

Verloskundige: risicoloper én risicovormer

Sinds duidelijk is geworden dat patiënten en zorgverleners elkaar over en weer kunnen besmetten, wordt steeds meer aandacht gegeven aan beschermende maatregelen. Vorige maand heeft de Inspectie een nieuw Bulletin uitgebracht over de preventie van iatrogene hepatitis B.

Marianne Amelink

Toen ik begin jaren zeventig werd opgeleid tot vroedvrouw, werd ik uitgebreid getraind in de techniek van het handen en nagels borstelen, zodat ik op hygiënische wijze een bevalling zou kunnen doen. Het had beslist iets om met je blote handen rechtstreeks de warmte en glibberigheid van een geboorte te voelen, en om bij het onderzoek van de placenta de kalk te horen knisperen als je er met je nagels overheen ging.

De ontdekking van het Australië-antigeen maakte een eind aan deze sensaties. Dit antigeen, dat zijn naam dankt aan het feit dat het bij toeval bij een aboriginal werd ontdekt, bleek een van de determinanten van het hepatitis-B-virus te zijn. Het werd herdoopt in HbsAg (hepatitis B surface antigeen) en geldt tot op heden als bewijs voor een hepatitis-B-besmetting.

Opeens werd duidelijk dat niet alleen de zorgverlener de patiënt, maar omgekeerd de patiënt ook de zorgverlener kon besmetten. Borstelen met aseptische zeep om de bacteriën te doden, was dus niet meer afdoende. Er moest een tweezijdige bescherming ko-

men. Zo werden handschoenen standaard bij de begeleiding van de baring, en met het toenemende inzicht in besmettingsrisico's en besmettingswegen groeide in de loop der jaren het aantal beschermende maatregelen.

Hepatitis B

Ook de kennis over het hepatitis-B-virus (HBV) groeide. Het virus, dat lange tijd buiten het lichaam kan overleven, heeft een hoge pathogeniteit, zodat zelfs contact met maar een klein beetje besmet materiaal al tot een infectie kan leiden.

Duidelijk werd ook dat hepatitis B een ernstig gezondheidsprobleem vormt. Eenderde van de HBV-patiënten is enkele weken tot een half jaar ernstig ziek. In de overige gevallen verloopt de ziekte subklinisch, zonder specifieke klachten of verschijnselen. Toch is dit de groep die de meeste zorgen baart, omdat chronisch dragerschap vooral optreedt na subklinisch beloop (bij 5-10%), terwijl men zich daarvan niet bewust is. Draggers hebben een grote kans op levercirrose en leverkanker. En dragers kunnen op hun beurt weer anderen besmetten: via seksueel contact, via parenterale transmissie (prikaccidenten) of via verticale transmissie van moeder op kind.¹

De kans op besmetting via verticale transmissie (voornamelijk tijdens de baring) is zeer groot; het besmette kind loopt vervolgens een grote kans op chronisch dragerschap (in de literatuur worden kansen tot 90% genoemd) en vormt dan op zijn beurt weer een besmettingsbron. Dit was voor de overheid in 1989 reden te besluiten een screening op hepatitis-B-dragerschap in te voeren voor alle zwangeren, om vervolgens de kinderen van HbsAg-positieve moeders passief en actief te kunnen immuniseren.

In 1989 werd uitgegaan van een prevalentie van 0,9% zwangere draagsters.² De meest recente cijfers geven een lagere prevalentie aan: in 2000 werd bij 0,4% van de zwangere vrouwen een positieve HbsAG gevonden. Het betreft hier echter nog altijd jaarlijks ongeveer 800 zwangeren en hun kinderen.³

M.P. Amelink-Verburg,
verloskundige-onderzoeker,
TNO Preventie en
Gezondheid,
Postbus 2215,
2301 CE Leiden;
MP.Amelink@pg.tno.nl

Bulletin

Het besluit tot preventie van hepatitis B bij pasgeborenen, en de consequenties voor de praktijk werden in 1989 in een Bulletin van de Geneeskundige Hoofdingspectie aan alle betrokken zorgverleners meegedeeld.² Om de effectiviteit te vergroten en evalueerbaar te maken werd de HBV-preventie onlangs opgenomen in het pakket van het Nationaal programma pre- en postnatale preventie bij zwangeren en pasgeborenen.³ In het Bulletin 'Bloedonderzoek in de zwangerschap', in 1998 door de Inspectie uitgebracht, worden de diverse onderdelen van dit programma, waaronder de HBV-preventie, beschreven.⁴

En nu heeft de Inspectie dan weer een Bulletin over hepatitis B gepubliceerd.⁵ Elders in dit tijdschrift beschrijft Ria de Boer, Inspecteur Perinatale Zorg, de inhoud van het Bulletin. Wie de complete tekst wil lezen, moet het Internet op. In tegenstelling tot de beide vorige keren krijgen de individuele zorgverleners dit Bulletin niet met de post; het wordt alleen gestuurd aan instellingen en koepels. Onbegrijpelijk, gezien het onderwerp – Preventie iatrogene Hepatitis B – en gezien de praktische, richtlijn-achtige, manier waarop dat onderwerp wordt behandeld.

Het Bulletin wijst er op dat niet alleen zwangeren maar ook zorgverleners ongeweten HBV-drager kunnen zijn en anderen kunnen besmetten. Dat zorgverleners dus niet alleen *risicolopers* zijn, maar ook *risicovormers*. Dat dit een verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Dat zorgverleners die risicohandelingen verrichten (en verloskundigen horen daar onomstreden bij) zich dienen te laten vaccineren om zichzelf en hun patiënten te beschermen.⁶ Er wordt beschreven hoe te handelen na een doorgeemaakte, genezen HBV-infectie, na immunisatie met of zonder respons, en in de situatie dat men geen vaccinatie wil. Ook worden richtlijnen gegeven voor zorgverleners die HBV-drager blijken te zijn: kunnen zij hun werkzaamheden wel voortzetten?

Vraagtekens

Het is nog een juridisch steekspel in hoeverre het mogelijk is HBV-vaccinatie voor zorgverleners verplicht te stellen, bijvoorbeeld via de WGBO. Wel is al wettelijk geregeld dat werkgevers een vaccinatie moeten aanbieden aan werknemers die in contact kunnen komen met bloed. En al moeten vrije beroepsbeoefenaren dit dus meestal zelf betalen – om de kosten (ongeveer 100-120 euro) zal men dat niet gauw laten. Volgens mw. P. van Leeuwen-Gilbert, coördinator van het Nationaal Hepatitis Centrum in Amersfoort, laat een (onbekend) aantal zorgverleners zich echter wel weerhouden door de screening die onderdeel is van het vaccinatieschema: 'Stel dat je je onbekommerd laat vaccineren en dat dan blijkt dat je al een recente of chronische HBV-infectie hebt! Dat heeft volgens de Inspectie-richtlijn vergaande consequenties, van tijdelijke tot definitieve uitsluiting van risicohandelingen. Duidelijk is dat dit grote financiële en praktische gevolgen zal hebben.'

Maar even duidelijk is dat struisvogelpolitiek in dezen onaanvaardbaar is.

In dit verband is het overigens opmerkelijk dat de HBV-status volgens de Inspectie-richtlijn pas in de eerste drie maanden ná de vaccinatiecycle hoeft te worden vastgesteld. Tussen de eerste en de laatste vaccinatie zit zes maanden; dat betekent dat een goedwillende HBV-dragende zorgverlener dus nog negen maanden een besmettingsbron kan zijn voor zijn of haar patiënten. Is de Inspectie daarmee niet zelf een beetje een struisvogel, en zou een pre-screening voor de risicovormers niet een zinvolle aanvulling zijn geweest?

Een ander punt dat vraagtekens oproept is hoelang men na een geslaagde vaccinatie immuun blijft. De richtlijn houdt hier een slag om de arm en stelt dat deze *minstens 15 jaar* bescherming biedt en dat er *op dit moment* geen redenen zijn tot revaccinatie. Voor deze, op het eerste gezicht vage uitspraken is echter wel een verklaring. Het

**kunnen
HBV-dragers
hun werkzaamheden
voortzetten?**

huidige vaccin werd vijftien jaar geleden voor het eerst gebruikt; de immuunstatus van de gevaccineerden van het eerste uur blijkt nu nog steeds goed. Een deel van hen wordt jaarlijks serologisch gevolgd; de termijn waarop het vaccin als 'beschermend' wordt beschouwd zal dus met deze groep mee verschuiven totdat het tegendeel blijkt.

Focus

Interessant is hoe sinds de ontdekking van het Australië-antigeen de focus een paar maal van richting is veranderd. Eerst werd de zorgverlener als risicovormer beschouwd bij de overdracht van infecties. Daarna ging de focus naar het risico dat de moeder vormt voor de zorgverlener. Daarna naar het risico dat zij vormt voor haar kind. Met het laatste Bulletin richt de Inspectie opnieuw de focus op het risico dat de zorgverlener kan vormen voor de patiënt. Daarmee is de cirkel rond. Afhankelijk van het perspectief zijn zorgverlener, moeder en kind risicocoloper of risicovormer.

Dit geldt voor hepatitis B. Maar indirect vestigt deze richtlijn ook de aandacht op het feit dat dit evenzeer geldt voor andere micro-organismen. Tegen het HBV kun je je laten vaccineren. Tegen vele andere virussen en bacteriën niet. Ook na HBV-vaccinatie blijft het dus van levensbelang voor zorgverlener en patiënt om in de verloskunde veilig en steriel te werken. ●

Literatuur

- 1 Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding. Protocollen infectieziekten: Hepatitis B. Den Haag: LCI, 2000.
- 2 Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. Preventie Hepatitis B bij pasgeborenen. GHI-Bulletin, Rijswijk, september 1989.
- 3 Vogels T, Van der Ploeg CPB, Schuller AA, et al. Procevaluatie pre- en postnatale screeningen (eerste fase). Leiden: TNO, november 2001.
- 4 Inspectie voor de Gezondheidszorg & Ziekenfondsraad. Bloedonderzoek in de zwangerschap. Zwangerschapsimmunisatie, Hepatitis B en lues. IGZ-bulletin, Rijswijk/Amstelveen, juni 1998.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Preventie iatrogene Hepatitis B. IGZ-bulletin, Den Haag, juni 2002 (als PDF-file te downloaden via www.igz.nl).
- 6 Gezondheidsraad Commissie hepatitis B. Bescherming tegen hepatitis B. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1996, nr. 1996/15.