

# De richtlijn ‘Influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen’ van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen; taakverdeling tussen verpleeghuisarts, huisarts en bedrijfsarts

H.J.M.Cools en G.A.van Essen\*

Zie ook het artikel op bl. 116.

- De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) heeft de richtlijn ‘Influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen’ uitgebracht.
- De richtlijn adviseert een hoge vaccinatiegraad van bewoners én zorgverleners.
- De directie van een zorginstelling zorgt ervoor dat aan het begin van het griepseizoen een influenza-vaccinatieplan en een influenza-uitbraakplan gereed is voor gebruik.
- In het influenzavaccinatieplan wordt vastgelegd welke taken de verpleeghuisarts, de huisartsen en de bedrijfsarts hebben.
- Non-respons op influenzavaccinatie kan worden beperkt door verpleeghuispatiënten met een dubbele dosis te vaccineren.
- Het influenza-uitbraakplan start met het tijdig verhogen van de waakzaamheid en adviseert om de eerste tekenen van een mogelijke influenza-uitbraak spoedeisend virologisch te bevestigen.
- Direct na de virologische bevestiging wordt de influenzapatiënt curatief behandeld en worden de overige patiënten in de zorgeneid en de aldaar werkzame zorgverleners profylactisch behandeld met oseltamivir.
- Bovendien krijgen alsnog niet-gevaccineerden een influenzavaccinatie aangeboden om de herintroductie van virus na het staken van de profylaxe te verhinderen.
- Tijdens een influenza-uitbraak worden op de opengevallen plaatsen in de zorgeneid alleen patiënten met influenza of met influenzaprofylaxe opgenomen.
- Bij een pandemie volgen de zorginstellingen de aanwijzingen van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding.

Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:119-24

Onlangs publiceerde de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) de richtlijn ‘Influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen’ ([www.artsenapothekeer.nl/files/rl\\_influenza\\_2004.pdf](http://www.artsenapothekeer.nl/files/rl_influenza_2004.pdf)). Daarin staan aanbevelingen voor de primaire preventie van influenza in een verpleeghuis of verzorgingshuis (figuur 1 en 2). Doel is om te voorkomen dat de toch al beperkte kwaliteit van leven van de chronische en progressief zieke patiënt door influenza verder vermindert. Daarnaast kan preventie van influenza ook

bij een beperkte levensverwachting de vroegtijdige sterfte (‘oversterfte’) verminderen. Een hogere vaccinatiegraad onder zorgverleners helpt daarbij. Goede samenwerking tussen verpleeghuisartsen, huisartsen en bedrijfsartsen is daarvoor noodzakelijk. Veel meer dan bij de individuele zorgverlening is de zorg in zorginstellingen zoals verpleeghuizen en verzorgingshuizen ingekaderd door veel wet- en regelgeving. Om die reden geven wij in dit artikel eerst een korte plaatsbepaling van de richtlijn. Daarna komt de medische taakverdeling aan de orde. Tot slot volgt een samenvatting van de hoofdpunten van de richtlijn.

## PLAATSBEPALING

De richtlijn sluit aan op de standaard ‘Influenza en influenzavaccinatie’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), die is gericht op de individuele patiënt.<sup>1</sup> Omdat echter bij een influenza-uitbraak in zorginstellingen patiënten als groep onder de bepalingen van de Infectieziektenwet val-

\* Namens de werkgroep Influenzapreventie in Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, waarvan de leden aan het einde van dit artikel staan genoemd.

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Huisartsgeneeskunde, Postbus 2087, 2301 CB Leiden.

Hr.prof.dr.H.J.M.Cools, verpleeghuisarts.

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns-geneeskunde, Utrecht.

Hr.dr.G.A.van Essen, huisarts.

Correspondentieadres: hr.prof.dr.H.J.M.Cools (h.j.m.cools@lumc.nl).

# NVVA-Richtlijn

# Influenzapreventie

## in verpleeghuizen en verzorgingshuizen

- a. Toepassing van de richtlijn**

Deze richtlijn geldt *wel* gedurende het jaarlijkse normale influenza-seizoen, maar *niet* tijdens een pandemie van influenza.
- b. Het influenzavaccinatieplan**

Ieder verpleeghuis en verzorgingshuis beschikt over een influenzavaccinatieplan voor de patiënten én de zorgverleners.  
De hiervoor verantwoordelijke arts start jaarlijks op tijd met de uitvoering van de medische en logistieke aspecten hiervan.
- c. De eerste verdedigingslinie: vaccinatie**

Als eerste verdedigingslinie tegen influenza wordt jaarlijks aan alle patiënten én de zorgverleners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen influenzavaccinatie aanbevolen.
- d. De vaccinatiegraad**

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. Het vaccineren van de zorgverleners beperkt hun rol als verspreider van ziekte en vermindert de kans op ziekte tijdens en door het werk.  
Ter beperking van het aantal non-responders onder verpleeghuispatiënten wordt aanbevolen het vaccineren met een dubbele dosis te overwegen.
- e. 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.
- f. De tweede verdedigingslinie: het influenza-uitbraakplan**

Bij een influenza-uitbraak start de tweede verdedigingslinie: behandeling, cohortverpleging en profylaxe. Dit geheel van factoren is vastgelegd in het influenza-uitbraakplan. De verpleeghuisarts zet het plan in werking zodra zich een influenza-uitbraak voordoet.
- g. De klinische diagnose**

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

FIGUUR 1. Stellingen van de richtlijn 'Influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen' van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (het vervolg staat in figuur 2).

Na de virologische bevestiging van een influenza-uitbraak worden de volgende maatregelen aanbevolen:

**i. De curatieve behandeling**

De verpleeghuisarts behandelt influenza-patiënten gedurende vijf dagen met tweemaal daags 75 mg oseltamivir. De behandeling start binnen 48 uur na de aanvang van de symptomen.

**j. De spoedvaccinatie**

De verpleeghuisarts adviseert de niet-gevaccineerde patiënten zich alsnog te laten vaccineren.

**k. De medicamenteuze profylaxe bij patiënten en zorgverleners<sup>1</sup>**

De verpleeghuisarts schrijft medisch geïndiceerd en onder voorbehoud<sup>1</sup> voor aan alle patiënten en zorgverleners binnen de zorgseenheid: eenmaal daags 75 mg oseltamivir tot en met zeven dagen nadat bij de laatste patiënt of zorgverlener influenza was vastgesteld.

**l. Cohortverpleging**

De verpleeghuisarts stelt onmiddellijk 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.

<sup>1</sup> 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 en plaatsvindt in het kader van gecontroleerd observationeel onderzoek totdat voldoende *evidence in residential care* is verkregen.

**m. Opnames**

De verpleeghuisarts beperkt nieuwe opnames in de zorgseenheid waar de influenza-uitbraak heerst, tot patiënten die al behandeld worden voor influenza en tot patiënten die vooraf instemmen met profylaxe.

**n. Het einde van de influenza- uitbraak**

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

**o. De instemming van de patiënt en de zorgverlener**

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

FIGUUR 2. Vervolg van de stellingen van de richtlijn 'Influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen' van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (zie ook figuur 1).

len, sluit de richtlijn tevens aan op de uitvoeringsregeling bij een influenza-uitbraak van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI).<sup>2</sup> Virustransmissie blijft niet beperkt tot patiënten. De preventieve maatregelen betreffen daarom de gezamenlijke leef- en werkgemeenschap van patiënten, hun bezoekers en de zorgverleners uit verschillende disciplines. Dit vraagt aandacht voor de infectieuze arbeidsrisico's (Arbeidsomstandighedenwet), voor verantwoorde preventieve zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen), voor medische bekwaamheid (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), voor 'informed consent' van patiënten met cognitieve stoornissen (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) en voor de financiering van de maatregelen (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Tenslotte is in de richtlijn rekening gehouden met de specifieke rol die de Gezondheidsraad toebedeelt aan verpleeghuizen in geval van een influenzapandemie.<sup>3</sup>

#### MEDISCHE TAAKVERDELING

De richtlijn houdt rekening met de variaties in de verdeling van medische taken in zorginstellingen, voorzover relevant voor de influenzapreventie. In een verpleeghuis en meer nog in een verzorgingshuis werken verpleeghuisartsen en huisartsen samen aan de medische aspecten van de cliëntenzorg. In deze samenwerking wisselen zij het hoofd- en medebehandelaarschap gevarieerd af. Het College voor zorgverzekeringen beschouwt voor de uitvoering van het Nationaal Programma Grieppreventie echter de huisarts als enige hoofdbehandelaar.<sup>4</sup> Grieppreventie in zorginstellingen zou ook onder het Nationale Programma moeten vallen, ten einde de afstemming in de zorg te verbeteren.

Zowel in verpleeg- als in verzorgingshuizen verkeren verpleeghuisartsen in een relatief gunstige positie voor de uitvoering van influenzapreventie. Zij werken immers met de overige betrokken zorgverleners en hun managers samen in een continu, langdurig, systematisch en multidisciplinair zorgproces, met ruimte voor zowel de individuele als de groepsgewijze benadering van de influenzapreventie. De werkgever is verplicht tot het nemen van preventieve maatregelen om ziekte van werknemers te voorkomen en te beperken. Veelal voert de bedrijfsgeneeskundige die taak uit.

Influenzavaccinatie van zorgverleners voorkomt niet alleen influenza voor henzelf. Het staat vast dat hiermee ook bescherming voor oudere cliënten wordt geboden.<sup>5</sup> De verpleeghuisarts kan deze met elkaar verweven influenzapreventieve maatregelen onder de cliënten en de zorgverleners goed coördineren. De Infectieziektenwet verplicht zorginstellingen een 'ongewoon aantal zieken met diarree, geelzucht, huidaandoeningen of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard' te melden bij de GGD.

Hieronder valt ook een influenza-uitbraak. De GGD-arts voor infectieziektebestrijding treedt dan op als adviseur voor te nemen profylactische maatregelen. Met de medisch microbioloog wordt een bindende afspraak gemaakt over snelle diagnostiek bij aanwijzingen voor een influenza-epidemie, ook op vrijdagen en in het weekeinde. De hulp van de infectioloog kan ingeroepen worden voor de behandeling van patiënten met complexe problematiek.

De richtlijn adviseert de directie van een zorginstelling te regelen dat de huisartsen, de verpleeghuisarts, de bedrijfsarts, de arts voor infectieziektebestrijding van de GGD en de medisch microbioloog voorafgaande aan het jaarlijkse griepseizoen afspraken vastleggen omtrent de medische taakverdeling van influenzapreventie en influenzaprofylaxe. De verpleeghuisarts speelt daarbij een centrale rol.

#### HOOFDPUNTEN VAN DE RICHTLIJN

De richtlijn bevat aanbevelingen voor het influenzavaccinatieplan (de eerste verdedigingslinie) en het influenza-uitbraakplan (de tweede verdedigingslinie). Beide plannen bevatten medische en logistieke maatregelen en moeten klaarliggen voordat het griepseizoen begint.

**Influenzavaccinatieplan.** Het influenzavaccinatieplan bevat 2 belangrijke punten. Op de eerste plaats wordt ter beperking van de virustransmissie een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad nagestreefd onder de cliënten (thans circa 84%) en de zorgverleners (thans circa 7%) tezamen. Met name het vaccinatieplan van zorgverleners behoeft daartoe veel aandacht. De richtlijn geeft implementatievoorbeelden voor verpleeghuizen en voor verzorgingshuizen. Op de tweede plaats wordt aanbevolen te overwegen om door middel van een dubbele vaccindosis het aantal verpleeghuispatiënten dat geen goede titer opbouwt na influenzavaccinatie te doen dalen. Volgens Nederlands onderzoek daalt dat aantal bij een verdubbeling van de dosis van 45% tot 31% (oddsratio: 1,79; relatief risico: 1,32-2,44; 'number needed to treat': 7).<sup>6</sup> De werkgroep doet deze aanbeveling, omdat de lage effectiviteit van de influenzavaccinatie bij ouderen (ongeveer 50%) een groot probleem is. Verdubbeling van de vaccindosis zou een methode kunnen zijn om dit te verbeteren. Omdat de literatuur hierover niet eenduidig is, heeft de werkgroep deze aanbeveling in consensus vastgesteld.

**Influenza-uitbraakplan.** Het influenza-uitbraakplan vat influenza in een zorginstelling op als een calamiteit, omdat zich tegelijkertijd 3 fenomenen voordoen. Op de eerste plaats heeft influenza negatieve invloed op het welbevinden van de cliënt. Veel chronische aandoeningen raken erdoor ontregeld, zoals hartfalen, diabetes mellitus, ziekte van Parkinson en multiple sclerose. Influenza leidt tot toename van bedlegerigheid, die tot urineweginfectie, blaasretentie, fecale impactie, decubitus, trombose en delier predispo-neert.

Op de tweede plaats kan influenza de sterfte bespoedigen, niet alleen van de terminale patiënten, maar ook van de overige cliënten. Dit wordt gedeeltelijk veroorzaakt door de infectie zelf, maar grotendeels door cardiovasculaire ziekten, zoals hartfalen, ischemische hartziekten en beroerte, die met influenza samenhangen.<sup>7</sup> Door de oversterfte kunnen meer cliënten dan gewoonlijk worden opgenomen, maar op opengevallen plekken kunnen vanwege de uitbraak eigenlijk alleen ouderen met influenza of met influenza-profylaxe worden opgenomen.

Op de derde plaats kunnen zorgverleners uitvallen door influenza, hetgeen de achterblijvende collega's kan overbelasten. Het influenza-uitbraakplan geeft aanbevelingen om met zo'n calamiteit om te gaan.

Het influenza-uitbraakplan start met het verhogen van de waakzaamheid onder zorgverleners voor griepverschijnselen onder cliënten en zichzelf vanaf het begin van het griepseizoen. Vaak wordt pas aan influenza gedacht als dit een aantal patiënten tegelijk overkomt en zich meer zorgverleners dan gebruikelijk ziek melden. Volgens de richtlijn is van een influenza-uitbraak klinisch sprake indien zich binnen 48 h een tweede geval van influenza voordoet binnen een zorgeenheid; dit is een vaste groep zorgverleners inclusief invallers en waarnemers, die gezamenlijk 24-uursverzorging regelen voor een vaste groep cliënten. Tijdens een influenza-epidemie in de open bevolking spreekt men al van een uitbraak in een zorginstelling als het nieuwe geval zich elders in de zorginstelling voordoet.

De klinische diagnose wordt zo snel mogelijk virologisch bevestigd, zodat de effectiviteit van de volgende 3 maatregelen zo groot mogelijk is: (a) influenzapatiënten worden zo snel mogelijk curatief behandeld met oseltamivir ter beperking van de ziekteduur en het risico op complicaties; (b) de overige cliënten en zorgverleners ontvangen profylaxe met oseltamivir om de uitbraak te beperken en deze zo snel mogelijk te beëindigen; (c) nog niet gevaccineerde cliënten en zorgverleners krijgen alsnog een influenzavaccinatie aangeboden ter beperking van de herintroductie van influenzavirus na beëindiging van de profylaxe.

Het profylactisch effect van oseltamivir in zorginstellingen is nog onvoldoende bewezen. Desondanks heeft de werkgroep, congruent aan het advies van de LCI, aanbevelen om bij elke uitbraak het effect van het gebruik of het afzien daarvan nauwkeurig te beschrijven, tot voldoende bewijs voor de preventieve waarde van oseltamivir in instellingen beschikbaar is (National Institute for Clinical Excellence. Final appraisal determination oseltamivir and amantadine for the prophylaxis of influenza; [www.nice.org.uk/page.aspx?o=80809](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=80809)). Het LCI kan dit standaardiseren. Aangezien de dreiging van snelle verspreiding vooral de eerste dagen na besmetting groot is, wordt aanbevolen om tegelijkertijd cohortverpleging in te stellen. In het influenza-vaccinatieplan en het influenza-uitbraakplan zijn procedu-

res en voorbeelden opgenomen om zowel de instemming van de cliënt als van de zorgverlener te verkrijgen. De richtlijn bevat enkele indicatoren voor de structuur, het proces en de uitkomsten van de implementatie van de richtlijn.

De werkgroep Influenzapreventie in Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen bestond uit: prof.dr.H.J.M.Cools, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, en Zorginstellingen Pieter van Foreest, Delft; J.J.Herngreen, Zonnehuisgroep Amstelland, locatie Het Zonnehuis, Amstelveen; mw. R.E.de Jong, Verpleeghuis Anholt, Assen; mw.M.F.Lichtenbelt, Verpleeghuis Wendhorst, Heerde, allen verpleeghuisartsen; dr.P.H.Rothbarth, medisch microbioloog, Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp; en dr.G.A.van Essen, huisarts, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Utrecht.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 7 september 2004

---

#### Literatuur

- 1 Essen GA van, Sorgedragter YCG, Salemink GW, Govaert ThME, Hoogen JPH van den, Laan JR van der. NHG-standaard Influenza en influenzavaccinatie. In: Thomas S, Geijer RMM, Laan JR van der, Wiersma TJ, redacteuren. NHG-standaarden voor de huisarts. II. Utrecht: Bunge; 1996. p. 179-83.
- 2 Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). Draaiboek explosies van luchtweginfecties in instellingen. Bijlage IV. Influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen. Den Haag: LCI; 2003.
- 3 Gezondheidsraad. Vaccinatie bij een griepandemie. Publicatienr 2000/01. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000.
- 4 College voor zorgverzekeringen (CVZ). Rapport Nationaal Programma Grieppreventie: het succes van de grieprik. Publicatienr 162. Amstelveen: CVZ; 2003.
- 5 Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:93-7.
- 6 Roos-van Eijndhoven DG, Cools HJM, Westendorp RGJ, Cate-Hoek AJ ten, Knook DL, Remarque EJ. Randomized controlled trial of seroresponses to double dose and booster influenza vaccination in frail elderly subjects. *J Med Virol* 2001;63:293-8.
- 7 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. *N Engl J Med* 2003;348:1322-32.

---

#### Abstract

**Practice guideline 'Influenza prevention in nursing homes and care homes', issued by the Dutch Society of Nursing Home Specialists; division of tasks between nursing home specialist, general practitioner and company doctor**

- The Dutch Society of Nursing Home Specialists has formulated a guideline for the prevention of influenza in nursing homes and care homes in the Netherlands.
- The guideline recommends the realisation of the highest possible degree of vaccination of both patients and health care workers.

- At the start of the flu season, the manager of the chronic care institute should organize a scheme for vaccination against influenza and a plan in case of an outbreak of influenza.
- The division of tasks between the nursing home specialist, the general practitioner and the company doctor should be recorded in both the vaccination scheme and the outbreak plan.
- In order to decrease the incidence of non-response to the vaccine a double dose of influenza vaccine for nursing home patients should be considered.
- The outbreak plan should raise the state of alertness for influenza and ensure that virological confirmation of clinical influenza is obtained quickly.
- Immediately after virological confirmation of clinical influenza, patients with influenza should be treated with oseltamivir and both patients and health care workers in the unit should receive prophylaxis with oseltamivir.
- Non-vaccinated patients should also be offered vaccination to restrict re-introduction of the virus.
- During an influenza outbreak, only patients with influenza or those who have had prophylactic treatment may be admitted to the facility.
- In the case of an influenza pandemic, national guidelines should be followed.

Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:119-24