

## Standpunt Soa Aids Nederland universele Hepatitis B vaccinatie in Nederland

Datum: 22 maart 2007

Contactpersoon: Femke Jongen-Hermus [fjongen@soaids.nl](mailto:fjongen@soaids.nl)

### Vraagstelling

- Moeten we in Nederland overgaan van een risicogroepen gerichte naar een universele hepatitis B vaccinatiecampagne?

### Aanleiding

- Op dit moment vindt in Nederland geen algemene vaccinatie plaats voor hepatitis B en is het huidige beleid van hepatitis B vaccinatie gericht op risicogroepen. Recent zijn nieuwe gegevens betreffende de kosteneffectiviteit van hepatitis B vaccinatie naar voren gekomen.

### **Samenvatting literatuur**

Hepatitis B is een besmettelijke leverziekte die wereldwijd tot morbiditeit en ook mortaliteit leidt. Naar schatting hebben 60.000 mensen in Nederland een chronische Hepatitis B virus (HBV) infectie wat kan leiden tot levercirrose en leverkanker. Jaarlijks overlijden 60-200 mensen in Nederland aan de gevolgen van een hepatitis B infectie en elk jaar komen er tussen de 250 (geregistreerd) en 2.250 geschatte nieuwe (acute) infecties bij (Nationaal Hepatitis Centrum, 2007). De transmissie van Hepatitis B infectie vindt in Nederland voornamelijk (60%) via seksueel contact plaats. Kinderen die op jonge leeftijd (bijvoorbeeld pasgeborenen van Hepatitis B surface Antigen (HbsAG) positieve moeders) in contact komen met het HBV hebben een grote kans op het ontwikkelen van chronische infecties (Gezondheidsraad, 2003).

De WHO heeft in 1991 een advies gegeven om in alle landen kinderen routinematig te vaccineren als onderdeel van het nationale vaccinatie programma (WHO, 2000). Omdat Nederland behoort tot de landen met een lage endemiciteit (prevalentie <2% van de bevolking) voor HBV en het niet kosten-effectief is volgens de modellen van 2000, heeft Nederland nog geen gehoor gegeven aan de oproep van de WHO (Gezondheidsraad, 2001). Nederland heeft daarentegen een actief vaccinatie beleid ten aanzien van het screenen van zwangeren en specifieke groepen, zoals onder andere MSM, prostituees en prostituanten, druggebruikers en kinderen van ouder(s) uit midden-hoog endemische landen. De op gedragsgebonden risicogroepen gerichte vaccinatiecampagne wordt gecoördineerd door GGD Nederland in samenwerking met Schorer, Soa Aids Nederland en Trimbos-instituut en is onlangs door het ministerie van VWS verlengd met twee jaar. Het specifieke vaccinatiebeleid wat nu van toepassing is in Nederland heeft onder andere de volgende positieve kanten:

- \* Het voorkomt nieuwe infecties van HBV en signaleert chronisch geïnfecteerden door pre-vaccinatiescreening
- \* De vaccinatiegraad voor specifieke patiënten groepen zoals geïnstitutionaliseerde verstandelijk gehandicapten is meer dan 90% (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2006)
- \* Het vaccineren van mensen uit risicogroepen is kosteneffectief (RIVM, 2006)

Een aantal kanttekeningen bij het beleid kunnen zijn:

- \* Mogelijk worden niet alle zwangeren geïncludeerd bij de screening en mogelijk zijn dit net de hoog risico mensen voor HbsAg dragerschap. Dit kunnen bv illegalen zijn die buiten het reguliere netwerk vallen.
- \* De vaccinatie van pasgeborenen van HbsAg positieve moeders is onvolledig (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2006)
- \* Het benaderen van risico-groepen is tijdrovend, moeizaam en kostbaar (NVI, 2007):  
Bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) bestaat een onvoldoende vaccinatiegraad. Onder MSM is 43% niet gevaccineerd, 9% weet het niet, 10% is niet volledig gevaccineerd en maar 38% is volledig gevaccineerd (Hospers, 2006). Ook heeft deze groep al mogelijk risico gelopen vóór het vaccineren heeft plaatsgevonden. De gemiddelde leeftijd voor vaccineren betreft 36 jaar.  
Prostituanten en prostituees zijn lastig te bereiken voor vaccinatie (GGD Nederland, 2006).  
Noot: mensen met hiv worden niet benoemd als een specifieke doelgroep die in aanmerking komt voor vaccinatie (komt wel terug in NVAB richtlijn). Mensen met hiv die tot één van de gedragsgebonden risicogroepen behoren kunnen wel binnen de hepatitis B campagne worden gevaccineerd.
- \* De vaccinatiegraad voor medisch en paramedisch personeel is niet voldoende (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2006)

- \* Een proportie nieuwe acute infecties (geschat 50) zonder een duidelijke risicofactor zouden elk jaar gemist kunnen worden met het bestaande beleid (NVI, 2007)
- \* Het doelgroepgerichte vaccinatie strategie is een ingewikkeld beleid met vele verschillende doelgroepen en het vraagt een sterke coördinatie tussen verschillende partijen in het veld.

De vaccinatie voor hepatitis B infectie is effectief en veilig (WHO, 2004). Het kan gecombineerd worden met andere vaccins zoals dat nu al gebeurt bij het vaccineren van kinderen waarvan 1 of beide ouders uit een HBV-middel-of hoog-endemisch gebied komt. De vaccinatiekosten zijn verminderd in vergelijking met een aantal jaar geleden. De medicamenteuze behandeling van mensen met een chronische hepatitis B-infectie is duur. Indien het beleid van universele vaccinatie in Nederland van toepassing is, zullen andere programma's zoals het vaccineren van pasgeborenen van HbsAg positieve moeders en van risicogroepen voor een bepaalde termijn door moeten gaan. De impact op de effectiviteit van het RVP en het draagvlak vanuit de bevolking moet eerst bekeken worden. Het meten van de effecten van algemene vaccinatie kan pas na 10-15 jaar. Op het hepatitiscongres van 15 Februari 2007 kwam naar voren uit nieuwe berekeningen van het RIVM dat zowel universele hepatitis vaccinatie voor zuigelingen als voor 12-jarigen kosten-effectief lijkt te zijn (De Wit, 2007 (presentatie)).

Voordeel invoeren routine vaccinatie op zuigelingen leeftijd:

- \* Voorkomen van (voornamelijk) acute infecties (lagere incidentie acute infecties) en lange termijn sequelae (lever cirrose, leverkanker) en het voorkomen van dragers
- \* Bereikt uiteindelijk nagenoeg iedereen (van de Nederlandse bevolking) en ontwikkelen van 'herd immunity' (Collectieve bescherming door een hoge vaccinatiegraad)
- \* Voorkomt horizontale besmetting en op termijn ook verticale besmetting
- \* Includeert ook de heteroseksuele groep (die je mogelijk nu niet vangt)
- \* Op langer termijn zou het programma vaccineren van risico-groepen en zwangeren vermindert kunnen worden
- \* Het is een duidelijk en overzichtelijk beleid, dat uniform en meer eenvoudig te coördineren is

Nadeel invoeren universele vaccinatie:

- \* Extra kosten voor een opbrengst op langer termijn
- \* Mogelijk nadelige invloed op RVP (dit moet onderzocht worden)
- \* Behoudt altijd groep immigranten (chronische drager) zolang internationaal nog niet voldoende bereik van HBV vaccinatie bestaat.

### **Standpunt Soa Aids Nederland**

Soa Aids Nederland is van mening dat:

1. Algemeen: Vaccinatie met een veilig en effectief vaccin is een belangrijke strategie in de soa bestrijding. Ervaring met andere vaccinatieprogramma's heeft geleerd dat implementatie aandacht vereist om voldoende uptake te realiseren.
2. Het introduceren van algemene hepatitis B vaccinatie in het RVP in Nederland voorkomt effectief en betrekkelijk eenvoudig de morbiditeit en mortaliteit van hepatitis B
3. Het invoeren van universele vaccinatie in Nederland lijkt kosten-effectief en leidt tot een breder bereik dan het huidige hepatitis B vaccinatie beleid.
4. Met het invoeren van universele hepatitis B vaccinatie sluit Nederland aan bij het advies van de WHO. Hierbij is het volksgezondheid aspect wereldwijd belangrijk; Nederland blijft anders achter in het nemen van maatregelen om wereldwijd het aantal dragers, morbiditeit en mortaliteit van hepatitis B infectie te verminderen.
5. Het vaccineren voor hepatitis B voor specifieke doelgroepen moet naast het programma universele vaccinatie in het RVP doorgaan, tot het moment dat er een voldoende hoge vaccinatiegraad is bereikt in Nederland.

### **Overblijvende vragen**

De volgende kennisvragen dienen nog beantwoord te worden:

- Hoeveel acute HBV infecties vinden in Nederland plaats op kinderleeftijd en op oudere leeftijd en wat is de precieze morbiditeit en mortaliteit?
- Wat is de invloed van de dragers van de immigranten populatie op het ontstaan van nieuwe infecties in de Nederlandse bevolking?

- Meer duidelijkheid over de 30% onbekende transmissie van hepatitis B (60% seksuele transmissie, % IVD en de rest groep?)
  - Een totaal overzicht van de effectiviteit van het actuele vaccinatie beleid
- De volgende vragen over de implementatie moeten onderzocht worden:
- Een overzicht van de verwachte impact op en de toekomstige rol van de bestaande programma's voor preventie en vaccinatie van HBV infectie?
  - Wat is de verwachte impact op het RVP bij het introduceren van algemene HBV vaccinatie?
  - Wat te doen met de grote groep dragers bij immigranten?

### **Vervolgstappen**

1. Het RIVM brengt in 2007 een publicatie van kosteneffectiviteit berekeningen van hepatitis B vaccinatie in Nederland.
2. De minister van VWS heeft een antwoord gegeven op kamervragen betreffende universele hepatitis B vaccinatie met als conclusie dat er op dit moment geen aanwijzingen zijn om het bestaande beleid te wijzigen. Aan de hand van het advies van de Gezondheidsraad zal worden bekeken of het beleid aanpassing behoeft (Ministerie van VWS, 2007).
3. GGD Nederland organiseert op verzoek van het CIb een expertmeeting op 21 maart 2007 over de landelijke implementatie van hepatitis B vaccinatie risicogroepen
4. In 2007 zal de gezondheidsraad een advies uitbrengen over universele hepatitis B vaccinatie in Nederland.
5. Soa Aids Nederland evalueert en stelt het standpunt (zodanig) bij naar aanleiding van nieuwe en actuele informatie over Hepatitis B vaccinatie.

## Referenties en gebruikte literatuur

1. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2006.
2. United Kingdom National Guideline on the Management of the Viral Hepatitis A, B & C 2005. Clinical Effectiveness Group (British association of sexual health and hiv, BASHH). UK 2005.
3. Gezondheidsraad. Algemene vaccinatie tegen hepatitis B. Den Haag: Gezondheidsraad 2001; publicatie nummer 2001/03
4. Gezondheidsraad. Vaccinatie van kinderen tegen hepatitis B. Den Haag: Gezondheidsraad 2003; publicatie nummer 2003/14
5. Richtlijn antiretrovirale behandeling. Utrecht: Nederlandse vereniging van aids behandelaren (NVAB), 2005.
6. Hepatitis B Fact sheet N°204. Geneve: WHO, October 2000.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
7. Pleidooi voor hepatitis B in RVP. Bilthoven: Nederlands Vaccin Instituut, 2007.
8. Hepatitis B vaccine: fact sheet. Atlanta: CDC, 2006.
9. Hepatitis B vaccin. Weekly epidemiological record. WHO 2004: 79(28): 255-264. [www.who.int/wer](http://www.who.int/wer)
10. Koedijk F, Op de Coul ELM, Van de Laar MJW. Aangifte acute hepatitis B in 2004. Infectieziektenbulletin 2005;16(8): 296-298.
11. Koedijk F, De Wit A, Van de Laar M. Resultaten vragenlijst seksueel risicogedrag ten behoeve van de kosteneffectiviteitanalyse van hepatitis B-vaccinatie voor gedragsgebonden risicogroepen. Infectieziektenbulletin 2006; 17 (01): 22-26
12. De Wit GA, Busch MCM. Preventie van hepatitis B. Wat is het bereik? Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM 2006. [www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o2620n19768.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2620n19768.html)
13. Bakker JJ, et al. NHG standaard virus-hepatitis en andere leveraandoeningen. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 2003.
14. Op de Coul ELM, Van de laar MJW. Stijging in meldingen acute hepatitis C door LGV-uitbraak? Infectieziektenbulletin 2005; 16 (06): 206-209.
15. De Wit GA, Busch MCM. Preventie van hepatitis B. Wat zijn de effecten? Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM 2006.
16. De Wit GA. Preventie van hepatitis. Kosten en financiering. Hoeveel geld is er beschikbaar en hoe wordt het verdeeld? Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM 2006.
17. De Wit GA et al. Kosten-effectiviteit van algemene hepatitis B vaccinatie tegen hepatitis B (interimrapportage). Bilthoven: RIVM 2000.
18. Gezondheidsraad . Aanbieding advies Algemene vaccinatie tegen hepatitis B aan van de commissie aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheidsraad, nr 2001/03, Den Haag 13-2-2001
19. De Boer IM et al. HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2005. Bilthoven: RIVM, 2006.
20. Hospers HJ, Dörfler TT, Zuilhof W. Schorer monitor 2006, Amsterdam 2006.
21. HBV-campagne nieuws. GGD-Nederland 2006 ; 13 : 1-4
22. Siedenburg E. De HBV campagne in Amsterdam voor MSM. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.
23. Van Hout R. Ondanks de vaccinatiecampagne, nog steeds geen daling in aantal acute gevallen van HBV onder MSM. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.
24. Nijman A. Landelijke en Amsterdamse HBV Campagne MSM. Amsterdam: Schorer, 2006.
25. Antwoorden op kamervragen van Jacobi over het opnemen van hepatitis B vaccinatie in het RVP en Agema over hepatitis B virus. Den Haag: Ministerie van VWS. Kamerstuk PG-K-U-2747807, 5 maart 2007.
26. Hahné SJM, Boot HJ, Van de Laar MJW, De Wit GA. Hepatitis b. Het rijksvaccinatieprogramma nu en in de toekomst. RIVM rapport 210021004. Bilthoven: RIVM, 2006.