Vraag en Antwoord:

Varia

Dr Anouk Vanlander, VWVJ
Prof Dr Pierre Van Damme, Uantwerpen
Dr Geert Top, Zorg en Gezondheid

Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties
Vaccin & Infectieziekten Instituut
Universiteit Antwerpen

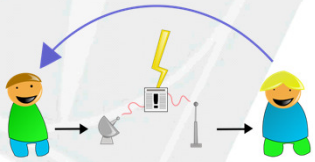
Vraag:

Welke aanbevelingen zijn er om met adolescenten en/of hun ouders over vaccins te communiceren, als CLB-arts?

Vooral in secundair is er weinig contact met ouders

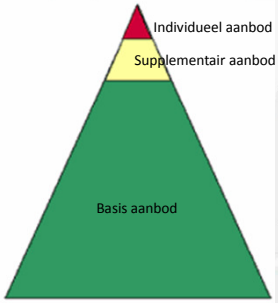
Informeren

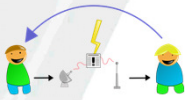
Communiceren



- Boodschap:
  - → noodzakelijke info voor informed consent in toestemmingsbrieven VWVJ
  - → veelgestelde vragen beantwoorden aan jongeren & ouders (bijlage 6 Standaard vaccinaties VWVJ)
  - → ruimer info: *Burgmeijer, Hoppenbrouwers, Handboek vaccinaties. Van Gorcum , 2011.*
- Medium:
  - → schriftelijk
  - → mondeling

DIFFERENTIATIE VAN HET AANBOD IN FUNCTIE VAN DE NODEN : HET RTI MODEL





Aangepast aan Positive Behavioural Interventions and Supports (PBIS) (www.pbis.org)

Vraag:

Welke vaccins zijn aanbevolen voor de vaccinatoren?

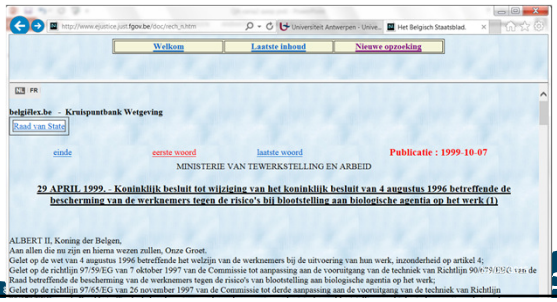
Vaccins voor vaccinatoren in België?

1. Bepaalde vaccins zijn verplicht (=WIT)
2. Bepaalde vaccins zijn aanbevolen (= ROOD)
3. Er zijn verplichte en aanbevolen vaccins (=GROEN)

13/02/2015

antwoord

- Hepatitis B vaccin is, bij wet, verplicht voor gezondheidswerkers



http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm

Welkom | Laatste inhoud | Nieuwe opzoeking

NL FR

belgiëlex.be - Kruispuntbank Wetgeving

Raad van State

einde | eerste woord | laatste woord | **Publicatie : 1999-10-07**

MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN ARBEID

29 APRIL 1999. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 augustus 1996 betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's bij blootstelling aan biologische agentia op het werk (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
Gelet op de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, inzonderheid op artikel 4;
Gelet op de richtlijn 97/59/EG van 7 oktober 1997 van de Commissie tot aanpassing aan de vooruitgang van de techniek van Richtlijn 90/679/EEG van de Raad betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's van blootstelling aan biologische agentia op het werk;
Gelet op de richtlijn 97/65/EG van 26 november 1997 van de Commissie tot derde aanpassing aan de vooruitgang van de techniek van Richtlijn

De wet (ARAB) verplicht werknemers en studenten die een risico lopen op blootstelling aan hepatitis B, om zich te laten **inenten tegen hepatitis** B.

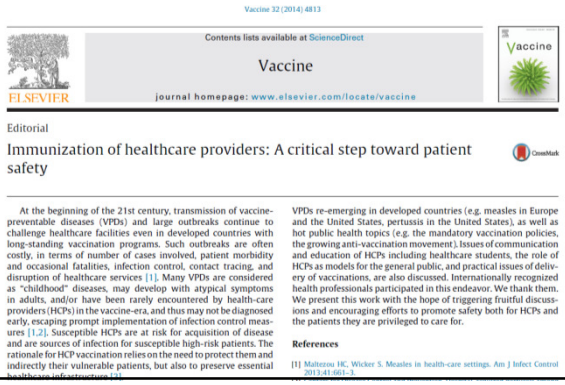
- van toepassing op gezondheidswerkers
- van toepassing op studenten

Anders vaccins:

- HGR werkt aan een document voor ander vaccins die aan te bevelen zijn voor gezondheidswerkers
- dubbel doel:
  - de gezondheidswerker beschermen voor bepaalde vaccineerbare infecties (vanwege verhoogd risico)
  - zorgen dat de gezondheidswerker zelf geen bron van infectie wordt naar vatbaren
- **MBR, kinkhoest, varicella (indien niet doorgemaakt), griep, …**

9 13/02/2015

Aanbevolen referentie:



Vaccine 32 (2014) 4813

Contents lists available at ScienceDirect

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine

ELSEVIER

Editorial

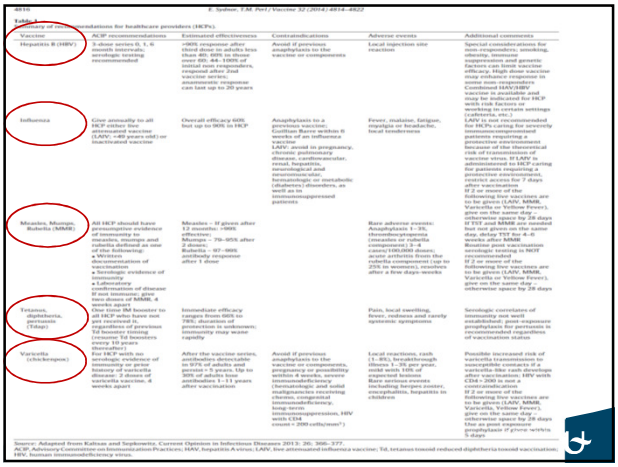
Immunization of healthcare providers: A critical step toward patient safety

At the beginning of the 21st century, transmission of vaccine-preventable diseases (VPDs) and large outbreaks continue to challenge healthcare facilities even in developed countries with long-standing vaccination programs. Such outbreaks are often costly, in terms of number of cases involved, patient morbidity and occasional fatalities, infection control, contact tracing, and disruption of healthcare services [1]. Many VPDs are considered as "childhood" diseases, may develop with atypical symptoms in adults, and/or have been rarely encountered by health-care providers (HCPs) in the vaccine-era, and thus may not be diagnosed early, escaping prompt implementation of infection control measures [1,2]. Susceptible HCPs are at risk for acquisition of disease and are sources of infection for susceptible high-risk patients. The rationale for HCP vaccination relies on the need to protect them and indirectly their vulnerable patients, but also to preserve essential healthcare infrastructure [2].

VPDs re-emerging in developed countries (e.g. measles in Europe and the United States, pertussis in the United States), as well as hot public health topics (e.g. the mandatory vaccination policies, the growing anti-vaccination movement). Issues of communication and education of HCPs including healthcare students, the role of HCPs as models for the general public, and practical issues of delivery of vaccinations, are also discussed. Internationally recognized health professionals participated in this endeavor. We thank them. We present this work with the hope of triggering fruitful discussions and encouraging efforts to promote safety both for HCPs and the patients they are privileged to care for.

References

[1] Maltezou HC, Wicker S. Measles in health-care settings. Am J Infect Control 2013;41:661–3.



4816 E. Spokes / S.M. Perl / Vaccine 32 (2014) 4814–4822

Table 1
Summary of immunizations recommendations for healthcare providers (HCPs).

Vaccine	ACIP recommendations	Estimated effectiveness	Contraindications	Adverse events	Additional comments
Hepatitis B (HBV)	3-dose series 0, 1, 6 month intervals; serologic testing recommended	>90% response after third dose in adults; less than 40, 60% in those ≥40, ≥60 years; initial non responders, respond after 2nd vaccine series; anamnestic response can last up to 20 years	Avoid if previous anaphylaxis to the vaccine or components	Local injection site reaction	Special considerations for non-responders; smoking, obesity, immune suppression and genetic factors can limit vaccine efficacy. High dose vaccine and booster dose in some non-responders. Combined HAV/HBV vaccine is available and may be indicated for HCP working in or travelling to certain settings (cafeteria, etc.)
Influenza	Give annually to all HCP either live attenuated vaccine (LAIV; <49 years old) or inactivated vaccine	Overall efficacy 60%; but up to 90% in HCP	Anaphylaxis to a previous vaccine; LAIV within 6 months to 6 weeks of an influenza vaccine; LAIV avoid in pregnancy, chronic pulmonary disease, cardiovascular, renal, hepatitis, neurological and hematologic or metabolic (diabetes) disorders, as well as immunosuppressed patients	Fever, malaise, fatigue, myalgia or headache, focal tenderness	LAIV is not recommended for HCPs caring for severely immunocompromised patients requiring a protective environment because of theoretical risk of transmission of vaccine virus. If LAIV is administered to HCP caring for patients requiring a protective environment, restrict access for 7 days after vaccination. If 2 or more of the following live vaccines are to be given (LAIV, MMR, Varicella or Yellow Fever), give on the same day – otherwise space by 28 days. If TST and MMR are needed on the same day, delay TST for 4–6 weeks after MMR. Routine post vaccination serologic testing is NOT recommended. If 2 or more of the following live vaccines are to be given (LAIV, MMR, Varicella or Yellow Fever), give on the same day – otherwise space by 28 days
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	All HCP should have presumptive evidence of immunity to measles, mumps and rubella defined as one of the following: • Written documentation of vaccination • Laboratory evidence of immunity • Laboratory confirmation of disease. If not immune; give two doses of MMR, 4 weeks apart	Measles – If given after 12 months; >98% effective; Mumps – 79–95% after 2 doses; Rubella – 97–98% antibody response after 1 dose		Rare adverse events: Anaphylaxis 1–3/ thrombocytopenia (measles or rubella component) 1/30,000 cases/100,000 doses; acute arthritis from the rubella component (up to 25% in women), resolves after a few days-weeks	
Tetanus, diphtheria, pertussis (Tdap)	One time IM booster to all HCP who have not yet received it. Consider Tdap versus Td booster timing (resource Td boosters for HCP caregivers thereafter)	Immediate efficacy ranges from 68% to 78%; duration of immunity is unknown; immunity may wane rapidly		Pain, local swelling, fever, redness and rarely systemic symptoms	Serologic correlates of immunity not well established; post-exposure prophylaxis is preferred to recommended regardless of vaccination status
Varicella (chickenpox)	For HCP with no serologic evidence of immunity or prior documented history of disease: 2 doses of varicella vaccine, 4 weeks apart	After the vaccine series, antibodies detectable in 97% of adults and seroprotective in up to 30% of adults four antibodies 1–11 years after vaccination	Avoid if previous anaphylaxis to the vaccine or components, pregnancy, immunization within 4 weeks, severe immunodeficiency (hematologic and solid malignancies receiving chemotherapy, immunodeficiency, long-term immunosuppression, HIV with CD4 count < 200 cells/mm³)	Local reactions, rash (1–8%), breakthrough illness 1–3% per year, mostly mild, rarely expected lesions. Rare serious events including herpes zoster, encephalitis, hepatitis in children	Possible increased risk of varicella transmission to susceptible contacts if a breakthrough illness develops after vaccination; HIV with CD4 < 200 is not a contraindication. If 2 or more of the following live vaccines are to be given (LAIV, MMR, Varicella, Yellow Fever), give on the same day – otherwise space by 28 days. Varicella zoster virus prophylaxis if given within 5 days

Source: Adapted from Kalman and Sepkowitz, Current Opinion in Infectious Diseases 2013; 26: 366–377.
ACIP, Advisory Committee on Immunization Practices; HAV, hepatitis A virus; LAIV, live attenuated influenza vaccine; Td, tetanus toxoid reduced diphtheria toxoid vaccination; HIV, human immunodeficiency virus.

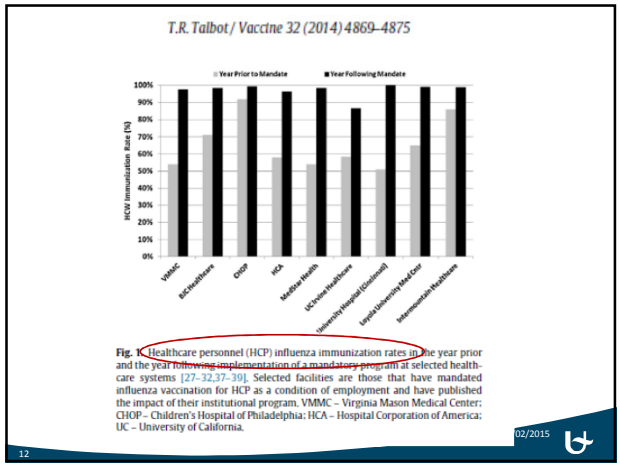


Fig. 1. Healthcare personnel (HCP) influenza immunization rates in the year prior and the year following implementation of a mandatory program at selected healthcare systems [27–32,37–39]. Selected facilities are those that have mandated influenza vaccination for HCP as a condition of employment and have published the impact of their institutional program. VMMC – Virginia Mason Medical Center; CHOP – Children's Hospital of Philadelphia; HCA – Hospital Corporation of America; UC – University of California.

12 02/2015

Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2011:60:1–45.

Table 1
Summary of CDC Advisory Committee on Immunization Practices Healthcare Personnel (HCP) Immunization Recommendations [22].

Vaccine	Recommendations in brief
Hepatitis B	HCP who perform tasks that may involve exposure to blood or body fluids should receive a 3-dose series of hepatitis B vaccine at 0-, 1-, and 6-month intervals. Test for hepatitis B surface antibody (anti-HBs) to document immunity 1–2 months after dose #3.
Influenza	All HCP should receive 1 dose annually
Measles Mumps Rubella (MMR)	All HCP should be immune to measles, mumps, and rubella. For HCP born in 1957 or later without serologic evidence of immunity or prior vaccination, give 2 doses of MMR, 4 weeks apart. For HCP born prior to 1957, healthcare facilities should consider recommending 2 doses of MMR vaccine routinely to unvaccinated HCP born before 1957 who do not have laboratory evidence of disease or immunity to measles and/or mumps, and should consider one dose of MMR for HCP with no laboratory evidence of disease or immunity to rubella. For these same HCP who do not have evidence of immunity, healthcare facilities should recommend 2 doses of MMR vaccine during an outbreak of measles or mumps and 1 dose during an outbreak of rubella.
Varicella (chickenpox)	All HCP should be immune to varicella. For HCP who have no serologic proof of immunity, prior vaccination, or history of varicella disease, give 2 doses of varicella vaccine, 4 weeks apart.
Tetanus, diphtheria, pertussis	All HCP who have not received Tdap previously should receive a one-time dose of Tdap
Meningococcal	Vaccinate microbiologists who are routinely exposed to isolates of *N. meningitidis*

Adapted from Healthcare Personnel Vaccination Recommendations, Immunization Action Coalition [74].

13/02/2015 13

Vraag:

Heeft het LOGO nog zin bij de promotie van griepvaccinatie bij de huisarts?

13/02/2015 15

LOGO

> **V: Heeft het LOGO nog zin in de promotie van griepvaccinatie bij de huisarts?**

> A: De rol van de Logo's in het vaccinatiebeleid in het algemeen en bij griepvaccinatie in het bijzonder is geformuleerd in de actiefocussen (operationele doelstellingen) – voor 2015:

Infectieziekten en vaccinaties		
AF IV 1	Het verhogen van de participatie aan de seizoensgriepvaccinatie bij de door de Vlaamse overheid gedefinieerde doelgroepen.	Disseminatie
AF IV 3	Het mee sensibiliseren over vaccinaties in het algemeen of vaccins in het bijzonder naar aanleiding van de jaarlijks terugkerende Europese vaccinatieweek.	Disseminatie
AF IV 4	Het verhogen van de participatie aan de vaccinaties kinkhoest en seizoensgriep bij zwangere vrouwen.	Disseminatie

> communicatiecampagnes gebeuren vanuit Zorg en Gezondheid

> taak Logo's: waar mogelijk en nuttig de info over die campagnes naar hun netwerk dissemineren

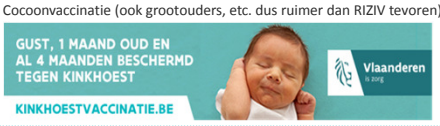
13/02/2015 16

LOGO

> Qua griepvaccinatie: opgenomen in de actiefocussen 1 en 3

> Opmerking bij 3:

- "verhogen van de participatie aan de vaccinaties kinkhoest en seizoensgriep bij zwangere vrouwenkinkhoestvaccinatie bij zwangeren": nog vaak aankoop Boostrix in de apotheek ⟺ gratis via Vaccinnet
- Wie komt in aanmerking voor vaccinatie met gratis Boostrix:
  - Alle zwangere vrouwen
  - Eenmalig voor alle volwassenen ter gelegenheid van de herhalingsinenting tegen tetanus
  - Cocoonvaccinatie (ook grootouders, etc. dus ruimer dan RIZIV tevoren)



13/02/2015 17

Vraag:

Wanneer wordt vaccinnet gekoppeld aan het EMD van huisartsen? (gehomologeerde pakketten)

13/02/2015 18

VACCINNET EN EMD

- V: Koppeling van Vaccinnet aan EMD van de huisartsen (gehomologeerde pakketten uiteraard)
- A: Een en ander hangt af van het softwarepakket
- Uitwisseling werd voorbereid in fases
  - Fase 1: één knop in EMD => rechtstreeks naar vaccinatieschema van dezelfde persoon in Vaccinnet
  - Fase 2: download "foto" uit Vaccinnet met alle vaccinatiegegevens van een persoon
  - Fase 3: uploaden vaccinatiegegevens uit EMD naar Vaccinnet: geen "historische" data: was uitgesteld
- Informatie over uitwisselingsproject (technisch): http://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinnet-EMD/

VACCINNET EN EMD

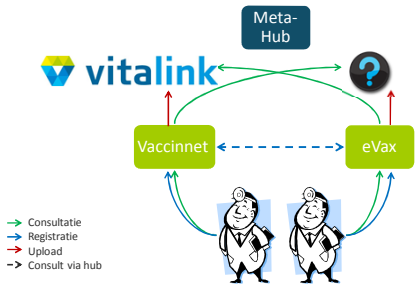
- Batch upload is ondertussen gerealiseerd
  - Oorspronkelijke vraag van reisgeneeskunde
  - Via webservice, 's avonds alles aanleveren
  - Verder uitgewerkt met UZ Brussel (pilootproject), ondertussen:
    - Consultatie pediatrie
    - Travel clinic
    - Ziekenhuis in het algemeen (spoedgevallen, …)
  - Stand van zaken qua implementatie: minstens mogelijk in test:
    - Reisgeneeskunde
    - Ziekenhuizen
    - Arbeidsgeneeskundige diensten

VACCINNET EN EMD

- Voorbereiding ook voor EMD: overleg met software ontwikkelaars eind 2014 voor implementatie in nabije toekomst – programmatie loopt, testen in voorjaar 2015
  - Registratie via webservice over https naar Vaccinnet
  - Vaccinatiegegevens in Khmer bericht
  - Gebruik van e-Health certificaat
  - Eenmalig registreren in eigen software
    - recent toegediende vaccinaties uploaden naar Vaccinnet
    - met automatische aanpassing voorraad
    - inloggen om te bestellen
  - Toekomst eventueel via hub en meta-hub systeem: opvragen vaccinatiegegevens uit Vitalink (lichte delay) en/of Waalse tegenhanger met gegevens uit eVax (afhankelijk van evolutie)

VACCINNET EN EMD

- Toekomstplaatje?



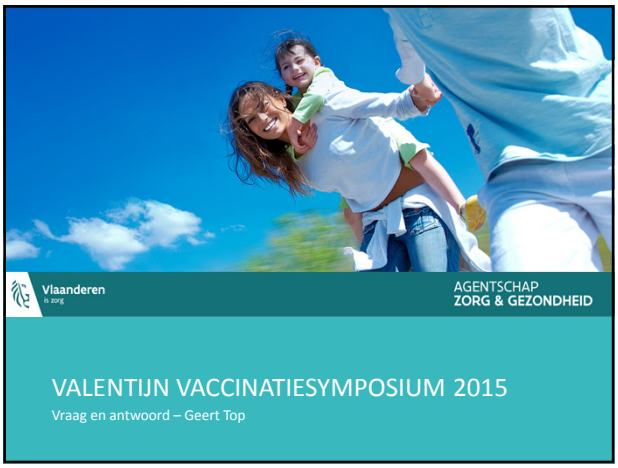
Vraag:

Kan vanuit vaccinnet nog een schematisch vaccinatie-overzicht gegenereerd worden?

VACCINNET: VACCINATIEKAARTEN

- V: Tot voor enkele maanden kon het inentingsschema schematisch afgedrukt worden (zoals zichtbaar op de invulpagina). Deze keuze is blijkbaar niet meer mogelijk. Kan dit in de toekomst wel weer want dit schema is veel handiger en overzichtelijker.
- A: dit is ondertussen gerealiseerd

  Dit is echter maar elegant voor personen die het volledige vaccinatieprogramma volgen en op voorwaarde dat er in de schemavorm geregistreerd wordt.
  - Met de klaslijsten vanuit LARS komen de gegevens nooit in de schemavorm
  - Als men eenmaal achterop geraakt is, is de interpretatie niet altijd evident
  - Vaccinatieschema's evolueren in de tijd: bv. pneumokokken, HPV,…
- Alternatieven:
  - een schema per ziekte
  - een chronologisch schema
  - nu opnieuw ook de schemavorm per aanbevolen vaccinatiemoment


Vlaanderen
AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID
VALENTIJN VACCINATIESYMPOSIUM 2015
Vraag en antwoord – Geert Top