Infecties en immunisatie

De nieuwe WIP-richtlijn heeft al veel stof doen opwaaien. Binnen alle discussies over de nieuwe richtlijn wordt echter nauwelijks gesproken over hoofdstuk 5: 'Infecties en immunisatie'. Dit is enorm uitgebreid ten opzichte van de vorige versie en bevat wel degelijke relevante aanbevelingen. Wanneer is een medewerker bijvoorbeeld daadwerkelijk beschermd tegen hepatitis B? En hoe dient een praktijk de behandeling van een MRSA-patiënt uit te voeren? Of mag je deze eigenlijk helemaal niet behandelen? Vragen die – zoals blijkt uit onze ervaring – binnen praktijken nauwelijks aan bod komen, maar wel degelijk bijdragen aan infectiepreventie. **door Sjoerd Kuiken en Nynke Tymstra**

Het hoofdstuk begint met hepatitis B: een infectieziekte waarmee iedereen in ieder geval bekend is, maar waarover we ons ook niet al te veel zorgen maken omdat we immers gevaccineerd zijn.

Zorgverleners binnen de mondzorg worden door de grotere kans op besmetting *risicopersonen* genoemd. Daarnaast kunnen ze ook *risicovormer* zijn als overdragers van het hepatitis B-virus (HBV) op patiënten. Bescherming van de zorgverlener, en daarmee van de patiënt, tegen het HBV geschiedt door middel van vaccinatie. Elke risicovormer moet dan ook gevaccineerd zijn tegen hepatitis B, met controle van de respons op de vaccinatie. Deze respons (*vaccinatiestatus*) geeft de mate van bescherming aan. Bij non-responders is onvoldoende bescherming tegen HBV. Praktijken archiveren veelal de vaccinatiestatus van iedere medewerker zonder echter zelf regelmatig de mate van bescherming te beoordelen. Dit heeft als gevolg dat binnen praktijken zorgverleners aan het werk zijn die niet (meer) afdoende beschermd zijn ([zie schema 1](#)).

Wanneer voldoende beschermd?

Bij een titer tussen 10 en 99 IE/L is de zorgverlener wel beschermd, maar is aanvullend onderzoek noodzakelijk om een eventuele infectie met HBV uit te sluiten. Alleen bij een negatieve HBsAg is de zorgverlener beschermd en wel voor een periode van vijf jaar. Na die periode is eenmalige revaccinatie gevolgd door titercontrole vooralsnog noodzakelijk.

De vaccinatiestatus wordt niet alleen door praktijkhouders niet of niet goed beoordeeld, regelmatig wordt ook de verkeerde conclusie getrokken door huisartsen of GGD-instellingen. In dat geval stelt de huisarts bijvoorbeeld dat de zorgverlener afdoende beschermd is, terwijl de eenmalige hervac-

Drs. Sjoerd Kuiken is eigenaar van Kuiken Praktijkmanagement. Hij adviseert en begeleidt praktijken rondom praktijkmanagement en specifiek wet- en regelgeving. Tevens verzorgt hij cursussen over deze onderwerpen.

Dr. Nynke Tymstra is in 2003 afgestudeerd aan de RuG. In 2010 promoveerde zij op een onderwerp in de implantologie. Sinds 2007 is zij mede-praktijkhouder van de teampraktijk Tandartspraktijk Ureterp, waar zij werkzaam is als algemeen practicus.

Samen duiken zij voor TP in de WIP-richtlijn met als doel deze voor de beroepsgroep inzichtelijk en toepasbaar te maken en waar nodig een kritische noot te plaatsen.

cinatie na vijf jaar niet wordt benoemd. Advies voor praktijkhouders is om zelf actief de titer van alle zorgverleners in de praktijk te controleren. Daarnaast moet de praktijkhouder de volgende gegevens van elke zorgverlener registreren:

- De vaccinatiestatus hepatitis B (de respons op vaccinatie).
- De anti HBs-titer en de beschermduur op basis van deze titer.
- De eventuele noodzakelijke vervolgonderzoeken op basis van de anti-HBs-titer.

Een kopie van het vaccinatiebewijs dient aanwezig te zijn op de locatie waar men werkt.

Nieuwe medewerkers en stagiair(e)s

De WIP-richtlijn omschrijft: *'De vaccinatiestatus van zorgverleners dient vanaf het moment dat deze in contact komt met patiënten(materiaal) in orde te zijn.'* Dit is echter niet (altijd) haalbaar bij indiensttreding van een nieuwe medewerker of stagiair(e), aangezien de vaccinatieperiode inclusief ti-

terbepaling ongeveer 8 maanden in beslag neemt. Dit zou officieel betekenen dat de niet-beschermden nieuwe medewerker of stagiair(e) dus niet in contact mag komen met patiënten(materiaal). Dat wordt dan een saaie stage. Advies aan praktijken is om hier wel degelijk zeer strikt mee om te gaan.

Wie is verantwoordelijk?

Binnen tandarts(en)praktijken zijn veel personen op zelfstandige basis aan het werk. Deze zelfstandigheid roept altijd vragen op over de eindverantwoordelijkheid rondom aanbevelingen vanuit de WIP-richtlijn. Met betrekking tot de bescherming tegen hepatitis B wordt in de WIP-richtlijn echter duidelijk gesteld dat de praktijkhouder eindverantwoordelijk is voor uitvoering van de aanbevelingen. Een praktijkhouder kan zich derhalve niet verschuilen achter of wijzen naar een tandarts die op zelfstandige basis in zijn praktijk werkt terwijl diens hepatitis B-bescherming niet op orde is. De praktijkhouder is eindverantwoordelijk.

Rijksvaccinatieprogramma

Vaccinatie is het beste en meest betrouwbare middel om kinderen en (kwetsbare) volwassenen te beschermen tegen de gevolgen van infectieziekten. Het toenemende internationale personenverkeer zorgt voor een verhoogde kans op de invoering van extra infectieziekten. Omdat zorgverleners binnen de mondzorg met veel verschillende mensen in aanraking komen, vormen zij een belangrijke schakel in het overbrengen van ziekten. Het streven naar een volledige vaccinatie van alle mondzorgverleners is daarom wenselijk. Naast het volgen van het Rijksvaccinatieprogramma adviseert de WIP-richtlijn dat zorgverleners ook een jaarlijkse griepvaccinatie krijgen. Beide zijn volgens de WIP wenselijk en worden geadviseerd, maar zijn tot nu toe dus niet verplicht. Het blijkt dat binnen praktijken nog weinig aandacht wordt besteed aan het doorlopen van het Rijksvaccinatieprogramma. Zeker met de intrede van buitenlandse tandartsen is het advies aan praktijken dit beter te monitoren.

Hiv, MRSA, BMRO en andere infecties

De WIP-richtlijn geeft in hoofdstuk 5.10 tot en met 5.13 duidelijk aan welke maatregelen een praktijk dient te nemen als een patiënt, of juist de zorgverlener, met een van de genoemde

infecties rondloopt (zie tabel 1). Zo wordt binnen praktijken nog regelmatig onderscheid gemaakt door hiv-patiënten alleen aan het einde dag te behandelen. De WIP-richtlijn schrijft echter duidelijk voor dat deze patiënten prima normaal behandeld kunnen worden zolang de algemene infectiepreventieve maatregelen maar worden toegepast. Dit laatste is hopelijk bij alle praktijken het geval door de aanbevelingen vanuit de andere hoofdstukken van de WIP-richtlijn adequaat na te leven.

De enige uitzondering betreft het behandelen van patiënten met open tuberculose. Tbc-geïnfecteerde patiënten mogen uitsluitend op een afdeling voor spoedeisende hulp behandeld worden. Belangrijkste maatregel daarbij is het dragen van een FFP2-mondneusmasker.

Meldplicht

Er is eigenlijk geen beleid omtrent de meldplicht van infectieziekten bij zorgverleners binnen de mondzorg. Deze ligt nu nog bij artsen en hoofden van laboratoria. Zorgverleners hoeven dus niet zelf te melden. Wel geeft de richtlijn aan dat het goed is om kennis te nemen bij welke ziekten een beroepsverbod geldt zodat eenieder hiernaar kan handelen (zie schema 2).

Wat vraag je de patiënt?

De informatie in dit hoofdstuk 5 is duidelijk en behoorlijk uitgebreid. De vraag rijst echter in hoeverre praktijken actief navraag moeten doen bij patiënten en zorgverleners over het bij zich dragen van infectieziekten. Een verhoogd risico doet zich voornamelijk voor als de patiënt besmet is terwijl zorgverleners hiervan niet op de hoogte zijn. Het afnemen en actueel houden van een medische anamnese is al een verplicht onderdeel in het patiëntendossier van de tandarts en kan veel nuttige informatie verschaffen. In geval van infectieziekten lijkt dan wel van belang dat in de anamnese een vraag is opgenomen als; 'Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte' en/of 'Heeft u een ziekte of aandoening waarnaar hierboven niet is gevraagd?' Buiten de reguliere patiënten is het verder belangrijk de anamnese vast te leggen van patiënten die in de praktijk komen via de spoedgevallendienst. Toch zal een anamnese natuurlijk geen uitsluitel geven of een patiënt wel of niet drager is van een infectieziekte. Zelfs patiënten zullen zich niet altijd bewust zijn van een mogelijke besmetting of dragerschap. ►

► SCHEMA 1 - RESPONS OP VACCINATIE (VACCINATIESTATUS)*

■ Titer <10 IE/l: non-responder

Indien na serologisch onderzoek de zorgverlener HBsAg (het hepatitis B surface Antigen: een antigeen dat voorkomt bij het hepatitis B-virus: aanwezig bij mensen met hepatitis B-infectie of dragers van het virus) en anti-HBc negatief (geen antistoffen tegen het core-antigen van het virus) is, kan aanvullende vaccinatie plaatsvinden (driemaal) gevolgd door titercontrole. Indien de titer <10 IE/l blijft, ondanks aanvullende immunisaties, dan mag betrokkene risicohandelingen verrichten mits elke drie maanden een HBsAg-bepaling plaatsvindt. De uitslag hiervan moet negatief zijn.

■ Titer 10 tot 99 IE/l: hypo-responder

De zorgverlener is beschermd tegen het doormaken van klinische hepatitis B. Aanvullend onderzoek is noodzakelijk om een eventuele infectie met HBV uit te sluiten (zie hierboven). Hierna kunnen aanvullende vaccinaties gegeven worden (driemaal) om een titer boven de 100 IE/L te bereiken. Indien na aanvullende vaccinaties de titer tussen 10-100 IE/l blijft, is eenmalige revaccinatie na vijf jaar gevolgd door titercontrole vooralsnog noodzakelijk.

■ Titer >100 IE/l: langdurig beschermd tegen hepatitis B

Naar de huidige inzichten is de zorgverlener levenslang beschermd.

* Bron: Richtlijn infectiepreventie in mondzorgpraktijken 2016 (Hoofdstuk 5, blz. 54).

► **TABEL 1 - OVERZICHT VAN AANBEVELINGEN BIJ ZORGVERLENERS EN PATIËNTEN RONDOM VERSCHILLENDE INFECTIEZIEKTEN.****

Beleid rond infectieziekten bij zorgverleners	
MRSA (meticilline-resistente <i>Staphylococcus aureus</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Laat een MRSA-positieve zorgverlener geen patiëntgerelateerde werkzaamheden doen zo lang het MRSA-dragerschap niet is/wordt behandeld. Volg de richtlijn van de SWAB 'Behandeling MRSA-dragers' (www.swab.nl). De MRSA-positieve zorgverlener neemt voorafgaand aan het uitvoeren van de werkzaamheden contact op met een arts, eventueel in overleg met een MRSA-deskundige.
BRMO (bijzonder resistent micro-organisme)	<ul style="list-style-type: none"> Pas de algemene voorzorgsmaatregelen betreffende infectiepreventie toe.
hiv	<ul style="list-style-type: none"> Een hiv-positieve zorgverlener kan na overleg met zijn/haar behandelend arts patiëntgerelateerde werkzaamheden uitvoeren. (Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener zelf.)
hepatitis B en C (recent opgelopen)	<ul style="list-style-type: none"> Verbod op beroepsuitoefening (zie Schema 2)
tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> Een zorgverlener met een infectie met <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (tbc) dient contact op te nemen met de GGD-arts. Zolang de zorgverlener met een infectie met <i>Mycobacterium tuberculosis</i> niet afdoende is behandeld, is deze een potentiële infectiebron voor de patiënten en collega's. Daarom moet totaal afgezien worden van het verlenen van zorg of enige werkzaamheden die een mogelijk infectierisico geven.
Beleid rond infectieziekten bij patiënten	
MRSA of een andere BRMO	<ul style="list-style-type: none"> Pas de algemene voorzorgsmaatregelen betreffende infectiepreventie toe.
hiv	<ul style="list-style-type: none"> Er is geen reden om HBV, HCV of hiv-positieve patiënten voor behandelingen in de mondzorgpraktijk te weigeren. Pas de algemene voorzorgsmaatregelen betreffende infectiepreventie toe.
hepatitis B of C	<ul style="list-style-type: none"> Er is geen reden om HBV, HCV of hiv-positieve patiënten voor behandelingen in de mondzorgpraktijk te weigeren. Pas de algemene voorzorgsmaatregelen betreffende infectiepreventie toe.
tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> Behandel een patiënt met open tuberculose alleen in een specialistisch behandelcentrum (ziekenhuis/MKA-chirurg): <ul style="list-style-type: none"> Biedt alleen spoedeisende hulp en biedt de meest noodzakelijke hulp. Overleg voorafgaand aan de behandeling met de behandelend longarts. Voorkom zoveel mogelijk de productie van aerosolen. Pas hierbij de algemene voorzorgsmaatregelen betreffende infectiepreventie toe en het gebruik van een FFP2-mondneusmaskers is noodzakelijk. Kom binnen 30 minuten na de behandeling niet in de behandelingsruimte zonder FFP2-masker. Informeer bij de GGD-arts of ringonderzoek nodig is.
andere infectieziekten	<ul style="list-style-type: none"> Pas de algemene voorzorgsmaatregelen betreffende infectiepreventie toe.

** Bron: Richtlijn infectiepreventie in mondzorgpraktijken 2016 (Hoofdstuk 5).

► **SCHEMA 2 - MOGELIJKE WETTELIJKE MAATREGELEN DIE OPGELEGD KUNNEN WORDEN BIJ INFECTIEZIEKTES MET EEN MELDPlicht*****

<ul style="list-style-type: none"> Gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek, gedwongen quarantaine (inclusief medisch toezicht) en verbod op beroepsuitoefening: <ul style="list-style-type: none"> Pokken; polio; severe acute respiratory syndrome (SARS). Gedwongen opname tot isolatie of thuisisolatie, gedwongen onderzoek en verbod op beroepsuitoefening: <ul style="list-style-type: none"> Humane infectie met aviaire influenzavirus, difterie, pest, rabiës, tuberculose en virale hemorrhagische koorts. Verbod op beroepsuitoefening: <ul style="list-style-type: none"> Buiktyfus, cholera, hepatitis A, B en C (recent opgelopen), kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella (rode hond), shigatoxineproducerende <i>Escherichia coli</i> en/of enterohemorragische <i>Escherichia coli</i>-infectie, shigellose, invasieve groep A-streptokokkeninfectie en voedselinfectie voor zover vastgesteld bij 2 of meer personen met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron. Geen dwingende maatregelen: <ul style="list-style-type: none"> Anthrax (miltvuur), bof, botulisme, brucellose, ziekte van Creutzfeldt-Jakob (klassieke en variantvorm), gele koorts, invasieve <i>haemophilus influenzae</i> type b-infectie, hantavirusinfectie, legionellose, leptospirose, listeriose, malaria, meningokokkenziekte, MRSA-infectie (indien sprake van clusters buiten het ziekenhuis), psittacose, Q-koorts, tetanus, trichinose en West-Nilevirusinfectie.

*** Bron: Richtlijn infectiepreventie in mondzorgpraktijken 2016 (Hoofdstuk 5, blz. 63).

Conclusie en advies

De inhoud van het hoofdstuk 'Infecties en immunisatie' is zeer gedetailleerd en uitgebreid. Deze informatie blijkt echter niet altijd te zijn geïmplementeerd. Dit blijkt uit het feit dat binnen praktijken soms zorgverleners werken die niet (meer) beschermd zijn. Ook blijkt dat praktijken lang niet altijd bekend zijn hoe te handelen bij verschillende infectieziekten. Ons advies aan praktijken is dan ook om de informatie uit het betreffende hoofdstuk actief te implementeren in de praktijk, door het team te informeren over de inhoud en door het bijhouden

van een registratie met betrekking tot de vaccinaties. Aangezien praktijken weinig in aanraking komen met mogelijke infectieziekten, is het eigenlijk onmogelijk om van alle medewerkers in de praktijk te verwachten dat zij de gedetailleerde informatie uit het hoofdstuk kennen. Daarom lijkt het vooral belangrijk om kennis te hebben van de inhoud van het hoofdstuk en de mogelijkheid om het als naslagwerk te gebruiken. Het belangrijkste advies is om vooral de algemene voorzorgsmaatregelen betreffende infectiepreventie toe te passen. Dit blijkt bij de meeste infectieziekten afdoende te zijn.