



*rivm*

# Draaiboek

Vaccinatieprogramma  
hepatitis B-risicogroepen

November 2009

---

# Draaiboek

## Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen

November 2009

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding  
RIVM – Centrum Infectieziektebestrijding  
Postbus 1, Interne postbak 13  
3720 BA Bilthoven

T 030 2747000  
F 030 274 4455

hbvprogramma@rivm.nl  
<http://www.rivm.nl/cib/themas/HBV/>



### Redactie

Dhr. Bert Jan Bos  
Mevr. Harriëtte van Buel  
Mevr. Marlies van Dam  
Mevr. Helene Driessen - Hulshof  
Mevr. Monique Eijkenboom  
Mevr. Anouk de Gee  
Mevr. Saskia Lange  
Mevr. Anja Nijman  
Mevr. Marleen van den Oever  
Mevr. Iris van Ouwerkerk  
Mevr. Evelien Siedenburg  
Mevr. Quita Waldhober

LCI  
GGD IJsselland  
LCI  
GGD West-Brabant  
Ministerie van Justitie  
Trimbos-instituut  
GGD Kennemerland  
Schorerstichting  
Soa Aids Nederland  
LCI  
GGD Amsterdam  
GGD Nederland

---

---

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	1
1. Algemene programma-informatie .....	2
1.1 Aanleiding van het vaccinatieprogramma .....	2
1.2 Doelgroepdefinities .....	2
1.3 Landelijke coördinatie van het programma .....	2
1.3.1 Landelijke samenwerkingspartners .....	2
1.3.2 Werkgroep Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen .....	3
1.3.3 Klankbordgroep Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen .....	3
1.4 Regionale coördinatie van het programma .....	3
1.4.1 Basisaanbod en extra aanbod .....	3
2. Randvoorwaarden regionale uitvoer programma .....	5
2.1 Taken regionale coördinator .....	5
2.2 Samenwerkingspartners .....	5
<i>Vastleggen samenwerkingsafspraken</i> .....	6
2.3 Afspraken over bloedafname en toedienen van vaccinaties .....	6
2.4 Laboratorium .....	6
2.5 Levering vaccin .....	7
2.5.1 Vaccingebruik .....	7
2.5.2 Vaccinbeheer .....	7
2.5.3 Vaccinverlies .....	7
3. Benaderen van de doelgroepen .....	8
3.1 Werving .....	8
3.1.1 Communicatiemiddelen en promotiematerialen .....	8
3.1.2 Voorlichtingsboodschap .....	8
3.2 Doelgroep druggebruikers .....	9
3.3 Doelgroep MSM .....	11
3.4 Doelgroep prostituees .....	12
4. Uitvoering .....	15
4.1 Het consult .....	15
4.2 Vaccin en toediening .....	16
4.2.1 Hepatitis A-vaccinatie .....	16
4.2.2 Vaccin bewaren, koude keten .....	17
4.2.3 Beschermingsduur .....	17
4.3 Bijzondere omstandigheden .....	17
4.4 Prevaccinatiescreening .....	17
4.5 Uitslag bloedonderzoek .....	18
4.5.1 Beleid bij chronische infectie .....	18
4.5.2 Meldingsplicht .....	18
4.5.3 Doorverwijzing .....	18
4.6 Postvaccinatiescreening .....	18
5. Registratie .....	20
5.1 Registratiedoelen .....	20
5.2 Registratiesysteem .....	20
5.3 Het systeem en helpdesk .....	20
5.4 SMS-applicatie .....	20
6. Financiën .....	21
6.1 Financiering basisaanbod .....	21
6.1.1 Tarieven consultkosten .....	21
6.1.2 Vergoeding vaccinkosten .....	21
6.2 Financiering extra-aanbodplannen .....	21
6.3 Vergoedingen binnen de DJI .....	21
7. Landelijke ondersteuning .....	23
7.1 Voorlichtingsmaterialen .....	23
7.2 Programmabericht .....	23
7.3 Vragen over het programma? .....	23
7.4 Deskundigheidsbevordering .....	23
7.5 Gegevens uit het registratiesysteem .....	24
8. Veelgestelde vragen .....	25
Bijlage 1. Organisatie Vaccinatieprogramma .....	27
Bijlage 2. Vergoedingsstructuur Justitiële Inrichtingen .....	29
Bijlage 3. Handelings- en tariefstructuur vaccinatie hepatitis B-risicogroepen .....	30
Bijlage 4. Informatie op websites .....	32
Bijlage 5. Literatuur .....	33

---

## Inleiding

In Nederland zijn er grote verschillen tussen personen en het risico op een hepatitis B-besmetting, omdat dit grotendeels bepaald wordt door de mate van risicogedrag (seksueel- en reisgedrag, arbeidsgelateerd risico, drugsgebruik en etniciteit). Daarom bepaalde de rijksoverheid begin jaren 80 dat preventie van hepatitis B het beste kon gebeuren door inenting van specifieke hoogrisicogroepen. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft GGD Nederland de opdracht gegeven de uitvoering van de Landelijke Vaccinatiecampagne Hepatitis B-risicogroepen te starten. De campagne ging van start in november 2002. Sinds 1 januari 2009 is dit vaccinatieprogramma overgedragen aan het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM om het structureel in te bedden in de GGD-praktijk. De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI), onderdeel van het CIb, is coördinator.

De eerste versie van dit draaiboek is in 2002 door GGD Nederland samengesteld in nauwe samenwerking met deskundigen van Soa Aids Nederland, Schorer en het Trimbos-instituut. In 2009 is dit draaiboek herzien door het CIb in samenwerking met de redactieraadleden, zoals vermeld in bijlage 1.

### **Voor wie is dit draaiboek bedoeld?**

Dit draaiboek is geschreven voor programmacoördinatoren, sociaal verpleegkundigen en andere betrokkenen van GGD'en en soapolieklinieken en kan tevens gebruikt worden als naslagwerk voor de medewerkers verslavingszorg, de Justitiële Inrichtingen (JI) en andere organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van dit programma. In dit draaiboek worden kaders en praktische richtlijnen gegeven ter ondersteuning van de regionale uitvoering van het programma.

### **Doel van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen**

Het primaire doel van dit programma is de HBV-transmissie in genoemde gedragsgebonden risicogroepen te verminderen door mensen uit die risicogroepen gratis vaccinatie aan te bieden. De hoogrisicogroepen die met dit programma bereikt worden zijn mannen die seks hebben met mannen (MSM), prostituees en druggebruikers. Een secundair doel van het programma is het opsporen van chronisch geïnfecteerden, zodat zij kunnen worden doorverwezen voor behandeling en begeleiding door een arts. Het vaccinatieprogramma richt zich op deels moeilijk bereikbare risicogroepen en kenmerkt zich als een programma waarbij veel organisaties en instellingen betrokken zijn. Dit vraagt om een goede voorbereiding en samenwerking, zowel landelijk als regionaal.

### **Leeswijzer**

Dit draaiboek beschrijft:

- hoe het programma is opgezet;
- hoe de doelgroepen te benaderen;
- de uitvoering van het programma op nationaal en lokaal niveau;
- de wijze waarop de financiële afhandeling plaatsvindt;
- de landelijke ondersteuning van dit vaccinatieprogramma;
- de meest gestelde vragen met bijbehorende antwoorden.

CIb/LCI,  
Bilthoven, november 2009

## 1. Algemene programma-informatie

### 1.1 Aanleiding van het vaccinatieprogramma

De Gezondheidsraad heeft de afgelopen jaren een risicogroepenbenadering geadviseerd aan de minister van VWS om het aantal hepatitis B-infecties terug te dringen. Op 31 maart 2009 heeft de Gezondheidsraad dit advies herzien en beveelt algemene vaccinatie binnen het Rijksvaccinatieprogramma aan. (1) De minister van VWS zal hierover een besluit nemen. Het vaccineren van gedragsgebonden risicogroepen blijft echter de komende decennia relevant, ongeacht de beslissing van VWS over het al dan niet opnemen van hepatitis B-vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma.

De LCI coördineerde van 1998 tot 2000 bij 7 GGD'en een proefcampagne naar de haalbaarheid van gratis vaccinatie van risicogroepen. (2) De resultaten van deze studie waren voor de minister van VWS aanleiding GGD Nederland te vragen de Landelijke Vaccinatiecampagne Hepatitis B-risicogroepen bij GGD'en te coördineren. Op 1 november 2002 is de campagne gestart en sinds januari 2009 is op verzoek van het ministerie van VWS de landelijke coördinatie ondergebracht bij het Clb en wordt als 'vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen' voortgezet.

### 1.2 Doelgroepdefinities

Naar aanleiding van een expertmeeting is het programma in november 2007 bijgesteld: het programma is geïntensiveerd voor MSM (om vooral jongere MSM te bereiken) en is geëindigd voor heteroseksuelen met wisselende contacten, die aanvankelijk wel als doelgroep gedefinieerd waren.

Transmissie van hepatitis B via heteroseksuele contacten lijkt geen grote rol te spelen. Dit is de reden waarom heteroseksuelen met wisselende contacten vanaf 1 november 2007 niet langer tot de doelgroepen van het vaccinatieprogramma worden gerekend. Het aantreffen van acute hepatitis B onder deze doelgroep wordt vooral verklaard door afkomst uit een hoogendemisch land ofwel het hebben van een partner uit een hoogendemisch land.

De gedragsgebonden risicogroepen die in aanmerking komen voor gratis vaccinatie binnen het programma zijn:

- mannen die seks hebben met mannen (MSM);
- druggebruikers (met huidig harddruggebruik of gebruik van harddrugs in het verleden) die gebruik maken van de laagdrempelige verslavingszorg en –opvang;
- prostituees;
- vanwege stigmatisering is het binnen JI'en wel mogelijk heteroseksuelen te vaccineren. Zie verder paragraaf 3.5.

Voor de intensivering van het programma voor MSM zijn meerdere redenen. Een derde van de meldingen van acute hepatitis B betreft mannen met homoseksuele contacten. De incidentie van hepatitis B is het hoogst bij deze groep. Vaccinatie van MSM is bovendien het meest kosteneffectief gebleken.

### 1.3 Landelijke coördinatie van het programma

Binnen het Clb is de LCI aangewezen dit vaccinatieprogramma te coördineren; hiertoe is een team geformeerd bestaande uit een projectleider, twee projectcoördinatoren, een project- en een secretariael medewerker, en medewerkers van de afdelingen communicatie en financiën.

#### 1.3.1 Landelijke samenwerkingspartners

De programmacoördinatie wordt uitgevoerd door het Clb in samenwerking met:

- de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI, verzorgt namens de minister van Justitie de uitvoer van straffen en vrijheidsbenemende maatregelen, die na uitspraak van een rechter zijn opgelegd);
- GGD Nederland (de landelijke vereniging voor GGD'en, zij behartigt de belangen van alle GGD'en en beschikt over een ondersteunend instituut voor haar activiteiten en projecten);
- Soa Aids Nederland (SANL, het expertise- en kenniscentrum voor hiv/aids en andere soa);
- Schorer (Nederlands instituut voor homoseksualiteit, homo -gezondheid en -welzijn);
- de Landelijke Steunfunctie Preventie/ het Trimbos instituut (landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg).

### **1.3.2 Werkgroep Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen**

In de werkgroep 'Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen' participeren vertegenwoordigers van de betrokken organisaties. In deze werkgroep wordt de praktische uitvoering van het landelijke beleid uitgewerkt, in jaarplannen om de GGD'en te ondersteunen bij hun werk. Tevens worden plannen gemaakt om via landelijke kanalen/activiteiten aandacht voor dit programma te vragen. Zie voor de samenstelling van deze werkgroep bijlage 1.

### **1.3.3 Klankbordgroep Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen**

Bij de voorbereidingen van het programma in 2002 is een begeleidingscommissie ingesteld om de voortgang van het project te begeleiden. In de commissie zijn alle betrokken organisaties vertegenwoordigd, waaronder IGZ, RIVM, VWS en ZonMw. De commissie heeft onder andere adviezen over de projectplannen besproken, in 2005 verlenging van het project geadviseerd en de bijsturing van de campagne in 2007 onderschreven. Bij het overgaan van het programma van GGD Nederland naar het Clb is de begeleidingscommissie opgegaan in de 'Klankbordgroep Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen'. Deze groep adviseert over het beleid en de inhoud van het programma. Zij vergadert éénmaal per jaar, voor de samenstelling van de Klankbordgroep: zie bijlage 1.

## **1.4 Regionale coördinatie van het programma**

De GGD'en zijn verantwoordelijk voor de regionale coördinatie en uitvoering van het programma. Hierin werkt de GGD samen met regionale of lokale uitvoeringsorganisaties (ketenpartners). Dit is afhankelijk van de aanwezigheid en bereikbaarheid van de verschillende doelgroepen in de regio. Tevens heeft de GGD de mogelijkheid om op verschillende locaties in de regio te vaccineren. De GGD onderhoudt contacten en maakt afspraken met de ketenpartners in de regio over de uitvoering en informeert hen over voortgang van het programma en eventuele wijzigingen.

### **1.4.1 Basisaanbod en extra aanbod**

In het programma is gekozen voor een tweesporenbeleid bestaande uit:

A: een basisaanbod

B: een extra aanbod

Ad A: Het basisaanbod wordt door alle GGD'en uitgevoerd. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat elke GGD binnen de reguliere werkzaamheden (infectieziektespreekuur, soapoli) gratis vaccinatie aanbiedt aan de doelgroepen.

Ad B: Naast het basisaanbod worden GGD'en en soacentra door het Clb uitgenodigd plannen in te dienen voor extra-aanbodactiviteiten. In samenwerking met regionale partners zetten zij extra activiteiten op of continueren zij die om één of meer risicogroepen aan te sporen zich te laten vaccineren. Vaccinatie wordt aangeboden op locaties die toegankelijk zijn voor de risicogroepen, bijvoorbeeld in 'homohoreca' en methadonposten.

GGD'en, soapolieklinieken en samenwerkende uitvoeringsorganisaties ontvangen in dit programma voorlichtingsmaterialen, vaccins, een registratiesysteem en ondersteunende materialen en diensten. Vaccinatiewerkzaamheden (basisaanbod) worden volgens een tariefstructuur vergoed. Meer informatie over de financiële afhandeling is te vinden in hoofdstuk 6. Voor GGD-werkzaamheden in het kader van het extra-aanbod is een programmasubsidie beschikbaar. Zie hoofdstuk 6 voor meer informatie over financiën en dit programma.

## 2. Randvoorwaarden regionale uitvoer programma

Voor een optimaal bereik van risicogroepen is goede samenwerking binnen een netwerk van hulpverleners en organisaties een vereiste. Dit komt tot uiting in de aanpak van dit vaccinatieprogramma. Elke GGD heeft een programmacoördinator en achterwacht die, in samenwerking met betrokken GGD-afdelingen of externe partners, concrete samenwerkingsafspraken maakt.

### 2.1 Taken regionale coördinator

De programmacoördinator van de GGD is verantwoordelijk voor de regionale coördinatie en uitvoering van het programma en voor de rapportage van de resultaten. Bij een grote GGD, met veel interne en externe samenwerkingspartners, is de coördinatie complexer en zal deze meer tijd en onderlinge afstemming vereisen. De coördinator zorgt er voor dat de regionale organisaties op de hoogte zijn van de ontwikkelingen en resultaten in dit programma.

De basis voor een effectieve uitvoering van het programma is inzicht in de omvang en vindplaatsen van de risicogroepen, de samenwerkingspartners in het netwerk van de soacentra en verslavingszorg. Als dit beeld (nog) niet volledig is kan een inventarisatie gemaakt worden aan de hand van de Wegwijzer Regionale soabestrijding. In hoofdstuk 3 wordt een algemene schets gegeven van de omvang van de verschillende risicogroepen in Nederland.

### 2.2 Samenwerkingspartners

Zowel binnen als buiten de GGD is samenwerking gewenst om het bereik van risicogroepen voor hepatitis B-vaccinatie te vergroten. Daarbij is het voortdurend van belang zowel intern als extern de potentiële samenwerkingspartners in kaart te brengen en in onderling overleg hun mogelijke bijdragen na te gaan. Dit is vooral van belang voor GGD'en die een extra aanbod doen en hiervoor bij het Clb een plan hebben ingediend.

#### *Samenwerking binnen de GGD*

Elke afdeling die contact heeft met één of meerdere risicogroepen kan in principe betrokken worden bij de werving van deelnemers aan het vaccinatieprogramma. Dit betreft vooral de afdeling infectieziektebestrijding, de afdeling soabestrijding en GGD-methadonposten. Maar ook de afdelingen reizigersadviesing, tuberculosebestrijding, jeugdgezondheidszorg, OGGZ en forensische geneeskunde. Voor een actieve rol in de werving is het wel van belang dat bij leidinggevend en medewerkers van de betreffende afdelingen draagvlak is voor het programma en de praktische mogelijkheid om bij te dragen.

Uit oogpunt van een maximaal bereik wordt aanbevolen om werving en vaccinatie zoveel mogelijk op dezelfde locatie te combineren. Dit verhoogt de compliance. Cliënten die worden doorverwezen naar een spreekuur elders blijken daar lang niet altijd te komen.

Organisatorisch is het echter niet altijd mogelijk om direct ter plaatse te vaccineren. Daarom dienen er binnen de GGD ook afspraken te worden gemaakt over het al dan niet toedienen van vaccinaties in het kader van het programma buiten de vastgestelde hepatitis B-vaccinatiesprekuren. Laagdrempelige benadering is uitermate belangrijk voor een optimaal resultaat. Integratie van hepatitis B-vaccinatie binnen soaconsulten is een goed voorbeeld van deze laagdrempeligheid.

#### *Samenwerking met externe organisaties*

Bij regionale organisaties en beroepsgroepen valt te denken aan:

- internisten;
- artsen van seksinrichtingen;
- huisartsen en (district)huisartsenvereniging;
- instellingen voor verslavingszorg, methadonposten;
- instellingen voor dak- en thuislozen;



- belangenorganisaties en –verenigingen voor homo- en biseksuelen zoals het COC, homohoreca en –sauna’s en organisatoren van gay-party’s en evenementen;
- bordelen en bordeelhouders;
- huiskamerprojecten;
- escortbedrijven;
- justitiële inrichtingen (gedetineerde druggebruikers/ prostituees);
- hiv/aidsbehandelcentra;
- websitebeheerders (bijvoorbeeld datingsites voor homomannen).

#### *Vastleggen samenwerkingsafspraken*

Afhankelijk van de regionale situatie en bestaande samenwerking kan de GGD de samenwerking met één of meer organisaties intensiveren. Van belang zijn de mogelijkheden voor participatie in het programma te onderzoeken en gebruik te maken van de sterke kanten van de potentiële samenwerkingspartners.

Zorg er voor dat de regionale organisaties op de hoogte blijven van de ontwikkelingen en resultaten in dit programma.

**Advies: leg afspraken vast in een draaiboek of samenwerkingscontract.**

### **2.3 Afspraken over bloedafname en toedienen van vaccinaties**

Toedienen van vaccinaties en bloedafname zijn medisch voorbehouden handelingen (BIG-wet). Op de GGD-afdelingen en soapolieklinieken zijn hierover afspraken schriftelijk vastgelegd in procedures. Schorer heeft een landelijk protocol gemaakt voor het uitvoeren van outreachend vaccineren en testen bij mannen die seks hebben met mannen. (3) Dit protocol is opgenomen in Seksuele Gezondheidszorg - Deel 1 Handboek Soa.

#### *Zelfstandig vaccineren*

Een belangrijk aspect van het hepatitis B-vaccinatieprogramma is het vaccineren op locatie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg bepaalt dat voor dit programma mag worden afgeweken van de wettelijke norm voor vaccineren op locatie door verpleegkundigen, mits het veld hiervoor zelf normen opstelt. Deze veldnormen zijn vastgesteld door het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI) op 11 mei 2004. Dankzij deze veldnorm kunnen verpleegkundigen onder bepaalde voorwaarden zelfstandig, zonder aanwezigheid van een arts, hepatitis B-vaccinaties uitvoeren. Dit bevordert de praktische uitvoerbaarheid van de outreachactiviteiten.

Over bloedafname en toedienen van vaccinatie door anderen dan GGD-medewerkers maakt de GGD afspraken met de betreffende uitvoerende partnerorganisatie. Daarbij valt te denken aan (medewerkers van) een instelling voor verslavingszorg of medewerkers van de medische dienst van een justitiële instelling. Het is dan van belang om de volgende zaken goed te regelen:

- Deskundigheidsbevordering  
Zo nodig vindt deskundigheidsbevordering en kortdurende begeleiding door de GGD plaats, waarna de betrokken instelling de bloedafname zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitvoert.
- Taakverdeling  
Afspraken zijn van belang over de taakverdeling met betrekking tot ontvangen, registreren en meedelen van uitslagen, vergoeding, labkosten, zorgverzekeraar.

### **2.4 Laboratorium**

Aanvragen van laboratoriumonderzoek en transport naar het laboratorium vinden plaats zoals voor de GGD gebruikelijk is, tenzij de GGD voor dit programma andere afspraken heeft gemaakt.

Eventuele *aanvullende* afspraken met een laboratorium kunnen zijn:

- direct doortesten op HbsAg en eventueel leverfunctiebepalingen\*, bij een anti-HBc-positieve uitslag;
- prijsafspraken, eventueel korting bij grote hoeveelheden anti-HBc-bepalingen en vervolgtesten;
- termijn en wijze van berichtgeving over uitslag.

## 2.5 Levering vaccin

Voor het programma wordt de vaccininkoop centraal verzorgd door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) en de levering aan de GGD'en wordt uitgevoerd door de Regionale Coördinatie Programma's (RCP). Het NVI levert het hepatitis B-vaccin Engerix-B® en het hepatitis A en B combinatievaccin Twinrix®.

### 2.5.1 Vaccingebruik

Vaccins die in het kader van het programma worden verstrekt, dienen *alleen* gebruikt te worden voor het vaccineren van risicogroepen (zie de doelgroepdefinitie). Vaccins mogen vanwege de kwaliteitswaarborging en veiligheid van het vaccin, bijvoorbeeld in geval van een *recall* procedure, niet worden uitgewisseld met andere afdelingen (bijvoorbeeld reizigersspreekuur). Mocht dit in noodsituaties toch gebeuren, dan is interne registratie van batchnummer, datum en afdeling noodzakelijk.

### 2.5.2 Vaccinbeheer

GGD'en ontvangen de vaccins van de Regionale Coördinatie Programma's (RCP's, onderdeel van het Clb). De vaccins worden alleen afgegeven aan de coördinator (of achterwacht van de coördinator) van het programma. De GGD is vanaf het moment dat is getekend voor ontvangst van de vaccins, verantwoordelijk voor het vaccin. GGD'en moeten zelf met ketenpartners afspraken maken over vaccinbeheer op locatie.

De vaccins worden volgens de 'Cold Chain'-richtlijn zoals deze vermeld staan in de 'Uitvoeringsregels RVP 2009' beheerd. In deze richtlijn staat onder andere informatie over 'Cold Chain', de houdbaarheid en de vaccinopslag. Beide documenten zijn te vinden op de website van het Clb/RVP. De RCP-coördinator kan indien gewenst de GGD over vaccinbeheer adviseren.

### 2.5.3 Vaccinverlies

Grote incidenten van vaccinverlies dienen bij voorkeur zo snel mogelijk, dan wel de eerstvolgende werkdag, telefonisch aan het Clb/LCI te worden gemeld (030 – 274 7000). Verliezen groter dan 2% op jaarbasis worden door het Clb/LCI bij de GGD in rekening gebracht. Dit wordt jaarlijks berekend op basis van het aantal uitgeleverde vaccins van de RCP's aan de GGD versus de geregistreerde gegeven vaccinaties in het registratiesysteem en de vaccinvoorraad bij de GGD en ketenpartners. De GGD'en moeten zelf afspraken maken met ketenpartners in de regio over hoe inhoudelijk en logistiek om te gaan met vaccinverlies en hoe dit te melden aan de betreffende GGD. Hiervoor is het Clb/LCI niet verantwoordelijk.

---

\* Leverfunctiebepalingen worden niet vergoed vanuit het vaccinatieprogramma en zijn voor rekening van de GGD of de verzekerde.

### 3. Benaderen van de doelgroepen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op werving van deelnemers voor dit vaccinatieprogramma. Vervolgens worden per doelgroep specifieke wervingsstrategieën beschreven en tips gegeven om de compliance te verhogen. Meer inzicht in effectieve wervingsstrategieën om de verschillende risicogroepen te benaderen is te vinden in campagneberichten, de IVO-publicaties 'Reeks 52', met name 'Hepatitis B vaccinatieproject: bereik van risicogroepen' (J. Baars en B. Boon, 2007) en in 'Van nieuw project tot geïntegreerd werk. Lessen uit 6 jaar hepatitis B-vaccinatiecampagne (GGD Nederland ZonMw, 2009). In dit hoofdstuk wordt geen aandacht besteed aan specifieke wervingsmethoden die van nut kunnen zijn binnen Justitiële Inrichtingen, zie hiervoor het 'Draaiboek Landelijke vaccinatiecampagne Hepatitis B-risicogroepen binnen DJI'.

#### 3.1 Werving

Voor werving van personen uit de doelgroep kan onderscheid gemaakt worden in benadering via intermediairen of rechtstreeks op vindplaatsen. Daarnaast is een gerichte inzet van communicatiemiddelen van belang. Samenwerkingspartners zoals beschreven in hoofdstuk 2, spelen een belangrijke rol bij het motiveren van deelnemers.

##### 3.1.1 Communicatiemiddelen en promotiematerialen

Voor werving in dit vaccinatieprogramma is gekozen voor doelgroepgerichte, landelijke en regionale media en websites. Wat communicatiemiddelen betreft valt te denken aan:

- Folder- en posterdistributie, via bestaande activiteiten en kanalen (lokale COC, kringgesprekken, seksclubs, homohoreca en –sauna's);
- Plaatsing van informatie op websites, een artikel en persbericht in regionale doelgroepgerichte media;
- Plaatsing van banners op doelgroepgerichte websites in de regio.

Ten behoeve van het programma zijn doelgroepspecifieke folders, banners, T-shirts, posters, websites et cetera ontwikkeld. Meer informatie hierover is te vinden op de website voor professionals van het HBV-programma: <http://www.rivm.nl/cib/themas/HBV/>

##### 3.1.2 Voorlichtingsboodschap

De kern van de voorlichtingsboodschap staat verwoord in de voorlichtingsfolders. De hepatitis B-vaccinatie wordt geadviseerd aan alle personen die afkomstig zijn uit de risicogroepen. Voor de doelgroep is het niet altijd vanzelfsprekend dat een vaccinatie wenselijk is als men gewend is om veilig te vrijen of alleen seks heeft met een vaste MSM-partner. Dit vraagt om een genuanceerde benadering bij de uitleg en motivatie voor de vaccinatie.

Belangrijke uitgangspunten van werving zijn:

- positieve houding en bejegening;
- laagdrempeligheid;
- mogelijkheid om anoniem te blijven;
- gratis vaccinatie;
- vaccinatie is mogelijk zonder deelname aan methadonprogramma;

of

- vaccinatie is mogelijk zonder soa-onderzoek;
- flexibiliteit met betrekking tot vervolgvaccinaties;

en

- de mogelijkheid opgeroepen te kunnen worden voor vervolgvaccinatie (rappel) en de mogelijkheid deze op een andere locatie te halen.

Werving is niet alleen belangrijk voor de eerste deelname, maar ook bij het doorlopen van de gehele vaccinatiereeks. Onprettige ervaringen kunnen meespelen bij een beslissing voor

vervolgvaccinatie. De compliancecijfers over de periode 2002-2008 zijn voor de 2<sup>e</sup> vaccinatie 80% en voor de 3<sup>e</sup> vaccinatie 62%. 66% van deelnemers is of volledig gevaccineerd of immuun/drager. De compliance van de 3<sup>e</sup> vaccinatie is het hoogst bij MSM: 78%, bij druggebruikers 59% en het laagst bij prostituees met 51%.

Voor compliance is de volgende boodschap van belang:

- het is nooit te laat voor vervolgvaccinatie;
- bij alle GGD'en en op nog vele andere locaties kan de vervolgvaccinatie gehaald worden.

### 3.2 Doelgroep druggebruikers

Inclusie criterium druggebruikers: met huidig harddruggebruik of gebruik van harddrugs in het verleden (met name intraveneus druggebruik), die gebruik maken van de (laagdrempelige) verslavingszorg en –opvang. Het spuiten van softdrugs (bijvoorbeeld GHB) komt incidenteel voor en deze personen krijgen vanwege het intraveneuze risico ook een hepatitis B-vaccinatie aangeboden.

#### *Schets van de doelgroep*

Een korte samenvatting van de cijfers:

- 14 – 26% van de probleemgebruikers injecteert cocaïne;
- 20 – 35% van de probleemgebruikers injecteert heroïne;
- 8 – 30 % van de injecterende druggebruikers leent wel eens spuiten;
- 25% van de injecterende druggebruikers leent wel eens attributen;
- Seksueel risicogedrag onder druggebruikers blijft omvangrijk. Onveilig seksueel contact kwam het meest voor bij 'vaste' partners (76 – 96%), gevolgd door losse partners (39 – 73%) en klanten (13 – 50%);\*
- Het percentage harddruggebruikers dat hepatitis B heeft doorgemaakt of drager is van het virus is veel hoger dan in de algemene bevolking (14% en 0,8% onder harddruggebruikers die deelnemen aan de campagne versus 2,1% en 0,2% onder de algemene bevolking).

Volgens de laatste schattingen in 2007 bedraagt het aantal probleemgebruikers van harddrugs in Nederland ongeveer 32.000. (4) Geschat wordt dat er zeker nog een aanzienlijke groep druggebruikers is die geen vorm van zorg ontvangt en dus niet geregistreerd staat, wat een onderschatting van het aantal drugsgebruikers waarschijnlijk maakt.

De doelgroep is zeer divers en varieert van heroïne- en cocaïnegebruikers tot poldruggebruikers. Ook de vorm van gebruik via intraveneuze toediening of door roken (vooral het chinezen van heroïne en basen van cocaïne) verschilt. Soms is er sprake van gereguleerd gebruik, al dan niet in combinatie met methadonverstrekking. Het is bekend dat het gebruik van (hard)drugs seksueel risicogedrag in de hand werkt, wat het risico op een hepatitis B-infectie vergroot.

De doelgroep varieert van gebruikers met een regelmatig bestaan (wonen, werk, inkomen) tot gebruikers in het dak- en thuislozencircuit en Justitiële Inrichtingen. Een groot deel van de ingeslotenen in Justitiële Inrichtingen is bekend met (hard)druggebruik. Het gebruik van heroïne is niet populair onder jongeren, binnen deze groep wordt het beschouwd als een 'loserdrug'. Hoewel heroïne (en cocaïne) slechts door een kleine groep oudere gebruikers nog voornamelijk intraveneus gebruikt wordt, vindt incidenteel spuiten nog steeds plaats onder een grote groep rokende harddruggebruikers. Ook incidenteel intraveneus gebruik

\* GGD Amsterdam rapporteert een stijging van seksueel overdraagbare aandoeningen onder harddruggebruikers sinds 1996 (Lindenburger e.a., 2006)

vergroot de kans op hepatitis B (de kans op bloedcontact neemt toe). Over mobiliteit van druggebruikers is weinig bekend. (4)

#### *Houding ten aanzien van hepatitis B en hepatitis B-vaccinatie*

Veilig gebruik van drugs is al jaren een thema binnen de hulpverlening. Er is voorlichting gegeven over hiv en veilig gebruik van naalden. De laatste jaren is er toenemend aandacht voor hepatitis C. De kans op hepatitis B en de ernst hiervan wordt door gebruikers vaak onderschat. Het blijkt dat druggebruikers goed te motiveren zijn voor vaccinatie mits er een goede aansluiting met het reguliere aanbod in de verslavingszorg is. Vooral het persoonlijke contact met de hulpverlener is bevorderlijk voor het werven en de compliance.

#### *Samenwerking; coördinatie en uitvoering*

Om inzicht te krijgen in de omvang van de groep harddruggebruikers in de eigen regio kan men het best contact zoeken met de regionale instelling voor verslavingszorg.

Samenwerking met de instellingen voor verslavingszorg is noodzakelijk, zowel op management als op uitvoerend niveau. Daarnaast is samenwerking van belang met (coördinatoren van) maatschappelijk opvang, dak- en thuislozenzorg en gebruikersruimten.

#### *Wervingsstrategieën*

In de boodschap aan druggebruikers moet de kans op hepatitis B-besmetting en de ernst van hepatitis B-infectie benadrukt worden. De sociale omgeving speelt een belangrijke rol bij de werving en motivatie voor vaccinatie. (6)

Als wervingsstrategie kan naast het uitdelen van folders en posters worden ingezet:

- werving op locatie (bij voorkeur) door medewerkers van de verslavingszorg of veldwerkers uitgevoerd. Uit onderzoek blijkt namelijk dat na persoonlijk contact met hulpverleners er meer kans is op daadwerkelijke vaccinatie; (7)
- vaccinatie is gratis;
- werving in Justitiële Inrichtingen door medewerkers van de medische dienst;
- aansluiting bij de methadonverstrekking en eventueel andere vindplaatsen;
- aandacht voor de invloed van de groepsnorm op de werving voor vaccinatie. Door in de voorlichting aan de groep in te spelen op de sociale norm van veilig gebruik en zorg voor de eigen gezondheid en die van anderen;
- De voornaamste redenen voor druggebruikers om niet te vaccineren zijn angst voor naalden, gemakzucht en het missen van hun afspraak door druggebruik. (7) Het is dan ook belangrijk om de vaccinaties zo toegankelijk mogelijk te maken door op locatie te vaccineren en duidelijk uit te leggen dat bij een gemiste afspraak de vaccinatierreeks alsnog afgemaakt kan worden (ook op andere locaties of in de JI).

#### *Partners*

Partners van druggebruikers die zelf niet tot één van de risicogroepen behoren worden in principe niet gevaccineerd. Indien bij de druggebruiker hepatitis B-dragerschap wordt aangetoond, komen partners in het kader van de gebruikelijke bron- en contactopsporing door de GGD wel in aanmerking voor kosteloze vaccinatie als partner/gezinslid.

#### *Compliancebevordering*

Een mondelinge reminder door de (vertrouwde) medewerker verslavingszorg of veldwerker werkt bevorderend op de compliance. Te overwegen is een beloning, een 'incentive', te geven bij de tweede en derde vaccinatie. Ook wordt het rappelleren via sms aangeraden en het verspreiden van posters en flyers op de vaccinatielocatie.

Een specifiek probleem voor deze doelgroep is miscommunicatie. Het is gebleken dat bij deze groep de procedure vaak niet duidelijk is waardoor de compliance afneemt. (7) Expliciete informatie is zeer belangrijk en zou gericht moeten zijn op het uitleggen van de vaccinatierreeks (0, 1 en 6 maanden), duidelijk maken dat vaccinatie in andere regio's

voortgezet kan worden (hiertoe kan men op het afsprakenkaartje ook de adressen en telefoonnummers van andere GGD'en noteren), benadrukken dat het nooit te laat is voor vervolgvaccinaties en het eventueel maken van een nieuwe afspraak voor vaccinatie.

### 3.3 Doelgroep MSM

Inclusiecriteria: alle mannen die seks hebben met mannen.

#### *Schets van de doelgroep*

In Nederland zijn naar schatting 278.000–392.000 Mannen die Seks hebben met Mannen (MSM) (8). Mannen verschillen in de mate waarin zij zichzelf herkennen en benoemen als homo- of biseksuele man. Daarom wordt gesproken van MSM. De doelgroep MSM is zeer divers, wat van invloed is op het bereiken, voorlichten en motiveren tot hepatitis B-vaccinatie. De behoefte van jonge MSM aan gezondheidsvoorlichting en voorlichting over soa en hepatitis B kan sterk verschillen van oudere MSM. Er bestaat een grote diversiteit in seksueel gedrag en risicohandelingen en afhankelijk van die handelingen lopen MSM niet alleen risico op hepatitis B maar ook op hepatitis A. Daarom is vaccinatie met het combinatievaccin hepatitis A en B (Twinrix®) aan te bevelen. Het prijsverschil komt voor rekening van de cliënt (of de GGD). Het combinatievaccin wordt via het programma beschikbaar gesteld tegen een gereduceerd tarief.

#### *Houding ten aanzien van hepatitis B en hepatitis B-vaccinatie*

Over het algemeen is de groep gemotiveerd om zich te laten vaccineren. Vaak kennen MSM de ziekte wel, maar schatten hun eigen risico om hepatitis B op te lopen laag in waardoor ze vaccinatie niet nodig achten. Een ander veelgehoord bezwaar is het geen tijd hebben voor het halen van de vaccinatie en het niet nadenken over de vaccinatie. Door te vaccineren op locatie is de drempel lager en speelt het 'geen zin' hebben in een aparte afspraak voor vaccinatie geen rol. (7) Ook kan deelname aan het vaccinatieprogramma bevorderd worden door in te spelen op de risico-inschatting van MSM. (7)

#### *Samenwerking; coördinatie en uitvoering*

Steden en regio's verschillen sterk in voorzieningen, uitgaans- en recreatiemogelijkheden, en andere ontmoetingsplaatsen. Bij de meeste GGD'en heeft de AGZ-afdeling Infectieziekten(bestrijding) de grootste rol bij de werving van MSM via bijvoorbeeld de soapoli of het GGD-soaspreekuur, preventieprojecten voor MSM zoals baanprojecten en eventueel ook via het reizigersspreekuur. Voor de samenwerking met externe organisaties valt te denken aan:

- lokale en regionale afdelingen van het COC en van Stichting De Kringen;
- de Schorerstichting;
- eigenaren en personeel van homohoreca, homosauuna's en seksbioscopen;
- organisatoren van gayfeesten, zoals de PANN-feesten;
- gay-websitebeheerders;
- homosportverenigingen.

Voor het outreachend vaccineren en testen bij MSM, zie het protocol van Schorer. (3)

#### *Wervingsstrategieën*

Het is belangrijk om in de informatie aan deze groep het risico op hepatitis B te benadrukken. Daarnaast is informatie over de ernst van hepatitis B en over de voordelen van vaccinatie bruikbaar. (6) Als wervingsstrategieën kunnen, naast folders, posters en internet, worden ingezet:

- persoonlijke benadering van de doelgroep op locatie zoals de baan, homo-organisatie homohoreca, seksbioscopen, homofeesten en homodisco's. Het persoonlijk benaderen van de doelgroep is een effectieve methode gebleken (7);
- vaccinatie (en bloedafname) op locatie, ook 's avonds en in het weekend;
- modellering (het 'model' staan van iemand die de vaccinatiecyclus al afgerond heeft en waarmee MSM zich kunnen vergelijken), waarbij gevaccineerde peers en eigenaren of

barpersoneel in homohoreca MSM motiveren voor en voorlichting geven over de vaccinatie. Zo kan de GGD ook informatiemateriaal aan dit 'rolmodel' meegeven, bestemd voor zijn contacten. Ook worden zogenoemde incentives gebruikt. Dit zijn kleine presentjes uitgereikt op vaccinatiemomenten;

- advertenties tussen homocontactadvertenties of in huis-aan-huisbladen;
- het gebruik van advertenties, banners, promotiefilmpjes en 'viral movies' op internet en in magazines, die populair zijn onder (jonge) MSM;
- groepsvoorlichting op thema-avonden van COC of Stichting De Kringen;
- groepsvoorlichting en activiteiten speciaal gericht op jonge MSM bij COC, Stichting De Kringen, Stichting Outway, Embrace Pink;
- intensivering gericht op alle MSM en een grotere zichtbaarheid van kosteloze deelname aan het vaccinatieprogramma op landelijke en regionale websites.

In totaal zoekt 72% van de MSM sekspartners via internet. Homocafés (bijna 40%) en homosauuna's (ruim 30%) zijn ook belangrijke plekken om sekspartners te vinden. Daarnaast: bij vrienden thuis, in cruising areas, op homofeesten, in darkrooms en in seksbioscopen. Vooral preventieprojecten voor MSM kunnen voor de werving ingezet worden. Op fysieke ontmoetingsplekken kunnen informatiefolders en A7-flyers worden uitgedeeld en gesprekken worden aangegaan. (7)

#### *Compliancebevordering*

Ter bevordering van de compliance kunnen algemene middelen worden ingezet zoals een afsprakenkaartje en een rappel (brief, telefoon, sms of e-mail) na verstrijken van de afspraakdatum of als reminder vlak vóór de afspraakdatum. Voor het automatisch versturen van sms kan gebruik worden gemaakt van de sms-applicatie.

Een positieve attitude van hulpverleners is ook bevorderend voor de compliance. Verder kunnen vaccinatierondes van tevoren aangekondigd worden op de website van de locatie door posters en flyers op de locatie te verspreiden en vermelding van de outreach-acties op de websites van de locaties.

Het geven van explicietere informatie over de afspraakprocedure (oproep of zelf bellen) van de vaccinatie aan MSM en checken of dit duidelijk is, kan de compliance ook bevorderen. Tevens moet benadrukt worden dat het nooit te laat is voor vervolgvaccinaties ('eens gegeven blijft gegeven') en dat de vaccinaties ook buiten kantooruren (indien dit van toepassing is) en op verschillende plekken (verschillende GGD'en en locaties) gehaald kunnen worden. (7)

### **3.4 Doelgroep prostituees**

Inclusiecriteria: vrouwen of mannen die aangeven dat ze seks bedrijven tegen een financiële vergoeding.

#### *Schets van de doelgroep*

De groep prostituees omvat zowel mannen als vrouwen, in alle sectoren van het prostitutieveld: club-, straat-, escort- en thuiswerkers, legaal en illegaal, van Nederlandse en buitenlandse afkomst. Jonge (allochtone) slachtoffers van loverboys en alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) die zich prostitueren, zijn specifieke groepen binnen het prostitutieveld. Er is een grote mobiliteit onder prostituees, mede als gevolg van wet- en regelgeving. De grote diversiteit in de groep prostituees is van invloed op het bereiken, voorlichten en motiveren tot hepatitis B-vaccinatie.

In Nederland zijn naar schatting 25.000 prostituees actief, waarvan 45% in privé- en seksclubs, 20% in de raamprostitutie en 5% in de straatprostitutie. (9) (10) Steden en regio's verschillen sterk zowel wat betreft de omvang als de aard van de prostitutie (wel of geen

straatprostitutie, wel of geen tippelzone met voorzieningen). Jongensprostitutie wordt vaak via internet aangeboden en is daardoor moeilijker te bereiken.

#### *Attitude ten aanzien van hepatitis B en hepatitis B-vaccinatierreeks*

Uit onderzoek (7) komt naar voren dat de motivatie van prostituees voor vaccinatie vooral gekoppeld is aan veilig en professioneel werken. Voor prostituees is hepatitis B immers een beroepsrisico.

#### *Samenwerking, coördinatie en uitvoering*

Binnen de GGD is samenwerking met de soapoli en het soaspreekuur belangrijk. Wat betreft samenwerking met externen valt te denken aan:

- exploitanten van clubs
- escortbureaus
- artsen van seksinrichtingen
- maatschappelijke instellingen, huiskamers
- het prostitutieteam van de politie

Zie ook [www.prostitutie.nl](http://www.prostitutie.nl)

#### *Wervingsstrategieën*

In de voorlichting aan prostituees is het van belang aandacht te besteden aan veilig werken in combinatie met regelmatig soa-onderzoek. Belangrijk is prostituees te informeren over het risico op hepatitis B, de ernst van de ziekte en daarnaast de voordelen van de (gratis) vaccinatie te noemen. Wanneer zij inzien of ervaren dat de voordelen van vaccinatie groter zijn dan de risico's neemt de bereidheid tot vaccinatie toe. Onderzoek toont aan dat bijna 18% van de gevaccineerde prostituees hoorde van het vaccinatieprogramma via collega's. (7) Zo kan de GGD ook informatiemateriaal aan prostituees meegeven, bestemd voor collegaprostituees.

Binnen de GGD'en hebben sociaal verpleegkundigen soa/ hivbestrijding de meeste contacten met het prostitutieveld. Zij bezoeken vaak al seksinrichtingen om voorlichting te geven en zij kunnen hun netwerk gebruiken voor de werving van prostituees.

Strategieën zijn:

- Bezoeken van seksclubs. Toegang tot seksclubs en jongensbordelen om voorlichting te geven is afhankelijk van de exploitant. Aanbieden van gratis vaccinatie is op zichzelf al een goed middel om toegang te krijgen tot de clubs. De verpleegkundigen die een seksclub bezoeken bieden behalve voorlichting een concreet en gratis product. Naast de gezondheidsvoordelen voor prostituees is het gratis aanbod vaak voldoende argument voor deelname.
- Uitvoeren van de werkzaamheden in de avonden (of eind van de middag) voor optimaal bereik van de doelgroep.
- Advertenties plaatsen tussen contactadvertenties.
- Via contactadvertenties in regionale bladen en contactwebsites, of met informatie via prostituanten ([www hookers.nl](http://www hookers.nl)) kan men telefonisch (of per sms) contact zoeken met escortbureaus en thuiswerksters.
- Voorlichten en vaccineren op de tippelzone. De vaccinatie aanbieden in de huiskamer of tijdens soaspreekuren in de huiskamer.
- Inzetten van een rolmodel, een 'peer': een Voorlichter In de Prostitutie (VIP) in de eigen taal van de prostituees.
- Op verschillende tijdstippen en verschillende dagen naar werkplekken gaan zodat je zoveel mogelijk verschillende vrouwen kunt spreken.
- Het persoonlijke contact tussen hulpverleners en prostituees intensiveren.



### *Compliancebevordering*

In veel gevallen daalt de compliance doordat prostituees verhuizen naar een andere regio of teruggaan naar het land van herkomst, of omdat het tijdstip van vaccinatie niet overeenkomt met de werktijden. Ter bevordering van de compliance kunnen algemene middelen worden ingezet zoals een afsprakenkaart en een rappel (brief, telefoon, sms of e-mail) na verstrijken van de afspraakdatum. Voor het automatisch versturen van een sms kan gebruik worden gemaakt van een sms-programma dat gekoppeld is aan het HBV-registratiesysteem (zie hoofdstuk 5.5). Een positieve attitude van hulpverleners is bevorderend voor de compliance. Een veldwerker (medewerker van de GGD of VIP) kan bijdragen door de cliënt er persoonlijk aan te herinneren. Verder kunnen vaccinatierondes van tevoren aangekondigd worden door posters en flyers op de locatie te verspreiden.

Bij deze doelgroep is het goed te benadrukken dat de vaccinatierreeks overal in Nederland gratis voltooid kan worden, dat het nooit te laat is voor vervolgvaccinaties en de doelgroep expliciet te informeren over de afspraakprocedure van de vaccinatie en checken of dit duidelijk is. Extra aandacht is nodig voor startende en jongere prostituees, prostituees zonder vaste verblijfplaats en prostituees die meerdere 'losse' sekspartners hebben buiten klantcontacten en een eventuele vaste partner om. Deze groep maakt de reeks minder vaak af en loopt buiten het werk om meer risico op besmetting. (7)

### **3.5 Vaccineren van ingeslotenen**

De doelgroep 'heteroseksuelen met wisselende contacten' verviel in 2007. Daardoor ontstond het risico dat ingeslotenen niet goed bereikt worden voor vaccinatie want voor ingeslotenen is het moeilijk om te erkennen dat zij seksuele contacten hebben met mannen, prostituee of druggebruiker zijn. Het eerste in verband met stigmatisering binnen detentie en mogelijke onvrijwillige seks, het tweede omdat druggebruik een deel van iemands strafzaak kan betreffen. Ingeslotenen die niet willen aangeven onder welke doelgroep ze vallen, kunnen in het registratiesysteem worden opgenomen als 'hetero met wisselende contacten'.

Het vaccineren van ingeslotenen tegen hepatitis B, die vallen onder de gedragsgebonden risicogroepen, past binnen het infectieziektebeleid van DJI, dat uitgaat van equivalentie van zorg. De directieraad DJI heeft besloten het vaccinatieprogramma per 1 januari 2009 binnen de JI te willen continueren. Dit betekent dat DJI (financieel) verantwoordelijk wordt voor de uitvoering van het vaccinatieprogramma binnen de JI.

Op dit moment nemen nog niet alle JI deel aan het vaccinatieprogramma. Van de JI's die wel deelnemen, besteedt een deel een aantal activiteiten uit aan andere partijen (onder andere de GGD). Met het besluit het vaccinatieprogramma onder verantwoordelijkheid van DJI uit te voeren zijn ook de wensen over de uitvoering bijgesteld.

Uiterlijk per 1 januari 2011 dienen alle JI te participeren in het vaccinatieprogramma. Het is daarbij belangrijk dat de medische diensten van de JI zich ook verantwoordelijk gaan voelen voor het vaccinatieprogramma en uiteindelijk het programma binnen de JI zelfstandig gaan uitvoeren, waarbij de GGD regionaal coördinator blijft.

Om het vaccinatietraject binnen een JI uit te voeren moet aan enkele randvoorwaarden worden voldaan, zoals: afspraken over samenwerking, vaccinlevering, voorzien van voorlichtingsmateriaal. De GGD is de regionale coördinator van het programma en blijft verantwoordelijk voor het leveren van vaccins, toezicht op juiste uitvoer van het programma (gegevens registratie, juiste doelgroepen, beheer accounts registratiesysteem en dergelijke), voorlichtingsmaterialen en het maken van samenwerkingsafspraken.

Het werven en voorlichten van ingeslotenen wordt bij alle deelnemende JI's door de medische dienst zelf verzorgd. In een zeer beperkt aantal gevallen wordt dat ook door de GGD gedaan. Dit betreft een overgangsfase, vanaf 1 januari 2011 moet een JI namelijk zelfstandig het programma uitvoeren. Zie ook het 'Draaiboek Landelijke vaccinatiecampagne Hepatitis B-risicogroepen binnen DJI'.

## 4. Uitvoering

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de aspecten die samenhangen met het uitvoeren van de vaccinaties en het bloedonderzoek. Naast bloedafname en mogelijke uitslagen van het onderzoek is aandacht besteed aan het beleid rondom dragerschap. In het kort wordt ingegaan op de betekenis en waarde van de postvaccinatietiter in relatie met het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen.

### 4.1 Het consult

Eerste consult:

- informatie over de ziekte hepatitis B en de wijze van overdracht;
- vaccinatieschema en mate van bescherming;
- het belang van veilig vrijen en spuiten i.v.m. andere infecties;
- bloedonderzoek op contact met hepatitis B-virus;
- informatie over eventueel doen van andere soatesten;
- consequenties positieve uitslag: geen verdere vaccinatie, onderzoek naar dragerschap;
- contra-indicaties voor vaccinatie;
- het medisch informatieblad, een voorlichtingsflyer met informatie over hepatitis B;
- het belang van de vervolgvaccinaties en de mogelijkheid deze vaccinatie(s) op een andere locatie te halen of op een later tijdstip;
- om de compliance te bevorderen: het noteren van contactgegevens vanwege de mogelijkheid om te rappelleren als de afspraak wordt vergeten;
- mogelijkheid van combinatievaccin Twinrix (hepatitis B en hepatitis A);
- advies aan hivpositieve mensen om een anti-Hbs-bepaling te laten verrichten (om het effect van de vaccinatieserie te bepalen).

Acties eerste consult:

1. uitreiken medisch informatieblad (in meerdere talen beschikbaar);
2. informeren over onder andere uitslag bloedonderzoek, werking van vaccin;
3. bloedafname en toediening vaccin;
4. maken van vervolgafspraak;
5. vaccinatiebewijs en eventueel folder meegeven;
6. registratie consult.

Tweede consult:

- uitslag bloedonderzoek. In figuur 1 is een stroomschema opgesteld met de te ondernemen acties afhankelijk van de bloeuitslagen. Voor meer uitleg zie tabel 1;
- eventuele bijwerkingen eerste vaccinatie, melden van bijwerkingen aan Lareb;
- eventuele wijzigingen in de gezondheidstoestand.

Acties tweede consult:

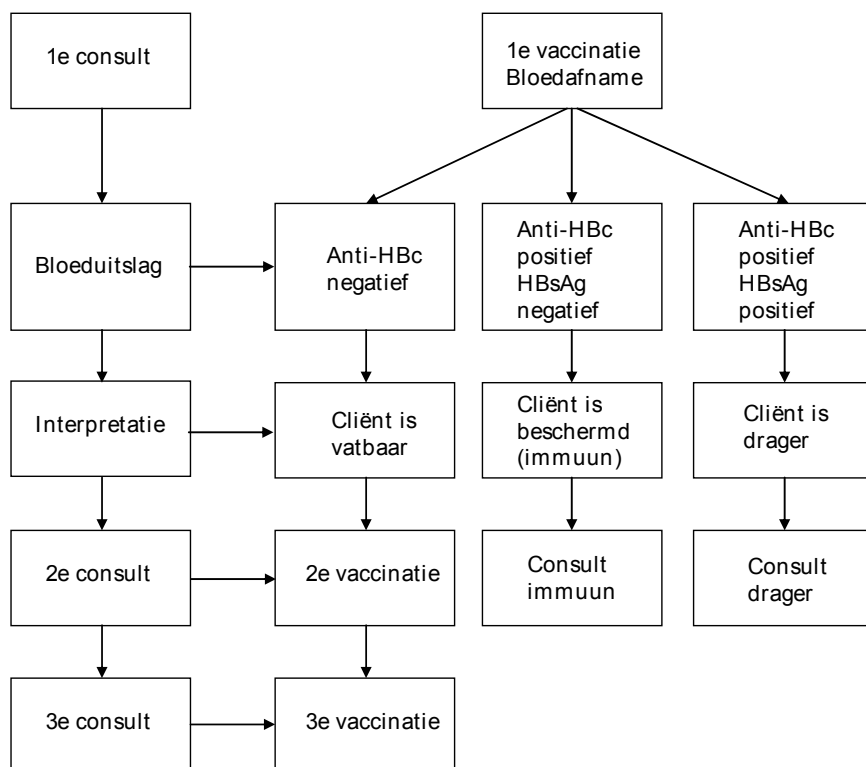
1. toediening vaccin;
2. vervolgafspraak maken;
3. registratie van het consult.

Derde consult:

- eventuele bijwerkingen tweede vaccin;
- eventuele wijzigingen gezondheidstoestand;
- te verwachten bescherming, eventueel labonderzoek bescherming op eigen kosten, vervolgvaccinatie op kosten van het programma.

Acties derde consult:

1. toediening vaccin;
2. registratie van het consult.



Figuur 1. Stroomschema vaccinatie Hepatitis B-risicogroepen. (11)

## 4.2 Vaccin en toediening

In dit programma wordt het hepatitis B-vaccin (Engerix-B®) gratis aan GGD'en ter beschikking gesteld. Een standaard vaccinatieschema tegen hepatitis B bestaat uit 3 injecties met hepatitis B-vaccin gegeven op tijdstip 0 - 1 - 6 maanden. Het hepatitis B-vaccin wordt intramusculair toegediend in de bovenarmspier (m. deltoideus). In dit programma wordt tegelijk met de eerste vaccinatie bloed afgenomen om te onderzoeken of de deelnemer al met hepatitis B in aanraking is geweest (prevaccinatiescreening op anti-HBc). Bij afwijkingen van het standaardschema gelden de volgende minimumintervallen:

- tussen de eerste en de tweede vaccinatie minstens 3 weken;
- tussen de tweede en de derde vaccinatie minstens 5 maanden.

Er gelden geen maximumintervallen, de serie kan altijd worden afgemaakt. Daarbij hoeven ook bij lange intervallen vaccinaties niet opnieuw te worden gegeven. Bij deelnemers met een hogere kans op non-respons en een afwijkend vaccinatieschema is overleg met de arts raadzaam.

### 4.2.1. Hepatitis A-vaccinatie

GGD'en kunnen Twinrix aanbieden, een combinatievaccin welke zowel bescherming biedt tegen hepatitis A als B. De meerkosten van de hepatitis A- component komen voor rekening van de deelnemer (tenzij de GGD hierover andere afspraken heeft gemaakt en dit zelf vergoedt). Een cliënt die gestart is met Twinrix® vaccinatie en waar uit de prevaccinatiescreening blijkt dat hij reeds antistoffen tegen hepatitis B heeft of het virus bij zich draagt, kan de hepatitis A- vaccinatie voltooien met tweemaal Havrix Junior® op maand 1 en maand 6 na de eerste vaccinatie met Twinrix®\*.

\* Gekozen is voor Havrix Junior, omdat dit met twee aanvullende prikken voldoende bescherming biedt ten opzichte van volwassenendosering. Daarnaast is Havrix Junior goedkoper dan Havrix voor volwassenen en daarmee aantrekkelijker om de vaccinatieserie mee te vervolgen.

[http://www.consumed.nl/bijsluiters/1900/Havrix\\_Junior](http://www.consumed.nl/bijsluiters/1900/Havrix_Junior)

#### 4.2.2 Vaccin bewaren, koude keten

Het vaccin wordt in een koelkast met temperatuurcontrole en alarm bewaard; bij een temperatuur tussen 2 en 8 C. Hiervoor gelden dezelfde kwaliteitsrichtlijnen als voor reizigersvaccins. Voor het vaccineren op locaties waar geen koelkast is kan de koude keten gehandhaafd worden door gebruik te maken van koelelementen uit de diepvries. Koelkasten op andere locaties die worden gebruikt voor opslag van een (beperkte) vaccinvoorraad moeten zijn voorzien van een hoog-laag thermometer. (RCP-Richtlijn Cold chain) (15)

#### 4.2.3 Beschermingsduur

Uit onderzoek blijkt dat bij gezonde volwassenen 96% na 3 vaccinaties langdurig, en hoogstwaarschijnlijk levenslang, beschermd is tegen hepatitis B en er geen noodzaak is tot revaccinatie. (12)

Verdere informatie over bijwerkingen en contra-indicaties staan in de bijsluiter.

### 4.3 Bijzondere omstandigheden

#### *Zwangerschap*

Zwangeren die behoren tot een risicogroep krijgen het advies zich ondanks de zwangerschap te laten vaccineren. Vaccinatie is ook in het belang van het ongeborn kind omdat een hepatitis B-besmetting kan leiden tot perinatale besmetting. Op theoretische gronden heeft hepatitis B-vaccinatie geen nadelige consequenties voor de zwangerschap en er zijn vanuit de praktijk ook geen aanwijzingen daarvoor. Het geven van borstvoeding is geen reden om vaccinatie uit te stellen. Zie eventueel de LCI-richtlijn Hepatitis B. (16)

#### *Hivinfectie en andere immuunstoornissen*

Mensen die immuunincompetent zijn kunnen in principe gewoon gevaccineerd worden. Het vaccin bevat geen levend materiaal en kan ook bij verminderde afweer niet tot hepatitis B leiden. Wel kan in geval van immuunsuppressie de immunrespons minder zijn, waardoor de verwachte bescherming lager uitvalt. Daarom is het zinvol om bij immuunincompetente personen 4 tot 6 weken na de laatste vaccinatie een anti-HBs-bepaling te laten verrichten om het effect van de vaccinatie vast te stellen. Deze anti-HBs bepaling wordt niet vergoed.

#### *Hepatitis C-dragerschap*

De hepatitis B-vaccinatie heeft geen invloed op het verloop van hepatitis C. Hepatitis C-dragerschap is evenals andere leveraandoeningen juist een extra argument voor vaccinatie tegen hepatitis B, omdat een co-infectie met hepatitis B een verhoogde kans geeft op ernstig verloop van hepatitis C. (13) In overleg met de behandelaar kan deze vaccinatie en titerbepaling uit (laten) voeren. De ziektekostenverzekeraar vergoedt deze, zie de LCI-richtlijn Hepatitis B. (16)

**In geval van twijfel over bijzondere medische omstandigheden: overleg met de arts infectieziektebestrijding van de GGD.**

### 4.4 Prevaccinatiescreening

Tijdens het eerste consult wordt bloed afgenomen voor onderzoek op anti-HBc als teken van natuurlijke infectie met hepatitis B-virus in het verleden. Indien anti-HBc gevonden wordt, wordt in het laboratorium direct HBsAg bepaald. Zodoende wordt bekeken of de betreffende persoon de infectie in het verleden al heeft doorgemaakt (HBsAg<sup>neg</sup>, dan is het afmaken van vaccinatieserie niet zinvol) of dat de persoon het virus nog steeds bij zich draagt en besmettelijk is voor anderen (HBsAg<sup>pos</sup>). Zie verder figuur 1.

## 4.5 Uitslag bloedonderzoek

Tijdens het tweede consult wordt de uitslag van het bloedonderzoek besproken met de betrokkene en wordt eventueel de tweede vaccinatie gegeven.

### 4.5.1. Beleid bij chronische infectie

Het vaststellen van een chronische infectie is slecht nieuws voor de betrokkene. Daarom is goede informatieverstrekking, uitleg over de consequenties en voorlichting over hepatitis B van wezenlijk belang. Na afloop van het gesprek ontvangt de cliënt een folder waarin een en ander later kan worden nagelezen. De eerste opvang, counseling en begeleiding is de verantwoordelijkheid van de GGD. Hiervoor zijn soms bij de GGD speciale hepatitis B spreekuren ingericht waarin de juiste informatie gegeven kan worden.

De deelnemer ontvangt tijdens een counselinggesprek informatie over:

- de uitslag van het bloedonderzoek;
- de betekenis van een chronische infectie in relatie met:
  - besmettelijkheid voor anderen (uitleg transmissieroutes en eventuele vaccinaties voor gezinsleden of huisgenoten)
  - risico op ernstige leverziekte
  - consequenties bij zwangerschap
  - consequenties bij hivpositieve status
  - consequenties bij hepatitis C-dragerschap
- het belang van nader onderzoek en eventueel behandeling met antivirale middelen, doorverwijzing naar 'de Korte Keten'<sup>\*</sup>;
- betekenis van dragerschap voor de seksualiteitsbeleving;
- bron- en contactopsporing door de GGD.

### 4.5.2 Meldingsplicht

Voor behandelend artsen en laboratoria geldt een wettelijke verplichting voor het melden van hepatitis B-dragers bij de GGD. De GGD'en melden deze patiënten – via Osiris – aan het Clb (RIVM) (Wet publieke gezondheid, 2008).

De GGD-afdeling infectieziektebestrijding verzorgt tevens de bron- en contactopsporing en zo nodig de vaccinatie van vatbare huisgenoten/partner(s) van de HBV-patiënt.

### 4.5.3 Doorverwijzing

Voor doorverwijzingen wordt verwezen naar de normale procedure rondom Hepatitis B-dragerschap.

## 4.6 Postvaccinatiescreening

Postvaccinatiescreening is niet nodig om na te gaan of de vaccinatie 'is aangeslagen'. Hiervoor gelden dezelfde argumenten als voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), waarbij men ervan uitgaat dat de toegediende vaccins bij nagenoeg iedereen leiden tot voldoende bescherming tegen de infectieziekte. Een uitzondering wordt echter gemaakt voor personen ouder dan 40 jaar, personen die HCV- of hivpositief zijn of anderszins ernstig immuunincompetent. Bij een aantal beroepsgroepen (in de gezondheidszorg) wordt mede uit juridische overwegingen een postvaccinatietiter bepaald om er zeker van te zijn dat er

---

<sup>\*</sup> 'De Korte Keten' is een project van het Nationaal Hepatitis Centrum met het doel de zorg aan chronische hepatitis B-patiënten te verbeteren. GGD Rotterdam-Rijnmond en het Erasmus MC, afdeling Maag, darm en leverziekten, ontwikkelden hiertoe een doorverwijsrichtlijn voor chronische HBV-patiënten. Het voorgestelde beleid is dat, in samenspraak met huisarts en specialist, GGD'en de regie rondom de chronische hepatitis B-patiënt op zich nemen. In de praktijk worden chronische hepatitis B-patiënten naar aanleiding van de verplichte melding uitgenodigd door de GGD voor voorlichting en bron- en contactonderzoek. Door deze al bestaande taken is het voor GGD'en eenvoudig een centrale rol te nemen in het HBV-beleid. Wenselijk is dat de GGD, in overleg met de huisarts en de specialist, hepatitis B-patiënten met een actieve leverziekte volgens de verwijsrichtlijn selecteert en direct doorverwijst naar de specialist.

voldoende bescherming is opgetreden. Indien gewenst kan een deelnemer wel op eigen kosten een anti-HBs-bepaling laten verrichten. Deze dient dan plaats te vinden 4 tot 6 weken na de laatste vaccinatie. Een anti-HBs-titer > 10 IE/L betekent bij gezonde personen dat betrokkene langdurig beschermd is tegen hepatitis B. In geval van een anti-HBs-titer < 10 IE/L kan gratis vervolgvaccinatie plaatsvinden volgens een versneld schema (maand 0, 1 en 2). Toedienen van meer dan in totaal 6 vaccinaties is zinloos. Indien de anti-HBs-titer < 10 IE/L blijft, wordt aan de betrokkene uitgelegd dat hij ondanks de vaccinatie niet beschermd is tegen hepatitis B. Veilig vrijen en naaldgebruik moet in dat geval extra benadrukt worden. Een anti-HBs bloedonderzoek wordt niet vergoed in het kader van dit programma. Mocht uit het bloedonderzoek blijken dat iemand vervolgvaccinaties nodig heeft dan worden deze wel weer vergoed.

## 5. Registratie

In dit hoofdstuk wordt onder andere beschreven:

- welke registratiedoelen er zijn;
- hoe de beveiliging van de gegevens is gegarandeerd;
- de wijze waarop en welke gegevens worden geregistreerd.

Belangrijk voordeel van dit registratiesysteem is dat een behandelaar de cliëntdossiers ook op andere locaties kan raadplegen en aanvullen, waardoor de behandelaar en de cliënt voor vervolgvaccinaties niet aan één plaats gebonden zijn. Het registratiesysteem is voor alle GGD'en toegankelijk op internet: <https://www.hbvcampagne.ggd.nl>.

Na aanmelding bij de landelijke coördinatie ([hbvprogramma@rivm.nl](mailto:hbvprogramma@rivm.nl)) ontvangen GGD-medewerkers inloggegevens om op de besloten website gegevens te kunnen plaatsen en uitlezen.

### 5.1 Registratiedoelen

In het programma worden gegevens geregistreerd met de volgende doelen:

- registratie van cliëntgegevens, vaccinatiegegevens en bloedsuitslagen ten behoeve van het cliëntdossier en zodat gerappelleerd kan worden om het vaccinatieschema af te maken. Uit het HBV-registratiesysteem kan een telefoonlijst worden gedownload met telefoonnummers;
- monitoring voortgang HBV-programma, regionaal en landelijk;
- evaluatie van projectdoelen;
- verantwoording vaccingebbruik;
- verrekenen van de financiële vergoeding naar GGD'en;
- verantwoording naar de financier (VWS en DJI). Vanwege deze financiële verantwoordelijkheid moeten medewerkers met hun eigen naam en inlogcode het systeem benaderen.

### 5.2 Registratiesysteem

De beveiliging van het systeem voldoet aan de eisen die op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) aan registratiesystemen wordt gesteld. Persoonsgegevens worden gescheiden van medische- en vaccinatiegegevens en in verschillende bestanden opgeslagen. Versleuteling en koppeling van deze bestanden is alleen mogelijk door medewerkers die hiervoor zijn geautoriseerd. In feite bestaan er twee profielen: een 'alleen leesprofiel' en een 'mutatieprofiel'. Niet-geautoriseerde medewerkers kunnen alleen de koppeling tussen persoons- en medische gegevens maken met behulp van de privésleutel die door de cliënt wordt verstrekt.

### 5.3 Het systeem en helpdesk

De applicatiemodule is ontwikkeld voor verschillende cliëntplatforms. Voor meer informatie raadpleegt men de handleiding, te vinden onder de Helpfunctie van het registratiesysteem. Voor vragen is de helpdesk van Orange Hill (de softwarebouwer) beschikbaar via 020 – 422 73 30 of [info@orangehill.nl](mailto:info@orangehill.nl).

Met overige, de niet-technische, vragen kan men de coördinatie op de LCI benaderen: 030 – 274 7000 of [hbvprogramma@rivm.nl](mailto:hbvprogramma@rivm.nl).

### 5.4 SMS-applicatie

Een sms-applicatie werd ontwikkeld zodat GGD'en reeds gevaccineerde cliënten kunnen rappelleren voor hun vervolgvaccinatie. Ook kan de sms-applicatie gebruikt worden, mits een telefoonnummer bekend is (zowel vast als mobiel nummer), om nieuwe deelnemers te werven. Een tekst kan in een keer naar een of meerdere mobiele nummers gestuurd worden. Voor deze sms-applicatie is een handleiding beschikbaar, zie [www.smsbvn.nl](http://www.smsbvn.nl).

## 6. Financiën

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de financiering van zowel het basisaanbod als het extra aanbod. In 2004 heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) zich aangesloten bij het Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen. Dit impliceert ook wijzigingen op financieel gebied, waar vooral de landelijke coördinatie mee te maken heeft. De GGD houdt echter wel recht op bepaalde vergoedingen; ook hier wordt verder op in gegaan.

Participerende GGD'en hebben een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met het Clb. Hierin zijn de wederzijdse inspanningsverplichtingen van de GGD en het Clb vastgelegd.

### 6.1 Financiering basisaanbod

De tarieven voor de uitvoering van directe vaccinatiewerkzaamheden zijn vastgesteld op basis van de consultduur en de uitvoerende discipline met bijbehorende salarisschaal. Tweemaal per jaar ontvangen participerende GGD'en de vergoeding voor de uitgevoerde vaccinatiewerkzaamheden op basis van de gegevens die in het registratiesysteem zijn ingevoerd. Het Clb genereert uit dit systeem voor elke participerende GGD een 'factuur' voor de financiële administratie, waarna betaling plaatsvindt. Later ingevoerde gegevens worden in de volgende 'factuurperiode' meegenomen. Vergoedingen verschillen per consult (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup>) afhankelijk van de verrichte interventies en tijdsduur. Binnen de kaders en doelstelling van dit programma is het niet nodig een postvaccinatietiter te bepalen. Als om welke reden dan ook toch een titer is bepaald, kan bij een titer <10 IE/L een vergoeding verkregen worden voor vervolgvaccinaties (4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> vaccinatie).

#### 6.1.1 Tarieven consultkosten

De consultvergoedingen worden eenmaal per jaar berekend (zie bijlage 3) en bekendgemaakt via het Campagnebericht. Hierin worden de laboratorium- en salariskosten meegenomen. Laboratoriumtesten (anti-HBc en HBsAg) worden door het programma vergoed volgens vastgestelde CTG-tarieven. Voor de orderkosten is een vaste vergoeding vastgesteld.

De regionale GGD'en zijn in dit programma de contractpartner van het Clb. De GGD is coördinator en (hoofd)uitvoerder in de regio. Wanneer een GGD in de regio afspraken heeft gemaakt over bloedafname- en vaccinatiewerkzaamheden door medewerkers van een andere instelling (bijvoorbeeld een instelling voor verslavingszorg) kan de GGD met de betreffende instelling zelf afspraken maken over een vergoeding daarvan. De GGD is verantwoordelijk voor deze afspraak en de uitvoering daarvan.

#### 6.1.2 Vergoeding vaccinkosten

Vanaf 2010 kunnen GGD'en op kosten van het Clb vaccins bestellen bij de RCP's. De vaccinatiegegevens in het registratiesysteem laten zien hoeveel vaccins per regio gebruikt zijn. De GGD is de enige partij waaraan geleverd wordt en zij houdt de bestellingen van de samenwerkingspartners bij voor de jaarlijkse eindverantwoording van het vaccinagebruik.

### 6.2 Financiering extra-aanbodplannen

GGD'en die een extra aanbod uitvoeren ontvangen een vergoeding voor de directe vaccinatiewerkzaamheden conform het basisaanbod (zie 6.2). Daarnaast bestaat financiering voor de uitvoering van de extra-aanbodplannen. Deze plannen dienen zij in bij het Clb en na beoordeling wordt een bedrag toegekend.

### 6.3 Vergoedingen binnen de DJI

In 2009 en 2010 kan de GGD een of meerdere vaccinaties binnen de JI geven, maar soms vaccineert de medische dienst van de JI zelf en vraagt zij de bloedbepalingen aan. Vanaf 1 januari 2011 moet de JI de vaccinatie zelfstandig uitvoeren. Vanaf dan vindt uitsluitend vergoeding aan de GGD plaats ten behoeve van de vaccinlevering en de regionale coördinatietoek. Voor de consulten worden dan geen vergoedingen meer geboden.



Dit zijn verschillende situaties waardoor ook de vergoedingssystematiek om uitleg vraagt. Een specifieke uitleg van de vergoedingsstructuur is te vinden in bijlage 2.

## 7. Landelijke ondersteuning

De uitvoering van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen vindt landelijk plaats onder regie van het Clb en regionaal onder regie van de regionale GGD. De ondersteuning van GGD'en en soacentra wordt uitgevoerd door de samenwerkingspartners DJI, GGD Nederland, Schorer, Soa Aids Nederland en het Trimbos-instituut.

Taken van het Clb betreffen onder andere:

- richting geven aan het vaccinatieprogramma;
- expertise;
- informatievoorziening;
- epidemiologische evaluatie van het programma;
- het voorzien van programmamateriaal.

### 7.1 Voorlichtingsmaterialen

Er zijn drie verschillende doelgroepspecifieke folders, in diverse talen, ontwikkeld:

- voor MSM
- voor prostituees
- voor druggebruikers

Een overzicht van het volledige bestand met promotiemateriaal is te zien op de RIVM-themasite 'HBV- programma'. Hier staat onder meer het materialenoverzicht van de mediacampagne Man of Mietje, verschillende handleidingen, het medisch informatieblad in verschillende talen, meldformulieren, bestelformulieren en brieven voor verwijzingen naar huisarts of specialist.

Een medisch informatieblad over de vaccinatie en bloedafname (beschikbaar in 9 talen) kan in het eerste consult worden meegegeven aan de deelnemer. Tevens zijn folders, een folderdisplay en posters bij het verzendhuis te bestellen.

[http://www.rivm.nl/cib/themas/HBV/Programmamaterialen\\_doelgroepen.jsp](http://www.rivm.nl/cib/themas/HBV/Programmamaterialen_doelgroepen.jsp)

### 7.2 Programmabericht

Eenmaal per twee weken verstuurt het Clb aan coördinatoren, hoofden van de afdeling Infectieziekten en andere geïnteresseerden een Campagnebericht (CB). Het CB bevat actuele informatie over het programma, afspraken, ervaringen van GGD'en en activiteiten ten behoeve van het programma. Het CB is het belangrijkste communicatiemiddel over dit vaccinatieprogramma en het Clb wil al haar informatie via het CB melden. Binnen DJI wordt het CB verzonden aan alle Medische Diensten. Kopij kan ingestuurd worden naar [hbvprogramma@rivm.nl](mailto:hbvprogramma@rivm.nl).

### 7.3 Vragen over het programma?

Heeft u vragen over het programma waar dit draaiboek geen antwoord op geeft, vragen over de aanpak of de uitvoering, dan kunt u terecht bij de coördinatoren van het vaccinatieprogramma bij de LCI, te bereiken via [hbvprogramma@rivm.nl](mailto:hbvprogramma@rivm.nl) of 030 - 274 7000. Vragen die vaak worden gesteld, worden opgenomen in een Campagnebericht.

### 7.4 Deskundigheidsbevordering

Schorer, Soa Aids Nederland, het Trimbos-instituut en het Clb bieden deskundigheidsbevordering (dkb) aan ter ondersteuning van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen. Aandacht voor hepatitis B-vaccinatie bij de specifieke doelgroepen is ingebouwd in reguliere dkb-activiteiten. Jaarlijks wordt het aanbod via de eigen bulletins, tijdschriften en andere communicatiekanalen, en via het Clb bekendgemaakt.

En eenmaal per jaar organiseert het Clb een landelijke studiedag voor coördinatoren en eventuele uitvoerders van het vaccinatieprogramma van de GGD'en.

### **7.5 Gegevens uit het registratiesysteem**

Het registratiesysteem biedt informatie over de voortgang van het vaccinatieprogramma. De LCI/het Clb zal eenmaal per jaar de landelijke resultaten presenteren. Voor tussentijdse evaluaties kunnen GGD'en voor hun eigen regio diverse rapportages uit het registratiesysteem genereren.

## 8. Veelgestelde vragen

- A. Kunnen we als GGD met alleen basisaanbod ook outreachende activiteiten uitvoeren, zoals vaccineren in seksclubs?
- B. Wat kan ik antwoorden als iemand zegt: 'Ik vrij veilig dus ik hoef geen vaccinatie.'
- C. Kunnen migranten ook gevaccineerd worden binnen de kaders van dit programma?
- D. Wat moet ik doen als het vaccin enkele uren buiten de koelkast is geweest, of als de koelkast defect blijkt te zijn?
- E. Waarom wordt prevaccinatiescreening gelijktijdig met de eerste vaccinatie uitgevoerd?
- F. Waarom vallen heteroseksuelen, swingers en prostituanten niet meer onder de doelgroepen van het programma?
- G. Waarom kan niet iedereen gratis tegen hepatitis B gevaccineerd worden?
- H. Waarom worden juist die mensen met vaccinatie beschermd, die door hun eigen gedrag het risico nemen om met hepatitis B besmet te worden?

### **A. Kunnen we als GGD met alleen basisaanbod ook outreachende activiteiten uitvoeren, zoals vaccineren in seksclubs?**

De GGD kan zonder extra aanbods subsidie vaccinaties uitvoeren binnen bestaande preventiewerkzaamheden, ook als dit outreachende activiteiten zijn. Daarnaast kan de GGD extra activiteiten opzetten en uitvoeren om meer mensen uit de risicogroepen te bereiken. De vaccinatiehandelingen worden vergoed en vaccins worden gratis beschikbaar gesteld maar de extra kosten van outreachende activiteiten (personeel en middelen) worden niet vergoed.

### **B. Wat kan ik antwoorden als iemand zegt: 'Ik vrij veilig dus ik hoef geen vaccinatie.'**

Argumenten om juist wel te vaccineren:

- Het virus is vele malen gemakkelijker overdraagbaar dan bijvoorbeeld hiv.
- Hepatitis B is een ernstige aandoening en is niet alleen seksueel overdraagbaar maar ook door bijvoorbeeld gezamenlijk gebruik van tandborstels, scheermesjes et cetera.
- Een condoom kan stuk gaan.
- Een condoom beschermt onvoldoende tegen hepatitis B, alleen vaccinatie beschermt.
- Je kunt je er tegen beschermen met een vaccinatie en die vaccinatie is gratis.
- Je bent 20 jaar tot levenslang beschermd na 3 vaccinaties. Het vaccin is veilig en effectief.

### **C. Kunnen migranten ook gevaccineerd worden binnen de kaders van dit programma?**

Etniciteit alleen is geen inclusie criterium in dit vaccinatieprogramma. Migranten komen wel in aanmerking voor vaccinatie als wordt voldaan aan de inclusiecriteria genoemd in hoofdstuk 3.

### **D. Wat moet ik doen als het vaccin enkele uren buiten de koelkast is geweest, of als de koelkast defect blijkt te zijn?**

Er zijn geen normen vastgesteld en gegevens bekend over de houdbaarheid en werkzaamheid van het vaccin wanneer het gedurende langere tijd buiten de koelkast is bewaard. Wel is in stabiliteitsproeven, uitgevoerd door leveranciers, vastgesteld dat de werkzaamheid van het vaccin gehandhaafd blijft als het enkele uren buiten de koeling is geweest. Bij twijfel over de houdbaarheid moet contact worden opgenomen met de RCP-contactpersoon. Uitgangspunt is het bewaken van de koude keten ('cold chain'). De bewaartemperatuur ligt tussen 2 en 8 graden Celsius. Het advies is dezelfde richtlijnen te hanteren als op de GGD-reizigersvaccinatiesprekuren.

**E. Waarom wordt prevaccinatiescreening gelijktijdig met de eerste vaccinatie uitgevoerd?**

De kans op uitval van cliënten is groter als men de prevaccinatiescreening loskoppelt van de eerste vaccinatie want een extra consult belemmert de compliance.

Slechts een minderheid van de deelnemers is eerder geïnfecteerd met hepatitis B.

**F. Waarom vallen heteroseksuelen, swingers en prostituanten niet meer onder de doelgroepen van het programma?**

Voor swingers en prostituanten geldt hetzelfde als voor andere heteroseksuelen met wisselende contacten. De overdracht van hepatitis B onder heteroseksuelen met wisselende contacten is ten opzichte van de groep MSM veel kleiner. Er komt wel acute hepatitis B voor bij hetero's, maar dit wordt voornamelijk verklaard door afkomst uit een endemisch land of het hebben van een 'vaste partner' uit een endemisch land, en niet door 'wisselende seksuele contacten'.

**G. Waarom kan niet iedereen gratis tegen hepatitis B gevaccineerd worden?**

Het ministerie van VWS kiest tot nu toe voor het vaccineren van risicogroepen waarin hepatitis B relatief veel voorkomt. Door de mensen te vaccineren die het meeste risico lopen, wordt ook de algemene bevolking beschermd. Door het voorkomen van hepatitis B bij de groep met de meeste risico's worden op termijn kosten in de gezondheidszorg bespaard. De Gezondheidsraad is bezig met een advies aan het ministerie van VWS over de vraag of alle kinderen tegen hepatitis B gevaccineerd zouden moeten worden. Naar aanleiding van dit advies beslist het ministerie van VWS over een gratis hepatitis B-vaccinatie voor kinderen. Ongeacht de beslissing hierover blijft het vaccineren van risicogroepen nog decennia relevant.

**H. Waarom worden juist die mensen met vaccinatie beschermd, die door hun eigen gedrag het risico nemen om met hepatitis B besmet te worden?**

Het is in het belang van de gezondheid van de hele bevolking om mensen te beschermen die het meeste risico lopen op hepatitis B. Door deze mensen te beschermen is er ook minder kans dat anderen met het virus worden besmet.

Door het voorkomen van hepatitis B bij de groep met de meeste risico's, worden op termijn kosten bespaard op de curatieve gezondheidszorg. Het is dus in het belang van de hoogrisicogroepen én de volksgezondheid om juist deze groepen te vaccineren.

## Bijlage 1. Organisatie Vaccinatieprogramma

### Coördinatie Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen

Programmaleider: mevr. Aura Timen  
 Programmacoördinatie: mevr. Marlies van Dam en mevr. Iris van Ouwerkerk  
 E-mail: [hbvprogramma@rivm.nl](mailto:hbvprogramma@rivm.nl)  
 Telefoon: 030 – 274 70 00

### Samenwerkingspartners Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen contactpersonen en telefoonnummers

Het Clb ondersteunt GGD'en bij de uitvoering, in samenwerking met landelijke partners, te weten:

Samenwerkingspartner	Contactpersoon	Telefoonnummer
DJI	mevr. Monique Eijkenboom	070 - 370 26 38
GGD Nederland	mevr. Quita Waldhober	030 - 252 50 60
Schorer	mevr. Anja Nijman	020 - 573 94 45
Soa - Aids Nederland	mevr. Marleen van den Oever	020 – 626 26 69
Trimbos-instituut	mevr. Anouk de Gee	030 – 295 93 62

### Klankbordgroep Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen

Voor dit vaccinatieprogramma is een klankbordgroep ingesteld, bestaande uit:

Naam	Organisatie
Mevr. G. Boland	Nationaal Hepatitis Centrum
Dhr. B.J. Bos	LCI
Mevr. M. Conyn - van Spaendonck	Clb
Mevr. M. van Dam	LCI
Mevr. M. Eijkenboom	Ministerie van Justitie
Dhr. H. de Haan	Tactus
Mevr. S. Hahné	Clb
Mevr. M. van den Oever	Soa Aids Nederland
Mevr. I. van Ouwerkerk	LCI
Mevr. A. Van de Poel	Trimbos-instituut
Mevr. M. Ridder	Soa Aids Nederland
Mevr. R. van Riel	VWS
Dhr. J. van der Sande	GGD Hart voor Brabant
Dhr. J.E. van Steenberg	LCI
Dhr. B. Takkenberg	AMC Levercentrum
Mevr. A. Timen	LCI
Dhr. M. de Vries	GGD Nederland
Mevr. Q. Waldhober	GGD Nederland
Dhr. R. Westerhof	IGZ
Dhr. W. Zuilhof	Schorer

### **Werkgroep Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen**

De leden van en vertegenwoordigers van die organisatie in de werkgroep Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen zijn:

<b>Organisatie</b>	<b>Naam</b>
Centrum Infectieziektebestrijding, LCI	dhr. Bert Jan Bos mevr. Marlies van Dam mevr. Iris van Ouwerkerk
GGD Amsterdam	mevr. Evelien Siedenburg
GGD Nederland	mevr. Quita Waldhofer
Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen	mevr. Monique Eijkenboom
Schorer	mevr. Anja Nijman
Soa Aids Nederland	mevr. Marleen van den Oever
Trimbos-instituut, Landelijke Steunfunctie Preventie	mevr. Anouk de Gee

## Bijlage 2. Vergoedingsstructuur Justitiële Inrichtingen

De vergoedingen voor de GGD in Justitiële Inrichtingen (JI) komen op het volgende neer.

### 1. Vergoeding uitvoering vaccinatieprogramma door GGD binnen JI

Alle handelingen die een GGD verricht in de instelling worden halfjaarlijks vergoed. De GGD betaalt vervolgens de JI die zelf vaccineren. Vanaf 2009 financiert DJI in plaats van VWS de vaccinaties binnen JI, voor de GGD'en verandert er niets.

*Deze vergoeding wordt halfjaarlijks samen met de afrekening van het basisaanbod overgemaakt aan de GGD'en.*

### 2. Vergoeding regionale coördinatie taak GGD

Onlangs is geïnventariseerd hoeveel tijd GGD'en besteden aan het contact met de JI in de regio, de afhandeling van administratieve taken en andere coördinerende taken betreffende de uitvoer van het programma binnen de justitiële inrichtingen. Gemiddeld kost dit 3 uur per maand, per inrichting.

*3 x 49 (uurtarief verpleegkundige 2009\*) = 147 euro/ maand/ instelling*

*Deze vergoeding wordt halfjaarlijks samen met de afrekening van het basisaanbod overgemaakt aan de GGD'en.*

### 3. Vergoeding opstarten vaccinatieprogramma binnen JI

Nog niet alle JI zijn bekend met dit vaccinatieprogramma en bieden de vaccinatie standaard aan de risicogroepen aan. De GGD is de aangewezen partner om samen met de JI een traject op te starten om binnen de inrichting het vaccinatieprogramma uit te voeren. Uiteindelijk zal de medische dienst van de inrichting zelf het programma moeten uitvoeren. Het opstarten van een programma in een JI binnen de regio kost de GGD gemiddeld 40 uur.

*40 x 49 (uurtarief verpleegkundige 2009) = 1.960 euro/ instelling*

*Deze vergoeding kan verkregen worden door het bijgevoegde declaratieformulier op te sturen naar DJI.*

Een declaratieformulier is te vinden op <http://www.rivm.nl/cib/themas/HBV/>

NB. Vanaf 2009 worden bepaalde justitiële jeugdinrichtingen onderdeel van de 'Centra voor Jeugd en Gezin', vallend onder het ministerie van VWS. Dit is een uitzonderingssituatie op de overige JI die onder het ministerie van Justitie vallen. Dit heeft consequenties voor het uitkeren van de vergoedingen. Niet direct voor de GGD, maar wel voor de landelijke coördinatie. Overleg dus met de landelijke programmacoördinatoren wanneer je als GGD samenwerkt met een van de jeugdinrichtingen.

\* Dit uurtarief is gelijk aan het verpleegkundig tarief voor uitvoering van extra aanbod, exclusief overhead.



## Bijlage 3. Handelings- en tariefstructuur vaccinatie hepatitis B-risicogroepen

Na afronding van de proefcampagne in 2000 is aan betrokken disciplines van de 7 deelnemende GGD'en gevraagd naar de tijdinvestering van de verschillende handelingen; dit leidde tot onderstaande tabellen. Deze handelings- en tariefstructuur vormt de basis voor de vaststelling van het tarief per consult.

### 1. Standaardtraject

Traject cliënt	Handeling	Minuten	Discipline
<b>Instroom 1<sup>e</sup> consult</b>	Administratie	5	1
	Intake Voorlichting	5	2
	1 <sup>e</sup> vaccinatie	4	2
	Bloedafname	6	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
Uitnodiging 2 <sup>e</sup> consult	Rappelbrief	5	1
<b>Totaal 1<sup>e</sup> consult</b>		<b>32</b>	
<b>2<sup>e</sup> consult</b>	Administratie	5	1
	Voorlichting	3	2
	2 <sup>e</sup> vaccinatie	4	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
Uitnodiging 3 <sup>e</sup> consult	Rappelbrief	5	1
<b>Totaal 2<sup>e</sup> consult</b>		<b>24</b>	
<b>3<sup>e</sup> consult</b>	Administratie	3	1
	Voorlichting	3	2
	3 <sup>e</sup> vaccinatie	4	2
	Consult registratie	5	2
	Achterwacht arts	1	3
<b>Totaal 3<sup>e</sup> consult</b>		<b>16</b>	
<b>Volledig gevaccineerd</b>		<b>72</b>	

Discipline:

1 = doktersassistent (salarisschaal 5)

2 = verpleegkundige (salarisschaal 8)

3 = arts (salarisschaal 12)

Tijdsinvestering

23 minuten

44 minuten

5 minuten

**2. Traject bij positieve Anti-HBc uitslag Beschermd**

Traject cliënt	Handeling	Minuten	Discipline
2 <sup>e</sup> consult	Administratie	5	1
	Uitslag pos. Anti-HBc (beschermd)	10	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
<b>Totaal bij uitslag beschermd</b>		<b>22</b>	

a. Totaal per discipline/per cliënt (beschermd):

1 = 5 min

2 = 15 min

3 = 2 min

**3. Traject bij positieve Anti-HBc uitslag Drager/chronisch geïnfecteerd**

Traject cliënt	Handeling	Minuten	Discipline
2 <sup>e</sup> consult	Administratie	5	1
	Uitslag en counseling drager	30	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
<b>Totaal bij uitslag drager</b>		<b>42</b>	

Totaal per discipline/per cliënt (drager):

1 = 5 min

2 = 35 min

3 = 2 min

## Bijlage 4. Informatie op websites

Op diverse websites is informatie te vinden; hieronder een inventarisatie van enkele algemene websites en diverse, gerangschikt naar doelgroep. Ook zijn relevante helpdesks ingevoegd.

### *Algemeen:*

Soa Aids Nederland: [www.soa aids.nl](http://www.soa aids.nl)

Nationaal Hepatitis Centrum: 033 – 422 0988

<http://www.hepatitis.nl/>

Helpdesks voor professionals:

- Schorer:  
<http://www.schorer.nl/>
- Soa Aids Nederland:  
<http://www.soa aids-professionals.nl/index>
- Trimbos:  
<http://www.trimbos.nl/>
- RIVM/Cib:  
[www.rivm.nl/cib/themas/HBV](http://www.rivm.nl/cib/themas/HBV)

De afgelopen jaren zijn meerdere onderzoeken gepubliceerd door het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, Addiction Research Institute Rotterdam (IVO):

- Hepatitis B vaccinatieproject: bereik van risicogroepen
- Literatuurstudie Hepatitis B en Homomannen
- Prostituanten en hepatitis B
- Swingers en Hepatitis B

Zie <http://www.ivo.nl/?id=401&PHPSESSID=ka67phvas7pvfp89s0jcgmv5a0>

### *MSM*

Helpdesks/websites voor publiek: Gay & Lesbian Switchboard. 020 – 623 6565. Hier beantwoordt men ook de vragen die binnenkomen via de website B-a-man

[www.b-a-man.nl](http://www.b-a-man.nl)

[www.homohep.nl](http://www.homohep.nl)

[www.gay.nl](http://www.gay.nl)

[www.gayamsterdam.nl](http://www.gayamsterdam.nl)

[www.mantotman.nl](http://www.mantotman.nl)

[www.schorer.nl](http://www.schorer.nl)

GGD Nederland & Schorer

tot 1 september 2008

Schorer

Schorer

Schorer

Schorer

### *Prostituees*

[www.indeprostitutie.nl](http://www.indeprostitutie.nl)

[www.prostitutie.nl](http://www.prostitutie.nl)

[www.soa aids.nl](http://www.soa aids.nl)

[www.soatest.nl](http://www.soatest.nl)

Soa Aids Nederland

Soa Aids Nederland

Soa Aids Nederland

Soa Aids Nederland

### *Druggebruikers*

[www.mainline.nl](http://www.mainline.nl)

[www.sickofit.nl](http://www.sickofit.nl)

Mainline

Trimbos-instituut

## Bijlage 5. Literatuur

### Geraadpleegde literatuur

1. Gezondheidsraad. *Algemene vaccinatie tegen hepatitis B herbeoordeeld*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatie nr. 2009/03.
2. RIVM/LCI. *Eindverslag Proefproject haalbaarheid Vaccinatie van Risicogroepen Hepatitis B* (april 2001, LCI, Den Haag).
3. Schorer (2009). *Protocol outreachend vaccineren & testen bij mannen die seks hebben met mannen*.  
<http://www.schorer.nl>
4. Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2007). Nationale Drugs Monitor. Bezocht op 26 januari 2009.  
<http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/AF0809%20NDM%20Jaarbericht%202007%20compleet.pdf>.
5. Trimbos, (onbekend). bezocht op 26 januari 2009. Drugs ABC  
<http://www.trimbos.nl/default14967.html?ThemelD=1419>
6. Schutten, M., Wit, de, J. & Steenbergen, JE. *Determinanten van vaccinatie tegen hepatitis B in het licht van het Health Action Process Approach model* (een pilotonderzoek bij druggebruikers en homomannen) Universiteit van Amsterdam, GG&GD Amsterdam, Landelijke Coördinatie Structuur Infectieziekten, Amsterdam, oktober 1998- oktober 2000.
7. Baars, J. *Hard to reach? Hepatitis B vaccination among high-risk groups*. Erasmus; Rotterdam januari 2009.
8. Rutgers Nisso Groep. *Seksuele gezondheid van holebi's*. Factsheet 2007.
9. Ministerie van Buitenlandse zaken, (2005). Bezocht op 20 februari 2009.  
<http://www.minbuza.nl/binaries/pdf/q-a-ethische-kwesties/q-a-prostitutie-2005-nl.pdf>
10. Lalan, E. & Mheen, vd D. *Klassieke Risicogroepen Hepatitis B (omvangschattingen van Homosexuele mannen, Prostituees, Druggebruikers en Bezoekers van SOA-poliklinieken)* Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, Addiction Research Institute Rotterdam (IVO), Rotterdam, april 2002.
11. Waldhober Q., M-L. Heijnen, *Landelijk bereik van HBV-vaccinatiecampagne risicogroepen*, Infectieziekten bulletin jrg 14, nr. 7, juli 2003,
12. Isken, LD, Zaaijer, HL & Steenbergen, JE van. *De beschermingsduur na hepatitis B-vaccinatie: revaccinatie bij risicolopers voorlopig niet nodig*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A415
13. LCI. *Richtlijn hepatitis C*. 2008. bezocht op 23 maart 2009.  
[http://www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/Hepatitis\\_C/index.jsp](http://www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/Hepatitis_C/index.jsp)
14. Hospers, H.J. e.a. (2008), *Schorer Monitor 2008*. Schorer en Universiteit Maastricht  
[http://www.schorer.nl/bestanden/factsheets\\_2008.pdf](http://www.schorer.nl/bestanden/factsheets_2008.pdf)
15. RCP Richtlijn Cold chain  
[http://www.rivm.nl/cib/binaries/ColdChaindown0708\\_tcm92-53370.pdf#class=](http://www.rivm.nl/cib/binaries/ColdChaindown0708_tcm92-53370.pdf#class=)
16. Hepatitis B, richtlijn LCI,  
<http://www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/HepatitisB/index.jsp>

## Achtergrondliteratuur

### Proefproject

- Roodenburg, A, et al. *Hepatitis B Vaccinatie Proefproject (Adviesrapport ten aanzien van werving, therapietrouw en strategie)*. GGD-Zuid Limburg-Zuid en GGD Oost-Zuid-Limburg Maastricht, Maastricht september 1998.

### Medische literatuur

- GGD Rotterdam-Rijnmond. *Handleiding voor Counseling van Chronisch HBV Virus drager*.  
[www.ggd.rotterdam.nl/infectieziektebestrijding/voor\\_professionals](http://www.ggd.rotterdam.nl/infectieziektebestrijding/voor_professionals)
- Koene, R.P.M., H.M. Götz, J.A.R. van den Hoek, M-L. A. Heijnen, J.A. van Steenbergen, A.C.M. Kroes, *Significance of isolated antibody to hepatitis B core antigen in Dutch national vaccination campaign of behavioural high risk groups*, Epidemiol. Infect., may 2008, UK
- R. van Houdt, F.D.H. Koedijk et al. *Hepatitis B vaccination targeted at behavioural risk groups in the Netherlands: does it work?*, Vaccine 27, 200
- Vet, R., J.B.F. de Wit, E.H.H.J. Das: *Breaking Down Barriers Against HBV Vaccination: Communication Increases the Motivation to Obtain Vaccination Against Hepatitis B among Men who have Sex with Men* (publicatie in voorbereiding).
- Vet, R., J.B.F. de Wit, E.H.H.J. Das: *Bridging the gap between intention and behavior: the Effect of Implementation Intentions to Stimulate Vaccination Against Hepatitis B* (publicatie in voorbereiding).

### Ketenpartners

- Factsheets druggebruikers, prostituees en MSM n.a.v. het onderzoek van Jessica Baars (IVO), GGDkennisnet, zoeknr:45770.  
[http://rivm.nl/cib/themas/HBV/Publicaties.jsp#index\\_7](http://rivm.nl/cib/themas/HBV/Publicaties.jsp#index_7)
- Heijnen M-L., R. Vet, A. Nijman, E. Siedenburger, Q. Waldhober: *Homohep.nl: homomannen werven voor gratis hepatitis B-vaccinatie via internet*. SoaAids Magazine, jrg 3, nr 1, april 2006.
- Hogeweg, JA. & Hospers, HJ. *Monitoren onderzoek 2000 (dataverzameling omtrent seksueel gedrag, Hiv-testgedrag, uitgaansgedrag, opvattingen over veilig vrijen met het doel goede HIV-preventie dmv voorlichting aan homomannen)*. Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie Universiteit Maastricht, Maastricht, 28 augustus 2002.
- Hoogenboezem G., C. van der Veen, *Hepatitis B en C: harddruggebruikers als doelgroep in de preventies van ernstige virale ontsteking*, Preventie Special, E-zine Preventie Actueel, Trimbos-instituut, 16 februari 2009.
- Poel, A. van der, B. Boon: *Swingers en hepatitis B; Onderzoek naar seksueel risicogedrag van swingers en kansen voor hepatitis B-preventie*. IVO, reeks 46, 2007.
- Poel, A. van der, E. Petronia, B. Boon: *Prostituanten en hepatitis B; Onderzoek naar seksueel risicogedrag van prostituanten en kansen voor hepatitis B-preventie*, IVO, reeks 42, 2006.
- Mainline, Drugs Gezondheid en de straat, nr 3, 2005. *Special hepatitis*, Vet R., B. Boon, *Gratis hepatitis B vaccinatiecampagne voor mannen die seks hebben met mannen, Bevindingen uit onderzoek 2001-2007*, IVO, reeks 49, 2007.

**Programma algemeen**

- Baars J., Boon B. *Hepatitis B vaccinatieproject: bereik van risicogroepen*. IVO Rotterdam, 2007.
- Baars, J.E., M-L Heijnen, Q. Waldhober, E. Siedenburg, R. Wolter, C.J.P.A. Hoebe, A. Nijman, G. Hoogenboezem, M. van den Oever, M. de Vries, A. van der Poel, M. Kleinjan: *5 years hepatitis B vaccination: results of a national program among behavioral risk groups*, ter publicatie aangeboden 2009.
- Driessen-Hulshof H., R. Huijsen, Q. Waldhober en M.L.A. Heijnen, *Wegens succes geprolongerd, vaccinatiecampagne hepatitis B wordt aangescherpt*, Medisch Contact nr. 47, jaargang 6223, november 2007.
- *Ervaringen met outreach-activiteiten door GGD'en, Landelijke vaccinatiecampagne hepatitis B risicogroepen, bundel best practices van GGD'en*, GGD Nederland, januari 2005.
- GGD Nederland ZonMw. *Van nieuw project tot geïntegreerd werk. Lessen uit 6 jaar hepatitis B-vaccinatiecampagne 2009*.
- Heijnen M.L., B.G. Meerburg, Q. Waldhober, M. de Vries en S. Hahné, *Resultaten van landelijke hepatitis-B-vaccinatiecampagne voor gedragsgebonden risicogroepen*, Infectieziekten Bulletin, jrg 18, nr 11, december 2007.
- Heijnen M-L., Q. Waldhober, E. Siedenburg, W. al Taqatqa, R. Huijsen, M. de Vries, *Hepatitis-B-vaccinatiecampagne gedragsgebonden risicogroepen op koers*, Infectieziektenbulletin, jrg 15, nr 9, november 2004.
- TriV Internet Solutions. *Handleiding 'SMS Applicatie' hbv-campagne*. Versie 1.4 – juni 2008
- Waldhober Q., M. Overmars, J.J.M. van Lier, M. van de Oever, M-L. Heijnen, *Nu en in de toekomst: Landelijke hepatitis-B-vaccinatiecampagne voor gedragsgebonden risicogroepen*, SoaAids Magazine, nr. 1, jrg. 5, 2008.
- Waldhober Q., M-L. Heijnen, *Landelijk bereik van HBV- vaccinatiecampagne risicogroepen*, Infectieziektenbulletin, jrg 14, nr 7, juli 2003.
- *WHO bekroont landelijke vaccinatiecampagne hepatitis B*, Infectieziekten Bulletin, jrg. 16, nr 10, december 2005.
- Wit G.A. de, *Kosteneffectiviteitanalyse (KEA)*, Conceptrapport, RIVM, Bilthoven 2007.
- Wolfers, M.: *Onderzoek naar individuele counseling over veilig vrijen bij HBV vaccinatie aan homoseksuele mannen*, Eindrapportage, GGD Rotterdam e.o., mei 2006.

**RIVM**

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Centrum  
Infectieziektebestrijding

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl/infectieziekten](http://www.rivm.nl/infectieziekten)