

Cordon sanitaire

prof. dr. Rudi Westendorp,
afdeling Ouderengeneeskunde,
Leids Universitair Medisch
Centrum, Leyden Academy on
Vitality and Ageing

dr. Eelko Hak,
afdeling Epidemiologie,
Universitair Medisch Centrum
Groningen

Correspondentieadres:
r.g.j.westendorp@lumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De levensverwachting op hoge leeftijd is relatief laag in Nederland. De grieprik kan hierin verandering brengen. Een verplichte influenzavaccinatie, niet voor de ouderen zelf maar voor het personeel dat hen verzorgt, zou vele levens redden.

Beurskoersen en sterfte op hoge leeftijd hebben opmerkelijke overeenkomsten. Er zijn grote verschillen tussen landen en sterke schommelingen over de tijd. Vaak gaat economische voorspoed samen met een langer gezond leven, maar de levensverwachting op hoge leeftijd is in Nederland al jarenlang in een depressie. Sinds de jaren vijftig is deze sterk achtergebleven in vergelijking met andere landen. Er lijkt een kentering op te treden: door de warme winters is de sterfte op hoge leeftijd de laatste jaren lager dan gebruikelijk. Ook influenza kwam minder voor. Gewoonlijk lezen demografen de ernst van de kou en influenza af aan de epidemische verheffingen van sterfte op hoge leeftijd.

Nu de winter op zijn einde loopt, kunnen we voorzichtig de balans opmaken. Het begin van 2009 was het koudst sinds twaalf jaar en influenza was ingrijpend aanwezig. Alleen al in de eerste vier weken overleden er ruim duizend 80-plussers meer dan gemiddeld in deze periode. De daling van de sterfte op hoge leeftijd over de afgelopen jaren lijkt alweer goeddeels verdampd. Welke maatregelen

kunnen worden getroffen om te voorkomen dat ouderen opnieuw in de recessie gaan? De noodzakelijke omschakeling naar een op multimorbiditeit ingericht zorgaanbod is ingrijpend, vereist grote investeringen en de implementatie ervan zal tijd vergen. Maar daarop hoeven we niet te wachten, want nu al is met geringe inspanning en kosten forse winst te boeken.

De Gezondheidsraad adviseert 'om gezondheidszorgpersoneel werkzaam in de cure- en care-sector met direct patiëntencontact tegen influenza te vaccineren'.¹ Gezondheidszorgpersoneel loopt beroepsmatig geen verhoogd risico op (complicaties van) influenza, maar dat is voor de patiënten voor wie zij zorgen geheel anders. Veel patiënten behoren tot een risicogroep en hebben, na overdracht van het virus van verzorger naar patiënt, een aanzienlijk risico op ernstige ziekte of sterfte. Het probleem is dat patiënten zich wel tegen besmetting door gezondheidswerkers willen beschermen, maar dat niet kunnen omdat influenzavaccinatie bij hen geen volledige bescherming biedt. Patiënten moeten tegen influenza worden beschermd door een cordon sanitaire van gevaccineerde gezondheidswerkers op te werpen.

Verpleeghuis

In een drietal in Engeland uitgevoerde gerandomiseerde onderzoeken is de effectiviteit van een cordon sanitaire gemeten door het personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen tegen influenza te vaccineren. In alle gevallen leidde een toename in de vaccinatiegraad bij het personeel tot een afname in de sterfte van patiënten met circa 40 procent tijdens epidemische uitbraken van influenza. Bovendien bleek het gunstige effect van vaccinatie specifiek, omdat er buiten periodes van influenza geen verschil in sterfte onder de patiënten aantoonbaar was. Of de patiënt zelf wel of niet was gevaccineerd, had geen effect op het sterfterisico. Hiermee lijkt het bewijs van indirecte bescherming door een cordon sanitaire geleverd. Vaccinatie van acht gezondheidswerkers was voldoende om

*Nu de winter op zijn einde
loopt, kunnen we
de balans opmaken*

één sterfgeval te voorkomen.² Hoewel bovengenoemde onderzoeken zijn uitgevoerd in een *nursing and residential care-setting*, meent de Gezondheidsraad dat het effect van vaccinatie van gezondheidszorgwerkers ook bij patiënten in ziekenhuizen is te verwachten.¹ Modellen tonen dat tot 60 procent van de influenza is te vermijden als de vaccinatiegraad onder gezondheidszorgwerkers oploopt van 0 tot 100 procent.³

Lage respons

Er is in Nederland geen reguliere registratie van de vaccinatiegraad tegen influenza onder zorgverleners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, niet onder huisartsen en thuiszorgmedewerkers en niet in algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Rondvraag bij instellingen leert echter dat de respons op het

Systematisch onderzoek naar influenzavaccinatie heeft geen bijwerkingen kunnen aantonen anders dan een pijnlijke arm.

beeld: iStockphoto



vaccinatieaanbod, een enkele uitzondering daargelaten, laag is. In de regel komt deze niet uit boven de 25 procent. De vraag is waarom werkers in de gezondheidszorg zich niet willen laten vaccineren.⁴ Allereerst wordt het risico op overdracht en de risico's van influenza voor patiënten te laag ingeschat, terwijl influenza een belangrijke oorzaak is van morbiditeit en mortaliteit onder ouderen. Vaak ook worden (pseudo)medische argumenten gebruikt; vaccinatie zou influenza-achtige verschijnselen geven en het immuunsysteem verzwakken. Systematisch onderzoek heeft echter geen bijwerkingen anders dan een pijnlijke arm kunnen aantonen.¹ Ten slotte worden ook principiële argumenten gebruikt, zoals de integriteit van het eigen lichaam, persoonlijke vrijheid en gewetensbezwaren.

Patiëntenbelang

Recente literatuur laat zien dat het patiëntenbelang in de gezondheidszorg wellicht zwaarder moet wegen.⁵ Dit roept de vraag op of vaccinatie tegen influenza onder werkers in de patiëntenzorg wellicht niet vrijblijvend moet zijn. Een referentiekader is de landelijke richtlijn Preventie iatrogene Hepatitis B, waarin een aantal verplichtingen is opgenomen voor gezondheidszorgwerkers die een besmettingsrisico kunnen vormen voor hun patiënten.⁶ Parafaserend kunnen een aantal uitgangspunten en overwegingen die aan deze richtlijn ten grondslag liggen, ook worden toegepast op de noodzaak voor niet-vrijblijvende influenzavaccinatie onder gezondheidszorgwerkers:

- Een gezondheidszorgwerker die niet immuun is voor influenza kan geïnfecteerd raken en daardoor een besmettingsrisico vormen voor de patiënt.
- Ter bescherming van de patiënt is een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad tegen influenza gewenst bij gezondheidszorgwerkers die een risico voor de patiënt kunnen vormen. Om de veiligheid van de patiënt te garanderen, moet van elke gezondheidszorgwerker die risicohandelingen verricht de influenzavaccinatiestatus zijn vastgelegd en zo nodig worden vervolgd.
- Het niet ondergaan van influenzavaccinatie door een gezondheidszorgwerker die risicohandelingen uitvoert, is terug te voeren op ofwel verwijtbare nalatigheid, of op te eerbiedigen medische, religieuze of andere bezwaren, waarbij de medewerker zijn of haar visie stelt boven het risico de patiënt te besmetten.

Goed werknemerschap


SAMENVATTING

- Influenzavaccinatie van gezondheidszorgwerkers is bewezen effectief om sterfte onder patiënten te voorkomen.
- Deze vaccinatie moet dan ook verplicht worden gesteld.
- Dat kan worden geregeld analoog aan de landelijke richtlijn Preventie iatrogene hepatitis B.



beeld: ANP

De wettelijke motivatie voor de maatregelen ter preventie van iatrogene hepatitis B is te vinden in de Kwaliteitswet zorginstellingen, die van instellingen garanties vraagt voor de kwaliteit van de geleverde zorg en eist dat instellingen beschikken over samenhangende kwaliteitsborgende maatregelen (kwaliteitssystemen). Een beleid ter beperking van overdracht van influenza van personeel naar patiënt kan worden gezien als kwaliteitsborgende maatregel. Ook in de Wet BIG is een motivatie te vinden voor een stringenter influenzabeleid. De Wet BIG stelt dat beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg patiënten geen schade of aanmerkelijke kans op schade mogen toebrengen. Bestuurders van zorginstellingen zouden onomwonden duidelijk moeten maken dat goed werknemerschap inhoudt dat gezondheidszorgwerkers zich laten vaccineren tegen influenza. Gezondheidszorgwerkers zouden

zich door de onderzoeksgegevens moeten laten overtuigen dat influenzavaccinatie geen noemenswaardige risico's met zich meebrengt en dat het daardoor opgerichte cordon sanitaire effectief is. Influenzavaccinatie zou niet vrijblijvend moeten zijn. Medewerkers die zich niet willen laten vaccineren, zouden daarvoor een schriftelijke verklaring moeten overhandigen waarin een gegronde reden, zoals een aangetoonde medische contra-indicatie of geloofsovertuiging, is vastgelegd. Het is denkbaar dat de mate van verplichting zou kunnen variëren, afhankelijk van de intensiteit van het patiëntencontact, maar gezien het beoogde effect van de indirecte bescherming lijkt dit niet wenselijk. Uiteindelijk zou een weigering moeten leiden tot een verandering van de werkzaamheden. Het cordon sanitaire moet zo volledig mogelijk zijn. 



De literatuurlijst vindt u onder dit artikel op onze website:
www.medischcontact.nl

praktijkperikel

De dokterstas als anker

We hadden al jaren niet meer zo'n strenge winter als dit jaar. Op de eerste dag van de witte periode in het zuiden van het land werd ik 's ochtends verrast door de besneeuwde wegen. Mijn gladde zomerbanden bleken niet opgewassen tegen het pek-, sneeuw- en ijspak dat de regionale wegen bedekte. Toen ik met ruime vertraging eindelijk het dorp bereikte waar ik als huisarts in opleiding al bijna een jaar met veel plezier werk, bleek de heuvel naar de praktijk toch echt te gortig voor mijn auto. Die besloot – geheel op eigen initiatief – achteruit terug te glijden. Nadat ik de auto gelukkig veilig aan de hoofdstraat had geparkeerd, ging ik te voet verder. Getuige de glijpartijen tijdens de eerste stappen, bleken echter ook mijn schoenen niet gemaakt op deze omstandigheden.

Waar normaal gesproken mijn dokterstas mij houvast biedt op huisbezoeken bij acute, zieke, patiënten, gaf deze me die ochtend letterlijk houvast. Door de tas telkens als anker in de sneeuw vast te zetten, wist ik de heuveltop al ploeterend na enkele minuten te bereiken. De patiënt die bovenaan de steile heuvel in zijn snowboots sneeuw stond te schuiven, kon er de humor wel van inzien.

Inmiddels heb ik toch maar winterbanden besteld en mijn tas nog wat verder verzwaard met boekjes en materiaal, mocht er nog een keer zo'n prachtig besneeuwde ochtend komen.

Literatuur

1. Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. Gezondheidsraad, nr. 2007/09, Den Haag, 8 maart 2007.
2. Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J, Murad S, Watson JM. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2006; 333: 1241.
3. Dool C van den, Strien AM van, Akker IL den, Bonten MJ, Sanders EA, Hak E. Attitude of Dutch hospital personnel towards influenza vaccination. *Vaccine* 2008; 26: 1297.
4. Dool C van den, Bonten MJ, Hak E, Heijne JC, Wallinga J. The effects of influenza vaccination of health care workers in nursing homes: insights from a mathematical model. *PLoS Med* 2008; 28: 200.
5. Jong JC de. Influenzavaccinatie van gezondheidswerkers: effectieve methode om de gevolgen van influenza bij zorggebruikers te verminderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007; 151: 2143.
6. Landelijke richtlijn Preventie iatrogene Hepatitis B. RIVM LCI, augustus 2007.