van het uitbraakteam registreert dagelijks de gevolgen. 	<p>outbreak- team</p>

4	<p>De afsluiting en evaluatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - De verpleeghuisarts meldt in overleg met de GGD aan de directie wanneer uitbraak over is en de kans op heruitbraak gering is. In overleg met het uitbraakteam worden daarop de maatregelen gestopt via intern communiqué. - In het uitbraakteam regelt de directeur een verslag van de uitbraak inclusief aanbevelingen die herhaling trachten te voorkomen, aanbevelingen die maatregelen doen verbeteren, afspraken voor betere samenwerking met andere instellingen. - De directeur nodigt alle betrokken medewerkers uit voor een interne nabespreking en de eventuele nazorg die daaruit voortkomt. - De directeur besluit tot extern communiqué en melding inspectie. - De artsen overwegen wetenschappelijke publicatie in geval van bijzondere leereffecten. - Het verslag van de calamiteit wordt centraal gearhiveerd. 	arts en outbreak-team
---	---	-----------------------

Contacten met de media: handreiking locatiedirecteur

1. Sta niet zonder voorbereiding de pers direct ter woord. Laat de secretaresse mededelen dat zo spoedig mogelijk wordt teruggebeld. Breng het 'calamiteitenplan' ter tafel en neem het door.
2. Houd de regie.
3. Roep zo spoedig mogelijk het calamiteitenteam bijeen en voer het calamiteitenplan uit.
4. Wijs één woordvoerder aan, bij voorkeur niét de directeur zelf. Deze kan bij misvattingen dan alsnog direct en zonder gezichtsverlies de pers te woord te staan.
5. Regel zo nodig werkruimte voor het calamiteitenteam, eventuele ondersteuners en eventueel de media. Hierin is aanwezig: televisie, radio, telefoon (vast en mobiel), computer met internet en e-mail.
6. Wat te doen wanneer u rechtstreeks door de media wordt aangesproken?
 - Toon betrokkenheid met slachtoffer(s) en familie.
 - Beschrijf kort en bondig de feitelijke calamiteit. Geen veronderstellingen, geen opvattingen. Herhaal bij doorvragen alleen de feiten in dezelfde woorden, voeg daar niets aan toe.
 - Zeg dat onderzoek naar de toedracht is gestart en dat tot zolang geen uitspraken hierover worden gedaan. Spreek niet van fouten in verband met aansprakelijkheid.
 - Vertel wie de woordvoerder is. Deel mee dat de woordvoerder zo spoedig mogelijk contact opneemt met de journalist. Vraag de journalist om een telefoonnummer.
 - Bescherm voor het overige de organisatie en de reputatie ervan. Scherm de zorgverleners af.

4.4. Overzicht virologische laboratoria

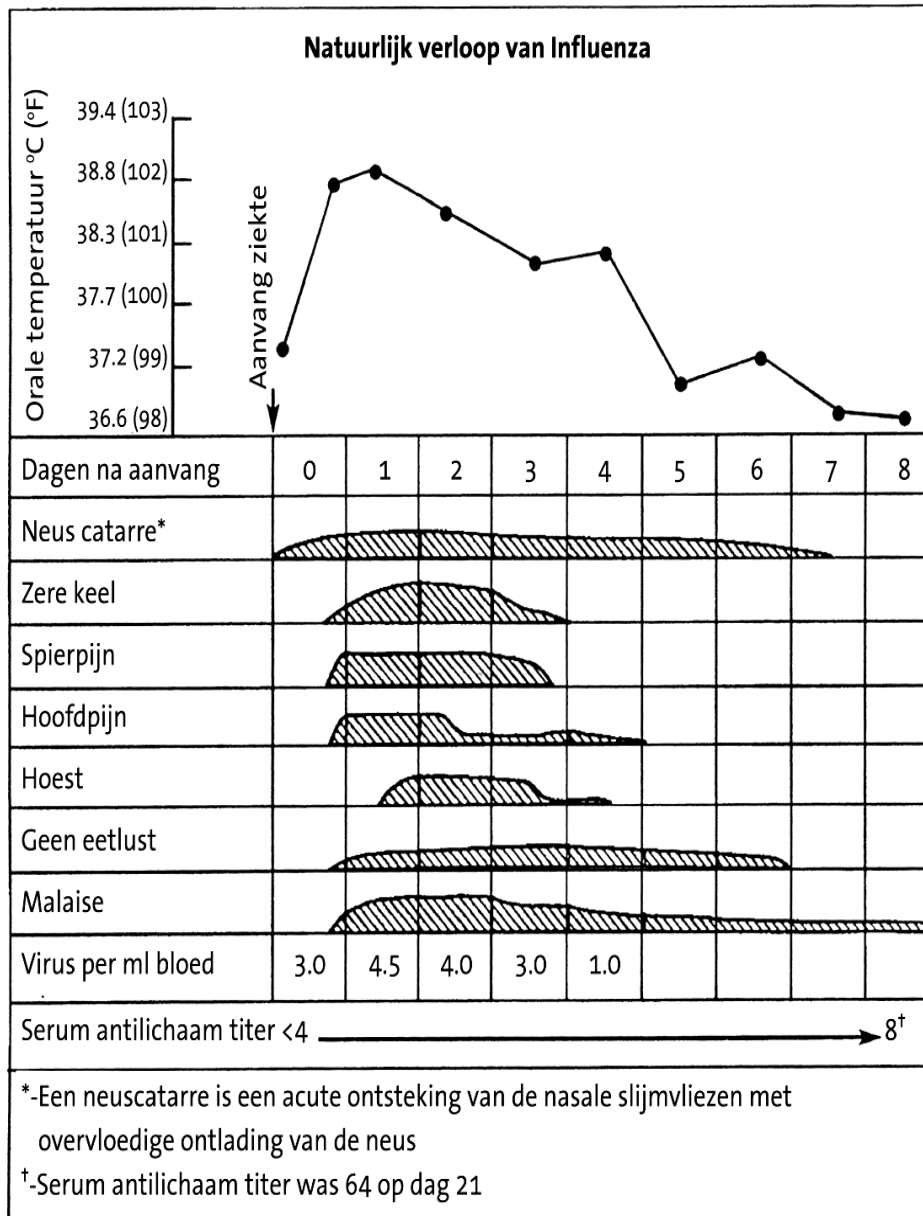
Overzicht streeklaboratoria

Afkortingen:

SL	StreekLaboratorium
UMC	Universitair Medisch Centrum
AZH	Algemeen ZiekenHuis

Naam	Plaats	Telefoon	Open
SL Volksgezondheid	Groningen/ Drente	050 - 521 51 00	8.30 u - 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek 9.00 u - 13.00 u.
SL Volksgezondheid Friesland	Leeuwarden	058 - 293 94 95	8.30 u - 17.00 u. Weekenden 's ochtends niet voor publiek
Lab.Med Microbiologie en Infectieziekten	Zwolle	038 - 424 31 11	8.00 u - 17.00 u. Weekend tot 15.00 u. spoeddiagnostiek. 's avonds laten oppiepen
SL Volksgezondheid	Deventer	0570 - 64 66 60	8.30 u - 17.00 u. Weekend 09.00-12.00 u.
SL Pathologie en Microbiologie	Enschede	053 - 431 32 63	8.00 u - 17.00 u. Op za, zo en feestdagen 10.00 - 11.00 u.
UMC Medische Microbiologie	Nijmegen	024 - 361 43 56	8.30 u.- 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek in overleg met microbioloog
UMC Medische Microbiologie	Utrecht	030 - 250 91 11	8.30 u - 17.00 u. Weekenden 9.00 u - 12.00.
SL Diaconessenhuis	Utrecht	030 - 256 65 66	8.00 u - 16.00 u.
SL Volksgezondheid	Amsterdam	020 - 555 53 70	8.30 u - 17.00 u. Weekend 24 uur bereikbaar via meldkamer 020-555 59 11
AMC Medische Microbiologie	Amsterdam	020 - 566 48 52	9.00 u - 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek i.o.m. viroloog
Vumc Medische Microbiologie	Amsterdam	020 - 444 04 88	8.30 u - 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek i.o.
AZH Slotervaart	Amsterdam	020 - 512 93 33	8.30 u - 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek
SL Volksgezondheid	Arnhem	026 - 378 88 80	8.00 u - 16.30 u. Weekend spoedgevallen
SL Volksgezondheid	Haarlem	023 - 530 78 00	8.30 u - 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek
LUMC CKVL	Leiden	071 - 526 91 11	8.15 u - 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek i.o.m. microbioloog
SL Diagnostisch Centrum SSDZ	Delft	015 - 260 30 50	8.00 u - 17.00 u.
AZR/EUR Dijkzigt Ziekenhuis	Rotterdam	010 - 463 34 31	8.30 u - 17.00 u. Weekend spoeddiagnostiek
Erasmus UMC Virologie	Rotterdam	010 - 408 80 66	8.30 u - 17.00 u.
Zuiderziekenhuis	Rotterdam	010 - 291 20 26	8.30 u - 16.30 u. Weekend 8.30 u - 11.00 u.
SL Zeeland	Terneuzen	0115 - 68 87 00	8.00 u - 16.30 u. Weekend spoedgevallen
SI Volksgezondheid Zeeland	Goes	0113 - 21 61 52	8.15 u - 17.00 u. Weekend alleen 's ochtends
SL Volksgezondheid	Tilburg	013 - 539 13 13	8.00 u - 17.30 u. Weekend alleen spoedgevallen
SL Volksgezondheid	Veldhoven	040 - 888 81 00	8.30 u - 17.00 u. Weekend 8.00 u - 12.00 u.
St. Maarten Gasthuis	Venlo	077 - 320 52 30	8.00 u - 17.00 u. Za 09.00 u-12.00 u. Zo. 10.30 u - 12.30 u.

4.5. Schema: natuurlijk verloop van influenza



Figuur 1. Klinische karakteristieken van het natuurlijk verloop van influenza A bij een verder gezonde man van 28 jaar.

Bijlage 1

Indicatoren: structuur, proces en uitkomsten

Aan de hand van structuur-, proces- en uitkomst-indicatoren kunnen de resultaten van het influenzavaccinatieplan en het influenza-uitbraakplan geregistreerd en bijgestuurd worden. Gaandeweg zal waarschijnlijk een beperkter of ander aantal indicatoren beter monitoren. Dit is bijvoorbeeld het geval indien het vaccinatieprogramma in het verpleeghuis wordt opgenomen in het nationaal programma grieppreventie (NPG).

Structuurindicatoren

1. Het influenzavaccinatieplan is bekend bij alle medewerkers.
2. De organisatie heeft een uitbraakteam dat beschikt over het influenza-uitbraakplan en in november door de medische directie wordt voorbereid op een influenza-uitbraak.
3. In het jaarlijkse kwaliteitsjaarverslag wordt verslag gedaan van relevante proces- en uitkomstindicatoren.

Procesindicatoren

1. In april/mei is het influenzavaccinatieplan door de algemene en medische directie geactualiseerd.
2. In april wordt iedere zorgverlener individueel schriftelijk uitgenodigd zich te laten vaccineren.
3. In april hebben alle zorgverleners en vrijwilligers laten weten of zij gevaccineerd willen worden.
4. Tussen mei en november heeft de medische directie alle noodzakelijke voorbereidende stappen gezet die staan vermeld in het influenzavaccinatie- en influenza-uitbraakplan.
5. Aan het einde van de eerste week in november zijn alle personen voor wie dat van toepassing is (bewoners, zorgverleners en vrijwilligers) gevaccineerd.

Uitkomstindicatoren

1. In het zorgdossier van iedere patiënt is vaccinatie geregistreerd.
2. Het uitbraakteam heeft half november een lijst van gevaccineerde zorgverleners en vrijwilligers.
3. In november is de vaccinatiegraad voor de gehele zorginstelling en per zorgeenheid is berekend.
4. Een influenza-uitbraak wordt binnen 24 uur na de eerste verschijnselen aan de verpleeghuisarts bericht. Deze meldt de uitbraak direct aan de arts infectieziektebestrijding van de GGD en activeert het influenza-uitbraakteam.
5. Het influenza-uitbraakteam komt binnen 36 uur na de eerste verschijnselen in actie met haar plan.
6. Het aantal gevallen van klinische influenza per jaar.
7. Het aantal gevallen dat jaarlijks vanwege gecompliceerde influenza wordt opgenomen in het ziekenhuis.
8. Het aantal gevallen met influenza als primaire of secundaire doodsoorzaak per jaar.