

Vergaderjaar 1996–1997

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 2

NOTA

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	2	3.5.	Polio	13
1.1.	Aanleiding voor de nota	2	3.6.	Voedselinfecties	13
1.2.	Ontwikkelingen	2	3.7.	Lyme-ziekte	14
1.3.	Kosten van infectieziekten	3	3.8.	Aids en seksueel overdraagbare aandoeningen	14
2.	Structuur en instrumenten voor infectieziektenbestrijding	4	4.	Standpunten op Gezondheidsraadadviezen	15
2.1.	Verantwoordelijkheden	4	4.1.	Tuberculose	15
2.2.	Wettelijk kader	4	4.2.	Hepatitis B	18
2.3.	Preventie	6	4.3.	Difterie	19
2.4.	Diagnostiek	8	4.4.	Prionziekten	20
2.5.	Surveillance	8			
2.6.	Outbreakmanagement	9	5.	Internationale ontwikkelingen	23
2.7.	Expertise beroepsgroepen	9	6.	Conclusie	24
3.	Specifieke bedreigingen	10			
3.1.	Resistentieproblematiek	10	Bijlagen		
3.2.	Ziekhuisinfecties	10	Bijlage 1	Overzicht van actiepunten	25
3.3.	Kinkhoest	12	Bijlage 2	Lijst van gebruikte afkortingen	27
3.4.	Influenza	12	Bijlage 3	Overzicht van recent aan de Tweede Kamer gezonden stukken over infectieziektenbestrijding	28

1. Inleiding

1.1. Aanleiding voor de nota

Infectieziekten staan de laatste jaren weer opnieuw in de belangstelling. Reden hiervoor is dat er wereldwijd grote zorg bestaat over nieuwe («emerging») en opnieuw opduikende («re-emerging») infectieziekten. De Wereld Gezondheidsorganisatie heeft in 1996 infectieziekten als hoofdthema van haar jaarrapport genomen. Zij waarschuwt voor toename van de problematiek rondom infectieziekten en wijst op het belang van goede surveillance en bestrijding.

Ook in de Verenigde Staten zijn de afgelopen jaren vele publicaties verschenen over het belang van infectieziekten voor de volksgezondheid. Er bestaat zorg over de mogelijkheden om nieuwe ontwikkelingen tijdig te signaleren en hierop adequaat te reageren. Dit heeft op internationaal niveau geleid tot initiatieven voor samenwerking op het gebied van de infectieziektenbestrijding, zoals een EU-VS Task Force. Hierdoor is het ook voor Nederland relevant om stil te staan bij de vraag of de huidige infectieziektenbestrijding voldoende in staat is om de gezondheid van de bevolking te beschermen. Ik vat deze signalen serieus op en vind het van groot belang dat het Nederlandse bestrijdingsapparaat goed functioneert.

Ik heb het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gevraagd te beschrijven wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot infectieziekten in Nederland. Dit heeft geresulteerd in de publicatie: «Infectieziekten in Nederland. Epidemiologie, diagnostiek en bestrijding». Deze publicatie geeft achtergrondinformatie over het vóórkomen van een groot aantal infectieziekten, over de aanwezige informatiebronnen in Nederland en over de diagnostische middelen die ons ter beschikking staan. Tenslotte wordt in deze publicatie een beeld geschetst van alle actoren die betrokken zijn bij de infectieziektenbestrijding.

Via deze nota informeer ik u over het huidige beleid en geef ik aan met welke instrumenten dit op een aantal punten nog verbeterd zal worden. Ook besteed ik aandacht aan een aantal specifieke bedreigingen en bepaal ik mijn standpunt op een aantal recent uitgebrachte adviezen van de Gezondheidsraad (tuberculose, hepatitis B, difterie en prionziekten). Tot slot zal ik stilstaan bij een aantal internationale activiteiten in de infectieziektenbestrijding.

1.2. Ontwikkelingen

Na een periode waarin men dacht dat infectieziekten tot het verleden behoorden is duidelijk geworden dat zij ook in de toekomst belangrijk blijven. Dit betreft zowel nieuwe («emerging»), als weer opnieuw opduikende («re-emerging») ziekten. Enkele voorbeelden van nieuwe infecties zijn HIV/Aids, Lyme-ziekte, darminfecties door enterohemorragische E. coli-stammen, Ebola en infecties met multiresistente micro-organismen. Opnieuw opduikende ziekten zijn tuberculose, streptococce infecties en kinkhoest. Hierbij speelt een aantal medische en maatschappelijke ontwikkelingen een rol.

- De *veroudering* van de bevolking. Deze leidt ertoe dat de individuele en collectieve afweer voor een aantal infectieziekten daalt en bepaalde ziekten zoals tuberculose of difterie weer een kans kunnen krijgen.
- De toenemende *migratie en mobiliteit*. Zowel door toename van immigratie als het groeiende internationaal toerisme en zakelijk verkeer neemt de kans op importziekten toe (bv. malaria, tuberculose, hepatitis B).
- De veranderingen in *leefstijl*, zoals recreatiegedrag (Lyme-ziekte), seksuele gewoonten en voedingsgewoonten.
- De *schaalvergroting* in de voedselproductie, -verwerking en -bereiding. Hierdoor stijgt de kans op toename van het aantal voedsel-

infecties en voedselvergiftigingen (o.a. Campylobacter, Salmonella, Listeria en E. Coli).

– De *medische ontwikkelingen*. De toename van het aantal intensieve (immunosuppressie) en invasieve behandelingen draagt ertoe bij dat het aantal ziekenhuisinfecties nog steeds toeneemt.

– De *resistentie-ontwikkeling* van micro-organismen tegen antibiotica waardoor de bestrijding van bijvoorbeeld tuberculose of ziekenhuisinfecties een probleem kan worden.

De situatie is in Nederland relatief gunstig; door algemene hygiënische maatregelen, vaccinatie en de ontwikkeling van antibiotica namen infectieziekten aanzienlijk af. Met name door vaccinatieprogramma's zijn veel kinderziekten zo goed als verdwenen. Eind 19e eeuw waren infectieziekten verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale sterfte in Nederland; in 1990 was dit aandeel tot minder dan 2% gedaald. Toch moet er in Nederland nog steeds met infectieziekten rekening worden gehouden. Immers, van de tien ziekten die in Nederland het meest vóórkomen, zijn er acht infectieziekten (VTV 1993). Hoewel deze in het algemeen niet zorgen voor hoge sterfte en blijvend letsel, brengen ze wel een aanzienlijke ziektelast en ziekteverzuim met zich mee.

Specifieke bedreigingen zijn resistentie-ontwikkeling en ziekenhuisinfecties. Ook moet steeds rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat er een epidemie kan optreden. Om deze en andere bedreigingen te lijf te gaan is een aantal instrumenten nodig waar in het vervolg nader op wordt ingegaan.

1.3. Kosten van infectieziekten

De kosten van gezondheidszorg die samenhangen met infectieziekten worden gefinancierd uit verschillende bronnen. De kosten van programmatische preventie die tot individuen herleidbaar is wordt gefinancierd uit de premiemiddelen (AWBZ). Dit betreft het Rijksvaccinatieprogramma, griepvaccinatie en vaccinatie van pasgeborenen van HBsAg positieve moeders tegen hepatitis B. In 1996 bedroegen de kosten hiervan samen ca. f 130 mln. Vaccinatie buiten deze programma's om wordt gefinancierd uit het tweede compartiment (zorgverzekeraars) of moet door de patiënt zelf worden betaald (reizigersvaccinatie).

De ziekenfondsraad heeft aangegeven dat indien sprake is van een epidemie van een infectieziekte, waarbij via de geëigende kanalen wordt geadviseerd om tot vaccinatie over te gaan, de kosten van vaccinatie ten laste van de AWBZ kunnen worden gebracht. Hiertoe zal in voorkomende gevallen een ad-hocregeling worden getroffen.

De kosten van de preventie en bestrijding door GGD's worden gefinancierd door de gemeenten uit het Gemeentefonds. Welk bedrag hiermee gemoeid is, is niet duidelijk. Aan de Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektenbestrijding wordt vanuit de Rijksbegroting f 0,3 mln. bijgedragen. Landelijke voorlichtingscampagnes, zoals ten aanzien van veilig vrijen worden betaald door het Praeventiefonds (in 1996 f 3 mln).

Behandeling door huisartsen en specialisten en ziekenhuiskosten wordt gefinancierd uit het tweede compartiment. De kosten van medische zorg voor behandeling van infectieziekten bedroegen in 1994 tenminste f 2117 mln. Aan extramuraal gebruikte antibiotica en middelen tegen virussen en schimmels werd in 1996 f 308 mln. uitgegeven. De kosten van intramuraal gebruikte middelen zijn onderdeel van de ziekenhuisbudgetten. De directe kosten van ziekenhuisinfecties, door verlengde opnameduur en behandeling, bedragen naar schatting f 200 tot 300 mln. per jaar.

Onderzoek en surveillance zoals uitgevoerd door het RIVM komt voor rekening van het RIVM. Daarnaast wordt additioneel voor projecten geld beschikbaar gesteld vanuit de begroting. Ten behoeve van monitoring en surveillance bedraagt dit jaarlijks ca. f 2 mln. Hiernaast wordt ook vanuit

fondsen zoals het Praeventiefonds bijgedragen aan de financiering van onderzoek.

Tenslotte kan genoemd worden dat infectieziekten naast de genoemde directe kosten ook indirecte kosten veroorzaken doordat zij in belangrijk mate bijdragen aan arbeidsverzuim en productiviteitsverlies.

2. Structuur en instrumenten voor infectieziektenbestrijding

Om de bedreigingen van infectieziekten tegen te gaan is een aantal instrumenten nodig zoals preventie, surveillance, bestrijding en outbreakmanagement, diagnostiek, onderzoek en behandeling. Deze instrumenten dienen ondersteund te worden door een adequate structuur voor wet- en regelgeving en financiering. Daarnaast moet helder zijn wie verantwoordelijk is voor het goed functioneren van de verschillende instrumenten en op welke wijze de onderlinge samenhang en afstemming geregeld is. Hieronder komt een aantal van deze onderdelen nader aan de orde.

2.1. Verantwoordelijkheden

De primaire verantwoordelijkheid voor de infectieziektenbestrijding in Nederland ligt bij de overheid. Hierbij zijn verschillende partijen betrokken met ieder hun eigen taken en (afgeleide) verantwoordelijkheden. Op een conferentie begin 1996 is door partijen duidelijk aangegeven hoe de taken en verantwoordelijkheden zijn verdeeld.

a. De rol van de landelijke overheid bestaat vooral uit het creëren van randvoorwaarden om een goede preventie en doelmatige en efficiënte bestrijding mogelijk te maken. Hiervoor zijn een goede structuur voor zowel bestrijding en surveillance als onderzoek nodig, evenals wet- en regelgeving en financiering.

b. De uitvoering van bestrijding en outbreakmanagement op lokaal en regionaal niveau vindt plaats door de GGD's, onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Dit betreft de tuberculosebestrijding, de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, met inbegrip van Aids en de bestrijding van epidemieën.

c. Het RIVM is verantwoordelijk voor het verschaffen van inzicht in de staat van de infectieziekten. Door surveillance, microbiologisch en epidemiologisch onderzoek en het ontwikkelen van analysetechnieken wordt het outbreakmanagement ondersteund. Daarnaast is het RIVM verantwoordelijk voor epidemiologisch en microbiologisch onderzoek om inzicht te krijgen in de determinanten van het optreden van ziekte en de effectiviteit van maatregelen. Hierdoor kan het (preventie)beleid geoptimaliseerd worden.

d. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt mede op basis van surveillancegegevens toezicht op de staat van de infectieziekten, de kwaliteit van de infectieziektenbestrijding en de naleving van de wettelijke voorschriften. De Inspectie Gezondheidsbescherming/Veterinaire Inspectie (IGB/VI) houdt toezicht op de aanwezigheid van door dieren en voedsel overgedragen infectieziekten en op de handhaving van de wettelijke voorschriften door het bedrijfsleven.

Naast deze partijen zijn vele anderen betrokken bij diagnostiek en behandeling en bij onderzoek. Voor een uitgebreide beschrijving van de huidige organisatie van de infectieziektenbestrijding verwijs ik naar hoofdstuk 4 van de publicatie «Infectieziekten in Nederland».

2.2. Wettelijk kader

Het wettelijk kader waarbinnen de infectieziektenbestrijding plaatsvindt wordt met name gevormd door de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken (WBI).

Wet collectieve preventie volksgezondheid

De WCPV draagt de uitvoering van de collectieve preventie op het gebied van infectieziekten op aan de gemeenten. Deze moeten ter uitvoering van de bij of krachtens de WCPV opgedragen taken een GGD instellen en instandhouden. In een algemene maatregel van bestuur zijn nadere eisen gesteld ten aanzien van tuberculose, seksueel overdraagbare aandoeningen, Aids en epidemieën van infectieziekten. Op 20 maart 1997 is in de Tweede Kamer een wijziging van de WCPV aangenomen. Deze voorziet in een aanwijzingsbevoegdheid voor de Minister van VWS indien een gemeente niet of niet naar behoren maatregelen treft bij de bestrijding van een epidemie van infectieziekten.

De commissie Versterking Collectieve Preventie heeft in november 1996 geadviseerd over de manier waarop lokaal-preventieve gezondheidszorg versterkt kan worden. Geadviseerd werd ondermeer om landelijke protocollen en standaarden te ontwikkelen die de kwaliteit van het handelen op lokaal niveau zouden kunnen bevorderen. Het doel hierbij is om te komen tot formulering van basistaken voor elke GGD. Ik zal dit punt ook ten aanzien van de infectieziektenbestrijding vormgeven. In mijn standpunt op het genoemde advies zal ik hierop terugkomen.

Ontwerp-Infectieziektenwet

De WBI bevat regels om de verspreiding van infectieziekten onder de bevolking tegen te gaan. Deze wet bevat naast de melding van infectieziekten ook maatregelen die getroffen kunnen worden tegen hen die lijden aan een infectieziekte en degenen in hun naaste omgeving; de zogenoemde dwangmaatregelen.

Een centraal uitgangspunt in de opzet van de infectieziektenbestrijding is het streven naar evenwicht tussen het belang van de volksgezondheid en respect voor de rechten van de (mogelijk) geïnfecteerde personen. Doelstelling is deze ziekten zoveel mogelijk terug te dringen met de geringste inbreuk op vrijheidsrechten. Voorbeelden van de betrokken vrijheidsrechten zijn zelfbeschikking en daarvan afgeleid bewegingsvrijheid, integriteit van het lichaam en privacy.

De bestaande Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken uit 1928, is niet meer met genoemd uitgangspunt in overeenstemming. Allereerst ligt in de WBI het accent nog op afzondering van de geïnfecteerde patiënt, terwijl dat door de toegenomen medische mogelijkheden van preventie en behandeling van infectieziekten zelden meer nodig is. Vervolgens vertoont de WBI ook wezenlijke tekortkomingen op het gebied van de rechtsbescherming. Ik zal dan ook binnenkort, ter vervanging van de WBI, een ontwerp-Infectieziektenwet aan de Tweede Kamer zenden.

In dit ontwerp is ook de procedurele vormgeving van de infectieziektenbestrijding, vergeleken met de WBI, sterk vereenvoudigd. Een hoofdrol is gegeven aan de burgemeester en de directeur van de GGD. Met het toezicht op de naleving van de Infectieziektenwet zal de inspectie voor de gezondheidszorg zijn belast.

De ontwerp-Infectieziektenwet gaat ervan uit dat de bestrijding van infectieziekten zoveel mogelijk op basis van vrijwilligheid verloopt. Voor het geval vrijwillige medewerking niet tot het gewenste resultaat zou leiden kent het ontwerp op individueel niveau twee dwangmaatregelen: gedwongen opneming ter isolatie en gedwongen medisch onderzoek. Deze maatregelen kunnen slechts genomen worden ten aanzien van een beperkt aantal, in de wet opgesomde, ernstige infectieziekten. In het ontwerp wordt het gedwongen medisch onderzoek beschouwd als de zwaarste van de twee maatregelen. Naast de beide op het individu gerichte maatregelen zijn volgens het ontwerp in het kader van de

infectieziektenbestrijding nog maatregelen mogelijk als het verbod gebouwen of terreinen te betreden en het ontsmetten of vernietigen van waren.

– Isolatie

Volgens het ontwerp kan een persoon alleen gedwongen worden geïsoleerd wanneer hij in verband met verspreiding van een infectieziekte een ernstig gevaar voor de volksgezondheid vormt, dit gevaar niet op andere wijze (bijvoorbeeld door het vrijwillig opvolgen van medische adviezen) effectief kan worden afgewend en de betrokkene niet vrijwillig tot opname ter isolatie bereid is. Is de betrokkene eenmaal daadwerkelijk geïsoleerd, dan is het risico dat hij de ziekteverwekker op anderen overdraagt nagenoeg verwaarloosbaar. Het ontwerp voorziet erin dat de Minister van VWS een of meer ziekenhuizen aanwijst waar de isolatie ten uitvoer gelegd kan worden.

– Onderzoek

In het algemeen zal geen noodzaak bestaan de geïsoleerde persoon gedwongen te onderzoeken. Dit kan wel het geval zijn als deze persoon anderen besmet heeft en het in hun belang noodzakelijk is specifieke bijzonderheden van de ziekte te weten te komen, zoals de aard van de ziekteverwekker. Volgens het ontwerp is gedwongen onderzoek slechts mogelijk in vervolg op gedwongen isolatie.

– Behandeling

Als de geïsoleerde persoon niet behandeld wenst te worden, bestaat uit volksgezondheidsoogpunt evenmin noodzaak hem daartoe te dwingen. Het derdenbelang is dan immers door de isolatie al afdoende beschermd. Door dit systeem wordt, met inachtneming van de vrijheid om behandeling te weigeren, de integriteit van het lichaam zo veel mogelijk gerespecteerd; namelijk zo lang als dat vanuit het oogpunt van bescherming van de bevolking als geheel tegen de gevaren van infectieziekten verantwoord is.

– Opsporing

Op een aantal plaatsen in de regelgeving, buiten de WBI en buiten de ontwerp-Infectieziektenwet, bestaat voor risicogroepen de verplichting deel te nemen aan medisch onderzoek gericht op het opsporen van ernstige infectieziekten. Het gaat daarbij met name om tuberculose. Ik ben van mening dat zulke verplichtingen slechts bij wet kunnen worden gesteld. Het heeft dan mijn voorkeur ze een plaats te geven in op de betreffende risicogroep gerichte wetgeving (zie paragraaf 4.1).

In een aantal andere gevallen biedt volksgezondheidswetgeving nadere waarborgen voor bescherming van het individu bij zulke collectief gerichte screening. Ik wijs op de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Deze wet vereist ondermeer een vergunning voor de toepassing van röntgenstraling bij het opsporen van ziekten of risicofactoren. Op grond van de WBO kan bevolkingsonderzoek, voor zover vergunningplichtig, alleen een vergunning krijgen als het onderzoek voor de betreffende personen geen onevenredige belasting meebrengt en als het zorgvuldig wordt uitgevoerd. Met het toezicht op de naleving van de WBO is de Inspectie voor de gezondheidszorg belast.

2.3. Preventie

Vaccinatie

Nederland kent een goedwerkend Rijksvaccinatieprogramma (RVP) voor kinderen, gefinancierd vanuit de AWBZ (kosten in 1996: f 60 mln). Momenteel vindt binnen het RVP vaccinatie plaats tegen difterie,

kinkhoest, tetanus, polio (DKTP), bof, mazelen, rode hond (BMR) en haemophilus influenzae type b (Hib). Voor een beschrijving van de organisatie verwijs ik naar de publicatie «Infectieziekten in Nederland». De vaccinatiegraad is zeer hoog en ligt tussen de 94 en 97%. Het is van groot belang dat de uitvoering van dit vaccinatieprogramma in stand blijft. Dit betekent dat de effecten en mogelijke negatieve gevolgen nauwkeurig gevolgd moeten worden. Toevoeging van nieuwe vaccins dient zeer zorgvuldig overwogen te worden, zowel wat betreft (kosten-)effectiviteit als de acceptatie onder de bevolking. Ook inzicht in de vaccinatiegraad en de motieven om wel of niet deel te nemen onder specifieke bevolkingsgroepen als bevindelijk gereformeerden en sommige immigrantengroepen, is noodzakelijk om eventueel tijdig maatregelen te kunnen nemen. Uit onderzoek dat is uitgevoerd in o.a. Amsterdam is gebleken dat de vaccinatiegraad onder allochtone kinderen lager was dan onder Nederlandse kinderen. Voor kleuters en 9-jarigen lag deze tussen de 80 en 90%. Momenteel vindt onderzoek plaats naar de sociale en culturele factoren die hieraan bijdragen. Op grond van de resultaten hiervan, van het evaluatie-onderzoek naar de kwaliteit van de Jeugdgezondheidszorg en van ervaringen van o.a. in Amsterdam reeds uitgevoerde maatregelen zal ik indien nodig maatregelen treffen.

Ik neem de noodzakelijke maatregelen om het RVP in stand te houden en aan te passen aan wijzigende omstandigheden en technologische innovatie. In het navolgende kom ik hier nog op terug (zie hepatitis B en kinkhoest).

Veiligheid van bloed en bloedproducten

Er bestaan verschillende infectieziekten die door bloed en bloedproducten van donor op ontvanger kunnen worden overgebracht. Het gevaar van overdracht bestaat vooral bij infectieziekten waarbij de donor de ziekteverwekker gedurende langere tijd draagt zonder zelf klachten te hebben.

Preventie van overdracht van infecties vindt in Nederland op de volgende drie niveaus plaats:

- a. Selectie van donors door onbetaalde donatie, het weren van personen met een verhoogd infectierisico en de donorkeuring.
- b. Testen van iedere afgenomen eenheid donorbloed op markers van de meest belangrijke virussen.
- c. Maatregelen tijdens de bereiding van lang houdbare bloedproducten (plasma-producten) gericht op eliminatie of inactivering van virussen.

ad b.

In Nederland wordt momenteel elke bloeddonatie routinematig onderzocht op aanwijzingen voor de aanwezigheid van de ziekteverwekkers van hepatitis B en hepatitis C, HIV (de verwekker van Aids), humaan T-cel leukemie virus (HTLV) en treponema pallidum (de verwekker van syfilis).

Het onderzoek wordt verricht met testkits die moeten voldoen aan strenge eisen betreffende specificiteit en sensitiviteit. Het laboratoriumonderzoek op door bloed overdraagbare infectieziekten kan evenwel geen 100% zekerheid bieden. Daarom zijn de bij c. genoemde maatregelen van essentieel belang.

Momenteel worden testkits op ziekteverwekkers nog niet op internationaal geharmoniseerde wijze onderzocht op specificiteit en sensitiviteit. Nog niet zolang geleden deden zich in Nederland problemen voor rond de Abbott test voor HIV. Aanscherping voor regelgeving op deze in vitro diagnostica is dus noodzakelijk. In EU-verband is de richtlijn medische hulpmiddelen voor in vitro diagnostica in voorbereiding. Onder Nederlands voorzitterschap wordt aangedrongen op spoedige afronding van de

richtlijn. In afwachting van deze Europese richtlijn heb ik er bij het College voor de Bloedtransfusie op aangedrongen in hun huidige richtlijn «laboratoriumonderzoek op infectieziekten» eisen op te nemen voor gevoeligheid, specificiteit en reproduceerbaarheid van testkits. Deze eisen kunnen de bloedbanken dan eenduidig hanteren bij het gebruik van iedere nieuwe partij testkits.

Hepatitis C

Sinds 1991 wordt in Nederland elke bloeddonatie getest op antistoffen tegen het hepatitis C virus (HCV). Na invoering van de test bleek een aantal donors HCV-positief te zijn. Bloedbanken zijn verplicht patiënten op te sporen die mogelijk de bloedproducten van die bewuste donoren hebben ontvangen. Een dergelijke manier van opsporen van mogelijk besmette ontvangers, «targeted look-back» genoemd, blijkt inmiddels nauwelijks effectief te zijn (40%). Om vast te stellen of en in hoeverre in Nederland een generale HCV look-back bij ontvangers van bloedproducten en organen en het screenen van de overige risicogroepen noodzakelijk is heb ik de Gezondheidsraad gevraagd hierover te adviseren. Dit advies verwacht ik medio juni 1997.

2.4. Diagnostiek

Voor het signaleren en verifiëren van potentiële bedreigingen dient een uitgebreid scala aan microbiologische technieken voorhanden te zijn. Deze expertise dient gehandhaafd en onderhouden te worden; indien deze eenmaal is verloren is het moeilijk om deze weer op te bouwen. Voor bijzondere diagnostiek is deze expertise aanwezig binnen het RIVM. Daarnaast is kennis aanwezig bij medisch microbiologische laboratoria en onderzoekscentra elders in het land. Momenteel werkt het RIVM aan een inventarisatie van de aanwezigheid van expertise voor bijzondere diagnostiek in Nederland. Aan de hand daarvan zal worden nagegaan waar zich eventueel hiaten voordoen en welke diagnostiek het beste door welke instantie kan worden uitgevoerd. Dit zal er toe leiden dat in Nederland een netwerk gevormd wordt voor het in stand houden en versterken van de benodigde expertise op dit gebied.

Door de medisch microbiologen van (streek)laboratoria meer bij de activiteiten van de GGD's te betrekken zou de medisch microbiologische expertise op lokaal/regionaal niveau versterkt kunnen worden. Momenteel wordt hierover door de IGZ een advies voorbereid.

2.5. Surveillance

Voor een succesvolle bestrijding van infectieziekten is het nodig om voortdurend op de hoogte te zijn van de epidemiologische ontwikkelingen. Via surveillance wordt informatie verkregen over de aanwezige ziekteverwekkers, de ziekten die ze veroorzaken en de immuniteit van de bevolking. Voor een aantal ziekten is het nodig om deze informatie zo spoedig mogelijk te verkrijgen. Een effectieve en snelle verspreiding van de informatie draagt er toe bij dat door de juiste instanties actie ondernomen kan worden. In hoofdstuk 2 van de publicatie «Infectieziekten in Nederland» is weergegeven via welke informatiebronnen in Nederland gegevens worden verzameld over infectieziekten.

Daarnaast worden de epidemiologische ontwikkelingen in het buitenland gevolgd. Voor veel infectieziekten geldt dat deze eerst in het buitenland zichtbaar worden alvorens ze een probleem gaan vormen in Nederland. Dit maakt het mogelijk tijdig op de ontwikkelingen in te spelen.

Er is de laatste jaren veel verbeterd rond de surveillance van infectieziekten. Voor een groot aantal ziekten wordt momenteel adequate informatie verkregen. Waar dit nog niet het geval is zal ik in overleg met RIVM en IGZ nagaan hoe hierin verbetering kan worden aangebracht. Een

belangrijke ontwikkeling is het tot stand komen van het Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (ISIS). Dit beoogt een elektronische infrastructuur te creëren om optimaal gebruik te maken van alle beschikbare gegevens die van belang zijn voor de infectieziektenbestrijding, zowel op nationaal als op regionaal niveau. Hiermee wordt snelle informatieverzameling en terugkoppeling mogelijk tussen medisch microbiologische laboratoria, GGD's, RIVM en IGZ. Momenteel is voor de GGD's reeds een (vertrouwelijke) Internet-site beschikbaar met dagelijks bijgewerkte informatie. Ik ondersteun het tot stand komen van het ISIS en heb hiervoor over een periode van 4 jaar f 1,65 mln. beschikbaar gesteld.

In 1996 is door het RIVM samen met de GGD's een voor de Nederlandse bevolking representatieve serumbank opgericht. Hiermee vindt onderzoek plaats ter bewaking van de effecten van het Rijksvaccinatieprogramma. Ik heb hieraan voor 4 jaar in totaal f 1,3 mln. beschikbaar gesteld.

Hiernaast bestaan verschillende monitoringprogramma's voor de microbiologische gesteldheid van voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong (o.a. kipproducten en kaas) en groenten. Onder verantwoordelijkheid van de Veterinaire Hoofdinspectie van de Volksgezondheid zal door het RIVM een groot monitoringprogramma worden uitgevoerd bij de verschillende diersoorten naar een aantal bacteriële contaminanten (Salmonella, Campylobacter). Dit moet inzicht geven in de effecten van de te nemen maatregelen op het terugdringen van het aantal voedselinfecties.

2.6. Outbreakmanagement

Van outbreakmanagement wordt gesproken als zich een epidemie voordoet of de kans aanwezig is dat er een epidemie ontstaat. Hiervoor is in juni 1995 de Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektenbestrijding (LCI) opgericht. In het LCI vindt op landelijk niveau de coördinatie plaats van het te voeren beleid in crisissituaties. Het LCI bestaat uit twee onderdelen: het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI) en het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO). In het LOI wordt inhoudelijk overleg gevoerd over het professioneel wenselijk beleid. Het LOI bestaat uit representatieve vertegenwoordigers van de artsen infectieziektenbestrijding van GGD's en RIVM en IGZ als adviseurs en staat onder voorzitterschap van een onafhankelijk voorzitter. Aan het BAO nemen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de Landelijke Vereniging van GGD's, het RIVM en het Ministerie deel. De hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg toetst als voorzitter of voldoende afstemming plaatsvindt.

Buiten crisissituaties vindt afstemming plaats door het opstellen van draaiboeken en protocollen in het LOI. In crisissituaties is de voorzitter van het LOI verantwoordelijk voor het formuleren van het beleid. Het BAO toetst dit beleid op haalbaarheid en bestuurlijke en logistieke uitvoerbaarheid. LOI en BAO worden bij hun werkzaamheden ondersteund door een professioneel secretariaat.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert in haar jaarverslag 1995 dat de coördinatiestructuur goed functioneert. De IGZ stelt dat momenteel een goed evenwicht lijkt te zijn bereikt tussen de wettelijk vastgelegde decentrale verantwoordelijkheid voor de bestrijding van infectieziekten en de noodzaak van landelijke afstemming. In 1997 zal voorafgaand aan een besluit over de voortzetting van de LCI, een externe evaluatie plaatsvinden.

2.7. Expertise beroepsgroepen

Een algemeen aandachtspunt is de expertise en de beschikbaarheid van

de verschillende bij de infectieziektenbestrijding betrokken beroepsgroepen.

Zo wordt reeds enige jaren (o.a. door de Gezondheidsraad in het jaaradvies 1992/1993) een tekort gesignaleerd aan medisch microbiologen. Ik zal in overleg treden met de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie om na te gaan wat hieraan gedaan kan worden.

In het kader van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO) wordt in samenwerking met universiteiten gedurende een periode van 5 jaar een aantal jonge onderzoekers in de klinische infectiologie opgeleid volgens het agiko-model (assistent geneeskundige in klinische opleiding). Hiermee wordt een (bescheiden) bijdrage geleverd aan het verbeteren van expertise op dit gebied.

Tevens constateerde de Gezondheidsraad dat verbetering van de kennis op het terrein van infectieziekten aangewezen was voor artsen werkzaam in GGD's, verpleeghuisartsen en gerieters. Bijscholing is mogelijk door het volgen van de modules infectieziektenbestrijding bij de Nederlands School of Public Health (NSPH). Verder zal ik in overleg treden met de wetenschappelijke verenigingen om na te gaan hoe verpleeghuisartsen en gerieters zich kunnen bijscholen en of hiervoor verbeteringen in het aanbod nodig zijn.

3. Specifieke bedreigingen

3.1 Resistentie-problematiek

Een van de belangrijkste problemen van infectieziekten is de toenemende ongevoeligheid van micro-organismen tegen antibiotica. De situatie in Nederland is in vergelijking met het buitenland tot nu toe relatief gunstig doordat een terughoudend antibioticabeleid is gevoerd en de hygiënische maatregelen op een hoog peil gehandhaafd worden. De meeste resistentieproblemen doen zich momenteel voor in ziekenhuizen.

Om resistentievorming verder te voorkomen en te zorgen dat de ter beschikking staande werkzame middelen zo lang mogelijk bruikbaar blijven dient het huidige restrictieve voorschrijfbeleid geoptimaliseerd te worden. Om dit te bevorderen is in 1996 de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) opgericht door de belangrijkste beroepsverenigingen op dit gebied. Deze stichting beoogt het formuleren van richtlijnen voor een nationaal antibioticum formularium en deskundigheidsbevordering onder de verschillende medische specialisten. Ik onderschrijf deze activiteiten en heb voor een periode van twee jaar financiering toegezegd (totaal f 287 000). Verder onderschrijf ik de noodzaak van surveillance van bacteriële resistentie. Voor een aantal relevante micro-organismen wordt hier door het RIVM in samenwerking met de streeklaboratoria onderzoek naar verricht.

Ook de resistentie ontwikkeling in de intensieve veehouderij wordt gevolgd. Door de werkgroep Antibioticumbeleid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde zijn formularia met 1e en 2e keuze middelen samengesteld van de verschillende diersoorten. Om de effecten van dit beleid te meten zal het resistentieonderzoek worden gekoppeld aan het reeds eerder genoemde monitoringsonderzoek bij rund, varken en kip. In dit kader zal de Gezondheidsraad advies worden gevraagd over de effecten van het gebruik van antibioticum als groei-bevorderaar in het veevoer.

3.2 Ziekenhuisinfecties

In ziekenhuizen is een effectieve bestrijding en preventie van infecties van groot belang. Door toename van het aantal intensieve en invasieve behandelingen, toename van het aantal immuungecompromiteerden en veroudering van de patiëntenpopulatie neemt het infectierisico toe.

Een effectieve preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties staat of valt met een doordacht en consequent toegepast isolatie-, infectiepreventie- en antibioticabeleid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft mij vorig jaar geïnformeerd over het beleid in Nederlandse ziekenhuizen op deze punten. Tot mijn genoegen was er op dit gebied reeds veel geregeld. Zo beschikken alle onderzochte ziekenhuizen over richtlijnen voor infectiepreventie, die meestal gebaseerd zijn op richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP). Ook beschikken alle ziekenhuizen over een infectiecommissie en zijn de meeste actief met het ontwikkelen van formularia op het gebied van de toepassing van antibiotica.

Aan de andere kant constateert de Inspectie ook zaken die verbeterd dienen te worden. Ik noem enkele belangrijke:

- Het infectiepreventiebeleid is nog onvoldoende geformaliseerd. Ook de verantwoordelijkheid voor de implementatie, uitvoering en evaluatie van de infectieprotocollen is vaak onduidelijk.
- Er lijkt een ondercapaciteit te zijn voor isolatie op algemene verpleegafdelingen. Deze kan echter niet goed worden onderbouwd daar in de meeste ziekenhuizen een registratiesysteem voor de toepassing van isolatie ontbreekt. De isolatiemogelijkheden op intensive-care afdelingen zijn volgens de inspectie te beperkt.
- De formatie van medisch microbiologen ten behoeve van ziekenhuishygiëne/infectiepreventie was niet goed vast te stellen en voor ziekenhuishygiënisten was deze te laag.

Er is naar mijn mening dus alle reden om blijvend aandacht te besteden aan de verdere uitbouw van de infectieziektenbestrijding en -preventie in de Nederlandse ziekenhuizen. Dit behoort naar mijn mening tot de kwaliteitszorg, die krachtens de Kwaliteitswet primair een verantwoordelijkheid is van de ziekenhuizen zelf. Begin 1995 heb ik dit via een brief onder de aandacht van de ziekenhuizen gebracht. Daarin heb ik tevens verwezen naar de normen voor ziekenhuishygiënisten en medisch microbiologen die de Gezondheidsraad in haar advies «Preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties» van 1990 heeft gegeven. Ik zal er bij de ziekenhuizen nogmaals op aandringen hier rekening mee te houden. De kosten die hiermee gemoeid zijn, zijn immers al in de COTG-richtlijnen verdisconteerd. Het Inspectierapport is aan alle ziekenhuizen toegezonden.

Ook zal ik er bij de ziekenhuizen op aandringen om de registratie van ziekenhuisinfecties met kracht ter hand te nemen. Uit onderzoek is gebleken dat met een goed surveillance-systeem het aantal ziekenhuisinfecties met een derde kan worden teruggedrongen. Ik ondersteun een gezamenlijk project van het RIVM en het CBO voor de ontwikkeling en implementatie van een systeem voor de surveillance van ziekenhuisinfecties in een landelijk netwerk van ziekenhuizen (f 350 000 per jaar).

Om meer onderzoek mogelijk te maken naar de effecten van interventies die het optreden van ziekenhuisinfecties kunnen verminderen heeft het Praeventiefonds een programma opgesteld om dit te stimuleren. Ik zal stimuleren dat dit door Zorg Onderzoek Nederland wordt voortgezet.

De verantwoordelijkheid van de overheid is vooral gelegen in de voorwaardenscheppende sfeer. Ik zal daarom de activiteiten van de Werkgroep Infectie Preventie blijven ondersteunen (per jaar f 222 000).

Ten aanzien van het tekort aan isolatiecapaciteit op intensive-care afdelingen zal ik het College voor Ziekenhuisvoorzieningen verzoeken de bevindingen van de Inspectie bij de eerstvolgende actualisatie van de bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven voor intensive-care afdelingen te betrekken.

Ook zal ik de Inspectie vragen de vermeende tekorten aan isolatiemogelijkheden op standaard-verpleegafdelingen nader te onderbouwen. Overigens zijn de bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven voor standaard-verpleegafdelingen recent geactualiseerd. Hierin is reeds voorzien in isolatiemogelijkheden op iedere afdeling. De beoordelingsmaatstaven zijn in overleg met de Inspectie tot stand gekomen.

3.3. Kinkhoest

In de afgelopen maanden zijn veel gevallen van kinkhoest bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg aangegeven, terwijl dat op grond van het cyclische patroon van incidentie van kinkhoest (elke 4 à 5 jaar een verhoging) niet te verwachten viel. Nauw overleg vindt plaats tussen Inspectie, RIVM en LCI om de epidemie zoveel mogelijk onder controle te houden en tegelijkertijd een wetenschappelijke verklaring te vinden. Veranderingen in diagnostiek of verschuivingen in de redenen voor aangifte kunnen als mogelijke oorzaak worden uitgesloten. Ook lijkt het zeer onwaarschijnlijk dat de toename kan worden toegeschreven aan een daling van de vaccinatiegraad. Het RIVM voert momenteel onderzoek uit naar de mogelijke oorzaak van de epidemie.

Ook in enkele andere landen zoals in Zwitserland, Denemarken, Canada en de Verenigde Staten zijn aanwijzingen voor een toename in de kinkhoestincidentie. De meeste Europese landen zijn niet vergelijkbaar met Nederland, doordat ze geen of een afwijkend surveillancesysteem hebben en een ander vaccinatiebeleid. Geen van deze landen heeft echter een verklaring voor de gevonden toename.

Daarnaast voert het RIVM de komende twee jaren een veldstudie uit waarbij twee acellulaire kinkhoestvaccins onderzocht worden. Achtergrond hiervan is de verwachte lagere frequentie van bijwerkingen vergeleken met het huidige cellulaire kinkhoestvaccin, met name bij gebruik op oudere leeftijd. Afhankelijk van de resultaten van beide onderzoeken zal ik, indien nodig, maatregelen treffen.

3.4. Influenza

Sinds geruime tijd bestaat de mogelijkheid om zich te laten vaccineren tegen griep. Jaarlijks adviseert de Commissie Vaccinatie tegen Influenza van de Gezondheidsraad mij over de samenstelling van het influenza-vaccin voor het komende seizoen en over de risicogroepen waarvoor vaccinatie wordt aanbevolen. De vaccinatiegraad onder de risicogroepen is de laatste jaren voortdurend gestegen, tot 67% in 1996. Een krachtige impuls voor verhoging van de vaccinatiegraad tot 70 à 75% (ook internationaal beschouwd als het maximaal haalbare) gaat uit van het dezerzijds gefinancierde en medio 1995 gestarte project van LHV/NHG dat beoogt de landelijke invoering van programmatische preventie in de huisartsenpraktijk mogelijk te maken. Het accent hierbij ligt in eerste instantie ondermeer op de griepvaccinatie voor de doelgroep.

Genoemde commissie van de Gezondheidsraad heeft mij in haar advies voor het vaccinatieseizoen 1996-1997 voor het eerst aanbevolen de doelgroep voor vaccinatie uit te breiden met alle personen van 65 jaar en ouder. Ik heb deze aanbeveling overgenomen zoals u reeds is bericht. In verband hiermee waren er enkele logistieke en organisatorische aanloopproblemen van tijdelijke aard, vooral veroorzaakt door de tijdsdruk. De vaccinatiegraad in de niet-risicogroep (inclusief de gezonde 65-plussers) is sterk gestegen, van 9% in 1995 tot 33% in 1996.

De voorbereidingen voor een beter verloop van de influenzavaccinatie voor het seizoen 1997-1998 zijn reeds in volle gang.

Momenteel stelt het departement een draaiboek op om de problemen op te kunnen vangen die het gevolg zijn van een influenza-pandemie.

Indien zich een dergelijke pandemie voordoet is te verwachten dat in korte tijd een aanzienlijk deel van de bevolking ziek wordt. Hierdoor dreigt verstoring van essentiële maatschappelijke functies en overbelasting van met name ziekenhuizen. Overigens wordt de kans op het optreden van een influenza-pandemie, vergelijkbaar met bijv. de «Spaanse griep» aan het begin van deze eeuw, gering geacht.

3.5. Polio

Mijn standpunt op het rapport «Preventie van polio» heb ik in september 1996 naar de Kamer gestuurd. Ik heb hierin aangegeven dat vrijwilligheid als uitgangspunt bij vaccinatie gehandhaafd zal worden. Er zal geen wijziging plaatsvinden van het binnen het Rijksvaccinatieprogramma toegepaste poliovaccin. Tijdens een epidemie zal aan religieus bezwaarden oraal poliovaccin aangeboden worden. Ik heb de voorzitter van het LOI verzocht de inhoudelijke bijstelling «draaiboek poliomyelitis» conform de adviezen van de Gezondheidsraad ter hand te nemen. Onderzoek naar de immunestatus van de bevolking en polio-surveillance wordt uitgevoerd door het RIVM. Het ontwikkelen van protocollen voor de preventie binnen groeperingen van religieus bezwaarden vindt reeds plaats en een proefonderzoek naar de introductie van een herhalingsoproep voor 16-jarige niet-gevaccineerden zal in gang gezet worden. Ik heb nog geen uitspraak gedaan over de suggestie van de Gezondheidsraad om aan alle 16-jarigen een medisch consult aan te bieden voor het geven van voorlichting over infectieziekten en over vaccinatie. Ik heb aangegeven eerst het evaluatie-onderzoek naar de kwaliteit van de Jeugdgezondheidszorg af te wachten en afhankelijk van de resultaten daarvan nader te besluiten.

3.6. Voedselinfecties

Volgens de Interdepartementale Taskgroep «terugdringen voedselinfecties bij de mens veroorzaakt door voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong» moet het huidige aantal van 400 000 voedselinfecties per jaar als gevolg van *Campylobacter* en *Salmonella* worden teruggebracht met 50% in het jaar 2000.

Met de agrarische bedrijfstak wordt op dit moment gewerkt aan een convenant dat de besmetting met *Campylobacter* en *Salmonella* van kipproducten moet reduceren tot beneden de 15 respectievelijk 10% in 2,5 jaar. Daarna zullen maatregelen worden genomen tegen producten die niet aan een minimumnorm voldoen.

Sinds 14 december 1995 zijn bedrijven die voedingsmiddelen verwerken op basis van de EU-richtlijn voor levensmiddelenhygiëne verplicht om een risico-analyse (HACCP) uit te voeren op o.a. de aanwezigheid van micro-organismen die voedselinfecties veroorzaken. Hierdoor dient het niveau van deze micro-organismen in levensmiddelen verlaagd te worden.

Voor de meting van de effecten van de maatregelen wordt door het RIVM een monitoringprogramma uitgevoerd dat bovendien informatie moet verschaffen over het voorkomen van «nieuwe» microbiologische agentia. In dit kader wordt met name gekeken naar de coli-bacterie die in Japan en Schotland een groot aantal slachtoffers heeft veroorzaakt, maar ook naar een aantal nieuwe bedreigingen zoals *Salmonella typhimurium* TD 105 welke stam resistent is tegen zeer veel antibiotica.

Door de IGB wordt een monitoring programma uitgevoerd naar de aanwezigheid van pathogenen (*Listeria monocytogenes* en *Salmonella*) in zachte kaassoorten.

3.7. Lyme-ziekte

Naar aanleiding van vragen uit de Tweede Kamer over het voorkomen van tekenbeten en daarmee verband houdend Lyme-ziekte, heb ik aangegeven dat er een aanzienlijk risico bestaat voor de volksgezondheid. Op mijn verzoek hebben de LCI en de LVGGD een preventieproject ontwikkeld voor de jaren 1997 en 1998 met als doelen de voorlichting voor het publiek en voor de huisartsen te verbeteren. In 1997 zal dit beperkt blijven tot voorlichting van de beroepsgroep en het beschikbaar stellen van folders aan het algemene publiek. In 1998 zal een actieve publieks-campagne gevoerd worden.

Surveillance programma's bij dieren in de wildbaan zijn belangrijk om de risico's van bekende ziekteverwekkers te kunnen inschatten maar ook om tijdig introductie van nieuwe micro-organismen op te sporen. Het RIVM voert momenteel onderzoek uit bij vossen naar het voorkomen van de verwekker van blaaswormen bij de mens.

Het zal nuttig zijn om bij de evaluatie van het natuurbeleid ook de gevolgen voor de Volksgezondheid ten aanzien van bepaalde onbedoelde neveneffecten, zoals een grotere tekenpopulatie als gevolg van het uitcultuur nemen van gronden, mede te beoordelen.

3.8. Aids en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)

Belangrijke doelstellingen van het beleid zijn stimuleren van preventie, optimaliseren van de zorg- en ondersteuningsstructuur en het bewaken van een gelijkwaardige maatschappelijke positie van mensen met HIV/Aids. Uitgangspunt daarbij is dat waar mogelijk taken en activiteiten op het gebied van SOA- en Aidsbestrijding worden geïntegreerd.

Het jaarlijks aantal Aids-diagnoses in Nederland lijkt zich te stabiliseren. In 1996 zijn 448 nieuwe gevallen van Aids gemeld. In de verdeling per risicogroep is een relatieve afname te zien in de groep mannen met homoseksuele contacten en een relatieve toename in de groep personen met heteroseksuele contacten. Ook vertoont het percentage vrouwen in het geheel een stijging.

Ten behoeve van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten van het Aids-fonds en het Nationaal Aids Therapie en Evaluatie Centrum/ Virologische Evaluatie Eenheid (NATEC/VEE) is in 1997 12,6 mln. beschikbaar. Ten behoeve van HIV-surveillance wordt jaarlijks f 750 000 beschikbaar gesteld. Daarnaast ontvangen de Stichting SOA-bestrijding en de SAD-Schorerstichting een rijksbijdrage voor de coördinatie en uitvoering van activiteiten gericht op de bestrijding van (de gevolgen van) HIV/Aids en SOA van totaal f 4,6 mln. De financiering van laagdrempelige faciliteiten voor diagnostiek en curatie betreft ca. f 9 mln.

Testbeleid HIV/Aids

Door de inzet van nieuwe geneesmiddelen zijn de behandel-mogelijkheden bij HIV/Aids het laatste jaar aanzienlijk verbeterd. Daardoor wordt Aids steeds meer beschouwd als een chronische ziekte. Ook komt hierdoor de balans tussen de voor- en nadelen van het testen op HIV-antistoffen er mogelijk anders uit te zien. Voor mensen die risico gelopen hebben op een infectie met HIV kan het daarom wellicht verstandig zijn om zich te laten testen.

In mei 1997 zal de Gezondheidsraad met een advies komen over het HIV-testbeleid. Centraal staat hierin de vraag of de stand van de medisch-wetenschappelijke kennis over de behandeling van Aids van dien aard is dat we van het tot nu toe gevoerde ontmoedigingsbeleid toe moeten naar een bemoedigingsbeleid. Kort na het uitbrengen van het advies zal ik mijn standpunt op het advies innemen.

4. Standpunten op Gezondheidsraadadviezen

4.1. Tuberculose

Het aantal jaarlijks gemelde tuberculosepatiënten heeft zich de laatste paar jaar rond de 1500 gestabiliseerd. Daarvan zijn ongeveer 400 patiënten besmettelijk of besmettelijk geweest («open tuberculose»).

Sedert de tweede helft van de jaren '80 zijn de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding geïntegreerd in de GGD's waarmee de gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor de uitvoering van de extramurale tuberculosebestrijding. Het Besluit collectieve preventie noemt als verantwoordelijkheden voor tuberculosebestrijding: passieve opsporing, actieve bron- en contactopsporing, begeleiding en voorlichting van patiënten en hulpverleners, begeleiding en controle van specifieke groepen en bronbehandeling.

In oktober 1996 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapport uit over de kwaliteit van de extramurale tuberculosebestrijding in Nederland. Geconcludeerd wordt dat deze over het geheel genomen in orde is. Het netwerk van consultatiebureaus is binnen de GGD's intact gebleven en de behandelingsresultaten zijn over het algemeen goed. Ook heeft de inspectie waardering voor de inzet van de medewerkers en voor de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose (KNCV).

Op een aantal aspecten geeft de inspectie aan dat verbetering nodig is. Met name de geïsoleerde positie die de tuberculosebestrijding binnen de GGD inneemt, de onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen tuberculose-arts, hoofd Algemene Gezondheidszorg en sociaal-verpleegkundige, het ontbreken van beleidsplannen en geautomatiseerde gegevensverwerking baren zorgen. De KNCV en de Landelijke Vereniging van GGD'en ontwikkelen plannen om deze punten te verbeteren.

In 1992 heeft mijn ambtsvoorganger de Gezondheidsraad om advies gevraagd over de medische en juridisch-ethische aspecten van de tuberculosebestrijding. De Gezondheidsraad heeft hierover in twee fasen gerapporteerd.

In december 1993 kwam het eerste advies uit over de medische aspecten van tuberculosebestrijding. Dit rapport handelde over resistentie tegen gangbare geneesmiddelen en over personen die gelijktijdig zijn geïnfecteerd met tuberculose en HIV. Hierop heeft mijn ambtsvoorganger een standpunt aan de Tweede Kamer gezonden.

Het tweede advies, «Dwang en drang in de tuberculosebestrijding» bestrijkt de juridisch-ethische aspecten. Dit advies werd u op 21 juni 1996 toegezonden. Op dit rapport ga ik hieronder in.

Juridisch-ethische aspecten van tuberculosebestrijding

De hoofdvraag van het advies is het vinden van een goede balans tussen enerzijds een adequate bestrijding en anderzijds het zelfbeschikingsrecht van het individu.

Het advies verstaat onder «dwang» het ontnemen van iedere optie aan een persoon, «drang» is het ontnemen van een bepaalde optie. Een voorbeeld van drang is screening als voorwaarde voor een arbeidsovereenkomst of toelating tot Nederland. Dwang vindt de Gezondheidsraad slechts verdedigbaar als er sprake is van daadwerkelijk gevaar voor overbrenging. Bij tuberculose is dit slechts het geval indien een patiënt (zeer waarschijnlijk) open tuberculose heeft. Voor drang is alleen plaats als er kans is op gevaar voor overbrenging. Voorts moet een vrijheidsbeperkende maatregel redelijk zijn (effectief, subsidiair en proportioneel)

en juridisch geoorloofd. Dat laatste houdt onder meer in dat een inbreuk op grondrechten slechts bij of krachtens wet mag plaatsvinden.

Ik kan mij vinden in deze juridisch-ethische uitgangspunten. Zij vormen goede criteria om de huidige praktijk te toetsen en sluiten goed aan bij de eerder besproken ontwerp-Infectieziektenwet. Hieronder geef ik aan op welke wijze de aanbevelingen invulling zullen krijgen.

Opsporing van tuberculose

Tuberculose kan ontdekt worden als een persoon met klachten naar de arts gaat, maar ook door het gericht opsporen van geïnfecteerden door a) bron-en contactonderzoek in de omgeving van een geïdentificeerde patiënt en door b) screening onder groepen met verhoogd risico. Hieronder volgt een toelichting op deze situaties.

– ad a) Bron-en contactonderzoek

In de omgeving van een geïdentificeerde patiënt verricht de GGD over het algemeen een onderzoek om de bronpatiënt (degene met de besmettelijke vorm van tuberculose) op te sporen en/of om na te gaan of er nog meer geïnfecteerden zijn.

Ik ben het met de Gezondheidsraad eens dat het toepassen van dwang bij bron-en contactonderzoek een ultimum remedium is: het is van belang dat de toegang tot de zorg laagdrempelig is en dat hulpverleners in staat zijn om andere instrumenten, zoals goede informatievoorziening en overreding, te gebruiken. Ook zie ik meer in het overreden tot medewerking van andere betrokkenen dan in dwang tot medewerking.

Bij een zeer ernstig vermoeden van een besmettelijke tuberculose kent de concept-Infectieziektenwet wel de mogelijkheid tot gedwongen opname ter isolatie en gedwongen onderzoek. De Gezondheidsraad stelt zich de vraag of gedwongen onderzoek, dan wel gedwongen isolatie bij deze weigerachtige vermoede bronpatiënt het meest aangewezen is. In de ontwerp-Infectieziektenwet (zie paragraaf 2.6.) is gedwongen onderzoek slechts mogelijk als ultimum remedium bij een persoon die reeds gedwongen is geïsoleerd.

– ad b) Screening

Onder «screening» wordt verstaan de situatie waarin systematisch onder bepaalde doelgroepen tuberculose-onderzoek plaatsvindt. In sommige gevallen wordt dat onderzoek verplicht gesteld, door de Gezondheidsraad een drang-situatie genoemd.

Ik ben, met de Gezondheidsraad, van mening dat bij het screenen op tuberculose de nodige zorgvuldigheid in acht genomen moet worden. Voorop staat, dat screening slechts moet plaatsvinden indien daartoe een noodzaak bestaat. Daarnaast moet het uitgangspunt gelden dat waar mogelijk de minst invasieve onderzoeksmethode wordt gebruikt. De mantoux-test heeft de voorkeur; is die niet mogelijk, dan zal een röntgenfoto gemaakt moeten worden. Voor de vaststelling van risico- en contactgroepen waarbij de noodzaak van screening bestaat en voor de adequate wijze van opsporing acht ik het rapport «Beleid ten aanzien van risicogroepen voor tuberculose in Nederland» van de KNCV richtinggevend.

De Gezondheidsraad heeft mij terecht gewezen op het feit dat de Grondwet een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer alleen toestaat bij of krachtens wet en dat het screenen op tuberculose voor een aantal doelgroepen nog niet adequaat wettelijk is geregeld. Om hierin te voorzien wordt een aantal wettelijke regelingen momenteel aangepast. Zoals is aangegeven in paragraaf 2.6. gaat mijn voorkeur uit naar het regelen in de wetgeving die gericht is op de betreffende doelgroep. De stand van zaken bij de in het advies genoemde doelgroepen is als volgt:

- Voor de zeevaart geldt dat het huidige Keuringsreglement voor de scheepvaart zal komen te vervallen. Daarin zijn bepalingen opgenomen over het tuberculoseonderzoek. Momenteel ligt een nieuwe Zeevaart-bemanningswet voor advies bij de Raad van State. Daarin is een bepaling opgenomen over de medische keuring en is aangegeven dat nadere regels worden gesteld bij of krachtens algemene maatregel van bestuur. Hierin zullen bepalingen worden opgenomen die gelijklopend zijn aan het huidige keuringsreglement.
- De Geneeskundige Hoofdinspectie heeft aan de intramurale en extramurale instellingen voor de gezondheidszorg een brief gestuurd waarin gewezen wordt op het GR-advies om niet standaard bij elke medewerker een tuberculose-test af te nemen, maar dit te beperken tot die medewerkers die grotere risico's lopen. Ook is daarin kenbaar gemaakt dat een tuberculose-test nooit voorwaarde mag zijn voor aanstelling.
- Met de Minister van Justitie ben ik in overleg over een passend juridisch kader voor de tuberculose-keuring van vreemdelingen, die momenteel is geregeld in de Vreemdelingencirculaire.
- Tuberculosescreening van gedetineerden zal een juridische basis krijgen in de Penitentiaire beginselenwet. De wet bevat een bepaling die onder bepaalde voorwaarden onderzoek aan het lichaam van de gedetineerde mogelijk maakt. Ook geneeskundige behandeling kan voor deze groep verplicht worden gesteld.
- De Minister van Defensie en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen zal ik op de hoogte stellen van het Gezondheidsraad-advies. Ik zal hen verzoeken mij op de hoogte te stellen van de huidige praktijk bij resp. defensiepersoneel en medicijnenstudenten. Ook hier zal het uitgangspunt moeten zijn dat geen screening moet worden opgelegd waar het niet nodig is, en dat een tuberculose-keuring geen voorwaarde voor aanstelling dan wel voor toelating tot de studie mag zijn.
- Aan het wettelijk regelen van een tuberculose-onderzoek voor drugsverslaafden, dak- en thuislozen en andere risicogroepen denk ik niet. Het inrichten van een laagdrempelige voorziening, het overreden van drugsgebruikers en het treffen van de nodige beschermende maatregelen voor mensen die beroepshalve met drugsverslaafden in aanraking komen zijn hier de geëigende wegen om tuberculose onder deze groep te bestrijden.

Behandeling van tuberculose

Behandeling van tuberculose vindt plaats door middel van langdurige toediening van antibiotica. Een aantal patiënten is in de beginfase van de behandeling besmettelijk en moet worden geïsoleerd (thuis of in het ziekenhuis). Gedwongen isolatie is in de praktijk gelukkig uiterst zelden noodzakelijk, maar kan nodig zijn indien een besmettelijke patiënt zich niet wil afzonderen. Vanzelfsprekend heeft adequate begeleiding van en controle op de behandeling voorkeur boven gedwongen isolatie.

Bij circa 10% van de patiënten in de grote steden wordt zogenaamde Direct ge-Observeerde Therapie toegepast (DOTS), waarbij patiënten onder toezicht medicijnen innemen. De KNCV werkt aan landelijke richtlijnen voor de toepassing van deze therapie.

In een enkel geval komt het voor dat een patiënt met open tuberculose, die een daadwerkelijk gevaar voor de omgeving is, niet bereid is tot vrijwillige isolatie. Op grond van de WBI kan een dergelijke patiënt gedwongen worden geïsoleerd. Momenteel oriënteer ik mij over de wijze waarop voorzien kan worden in een gesloten voorziening voor gedwongen opname.

Ik ben het met de Gezondheidsraad eens dat dwangbehandeling van tuberculose-patiënten niet past in ons recht en overbodig is waar isolatie het derdenbelang al afdoende beschermt. Gedwongen behandeling komt in het ontwerp-Infectieziektenwet dan ook niet voor.

Omdat deze wet de nodige rechtswaarborgende maatregelen bevat en binnenkort aan de Tweede Kamer gezonden zal worden zal ik de aanbeveling van de Gezondheidsraad voor een noodwet niet opvolgen.

Informatie rond tuberculose

De Gezondheidsraad wijdt een passage aan de melding van tuberculose aan de directeur van de GGD. Zij acht een meldingsplicht voor de laboratoria op gespannen voet staan met een meldingsplicht door de arts. In overeenstemming hiermee behoort tuberculose in de ontwerp-Infectieziektenwet tot de ziekten die door de arts (op naam) aan de directeur van de GGD gemeld moeten worden.

De Gezondheidsraad stelt enkele vragen rond de privacy-aspecten van de Landelijke Tuberculose Registratie en het gebruik van bacteriële fingerprints. Het is vanzelfsprekend van belang dat zorgvuldig omgegaan wordt met privacy-gevoelige gegevens. Ik zal dit dan ook bevorderen bij de verantwoordelijke organisaties, KNCV en RIVM.

4.2. Hepatitis B

In oktober 1996 heeft de Gezondheidsraad het rapport «Bescherming tegen hepatitis B» uitgebracht. Het betreft een herziening van een advies uit 1983. Aanleiding voor de herziening was een RIVM-rapport over de incidentie en prevalentie van het hepatitis-B-virus (1991) en het beschikbaar komen van een veilig vaccin in 1986.

De commissie evalueert enerzijds de preventie van hepatitis B volgens de risicogroepbenadering (zoals in 1983 werd geadviseerd) en anderzijds bespreekt zij het perspectief van algemene vaccinatie zoals aanbevolen door de Wereld Gezondheidsorganisatie. Zij komt tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

- De commissie ziet het in acht nemen van algemene voorzorgsmaatregelen, zoals zorgvuldigheid bij contact met bloed en bloedproducten en veilig seksueel gedrag, als de basis voor de bestrijding van hepatitis B.
- De commissie constateert dat vaccinatie van de risicogroepen zoals in 1983 is aanbevolen voor bepaalde risicogroepen goed is opgevolgd en voor andere groepen, vooral buiten de patiënten en beroepssfeer, niet of nauwelijks is uitgevoerd. Zij ziet mogelijkheden voor verbetering. Voorts omschrijft zij een aantal nieuwe risicogroepen. Van belang is dat vastgesteld wordt wie verantwoordelijk is voor de ontwikkeling en feitelijke uitvoering van het beleid en dat noodzakelijke financiële middelen ter beschikking worden gesteld. Via de risicogroepbenadering is de situatie voorlopig goed beheersbaar.
- De commissie beveelt aan om voorbereidingen te treffen voor de invoering van algemene vaccinatie. Hierbij zal het huidige beleid gericht op risicogroepen nog vele jaren door moeten gaan. Onduidelijkheid bestaat nog over de leeftijd waarop het best gevaccineerd kan worden, de mogelijkheden voor een combinatievaccin, de beschermingsduur van het vaccin en de kosteneffectiviteit.
- De commissie vindt het gewenst om de surveillance van hepatitis B te verscherpen en de methodieken en hulpmiddelen daartoe te verbeteren.

Het uitgangspunt dat algemene voorzorgsmaatregelen de basis vormen voor goede preventie, onderschrijf ik. Ik zal dan ook doorgaan met het stimuleren van maatregelen die hieraan bijdragen en die tegelijkertijd van belang zijn voor andere via bloed en seksueel overdraagbare ziekten. Ik denk daarbij aan de campagnes voor veilig vrijen en de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie.

Over het beleid ten aanzien van preventie in de arbeidssituatie heeft naar aanleiding van het Besluit biologische agentia overleg plaatsgevonden met het Ministerie van Sociale Zaken. Mijn uitgangspunt hierbij komt overeen met de aanbeveling van de Gezondheidsraad voor werkers

in penitentiaire inrichtingen en politie en brandweerpersoneel. Allereerst moeten in omstandigheden waarin bloedcontact kan plaatsvinden algemene voorzorgsmaatregelen in acht genomen worden. Daarnaast moet er een goed protocol voor prikaccidenten beschikbaar zijn, inclusief het bijhouden van een zorgvuldige registratie. Indien hieruit een duidelijk verhoogd risico blijkt is vaccinatie aan de orde.

Ik ben het eens met de Gezondheidsraad dat de vaccinatie van risicogroepen verbeterd kan worden. Ik zal het advies ten aanzien van de vaccinatie van mensen met een verstandelijke handicap in algemene zwakzinnigeninrichtingen en voor medisch en paramedisch personeel in instellingen voor gezondheidszorg onder de aandacht van de betreffende instellingen brengen. In maart 1996 heb ik reeds toegezegd de vaccinatie van druggebruikers te zullen bevorderen. Het Trimbosinstituut is inmiddels op mijn verzoek begonnen met het ontwikkelen van een implementatieplan om op korte termijn een dergelijk vaccinatieprogramma te realiseren.

Om te komen tot verbetering van de vaccinatie van pasgeborenen van HBsAg positieve moeders zal de Ziekenfondsraad bezien of combinatie van de verschillende pre-, peri- en postnatale screeningsprogramma's kan leiden tot verhoging van de doelmatigheid. Hiertoe is een Coördinatiecommissie pre- en postnatale screening ingesteld. Ik wacht met belangstelling de adviezen van de Coördinatiecommissie af, op basis waarvan nadere besluitvorming zal plaatsvinden.

Ik zal bevorderen dat er een regeling tot stand komt die het mogelijk maakt dat kinderen tot 7 jaar in asielzoekerscentra gevaccineerd worden. Hetzelfde geldt voor gezinsleden van HBV-dragers.

Alvorens een besluit te kunnen nemen over het invoeren van algemene vaccinatie is mijns inziens meer kennis nodig over de leeftijd waarop vaccinatie plaats zou moeten vinden, de mogelijkheden voor een combinatievaccin, inpassing in het Rijksvaccinatieprogramma, de beschermingsduur en de kosteneffectiviteit. Waar noodzakelijk zal ik hiertoe onderzoek in gang zetten. Ook het effect van bovengenoemde maatregelen op de versterking van de risicogroepbenadering zal ik in de besluitvorming betrekken.

Ook steun ik het belang van verbetering van de surveillance van hepatitis B. Bij het RIVM zal vanaf 1997 de surveillance van hepatitis B geïntensiveerd worden. Hierbij zal de aandacht vooral uitgaan naar de wijze waarop het virus zich door middel van heteroseksuele contacten in de bevolking verspreidt. De resultaten van dit onderzoek zijn mede-bepalend voor het vaccinatiebeleid in de toekomst.

4.3. Difterie

In 1993 heeft mijn ambtsvoorganger de Gezondheidsraad gevraagd inzicht te verschaffen in de risico's van introductie van difterie in Nederland en in de wenselijkheden en mogelijkheden van maatregelen ter zake. Aanleiding voor deze vraag was enerzijds een verhoogde incidentie van difterie in Rusland en de Oekraïne en anderzijds de zorg over de vaccinatietoestand en beschermingsgraad binnen de Nederlandse bevolking zoals verwoord in een tweetal rapporten van het RIVM.

Volgens de Gezondheidsraad is er sprake van verhoogde kans op introductie van toxigene difteriestammen uit Oost-Europa. De sporadische importgevallen van klinisch manifeste difterie hebben echter vrijwel nooit geleid tot secundaire gevallen, terwijl epidemische verspreiding (zelfs op kleine schaal) nog zeldzamer is. Op epidemiologische gronden mag men er van uitgaan dat er bij eventuele introductie genoeg tijd zal zijn voor afdoende preventieve maatregelen. Bij jongeren is de vaccinatiegraad in Nederland bevredigend; er zijn echter uitzonderingen in gebieden met

veel principiële weigeraars. De immuniteit tegen difterie onder de oudere bevolking is onvoldoende, maar algemene (re)vaccinatie van ouderen is nog niet aangewezen. De Commissie pleit voor een gerichte benadering van risicopersonen. Zij doet wel aanbevelingen voor surveillance (kweken van keeluitstrijken bij zieken, risicogroepen, allochtone inreizenden), voor haalbaarheidsstudies naar verhoging van de vaccinatiegraad van ouderen, voor verbetering van klinische en microbiologische ervaring (samenwerking streeklaboratoria en RIVM), en voor een landelijke registratie en voorraadvorming.

Naar mijn mening is in Nederland adequaat gereageerd op de potentiële bedreiging van difterie. Sinds het uitbrengen van de adviesaanvraag is reeds een aantal maatregelen genomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een draaiboek difterie opgesteld dat nauwkeurig beschrijft welke maatregelen nodig zijn indien in Nederland een geval van difterie wordt geconstateerd. Het RIVM heeft de diagnostische mogelijkheden uitgebreid. Tenslotte is inmiddels de LCI tot stand gekomen. Door dit alles kan nu bij het vermoeden van difterie adequaat gehandeld worden. Vermoede gevallen van difterie in Nederland hebben uitgewezen dat dit ook in de praktijk het geval is.

Gezien de inmiddels sterk verbeterde situatie in Rusland en de Oekraïne bestaat momenteel veel minder gevaar voor import van de ziekte dan enkele jaren geleden. Het lijkt mij daarom niet meer noodzakelijk een specifiek surveillance-programma uit te voeren bij zieken, risicogroepen en allochtone inreizenden. Het recente verleden heeft bewezen dat onze huidige surveillance goed functioneert.

Wat betreft de opmerkingen van de commissie ten aanzien van de (re)vaccinatie van risicogroepen en de periode waarna revaccinatie nodig is zal ik de Inspectie en de LCI vragen om deze te verwerken in de richtlijnen terzake. Voor het zoeken naar oplossingen samen met de groeperingen van personen met principiële bezwaren tegen vaccinatie worden reeds maatregelen genomen in het kader van de bestrijding van polio. Hierbij kan worden aangesloten.

Wat betreft haalbaarheidsstudies naar verhoging van de vaccinatiegraad van ouderen, zal ik vaccinatie tegen difterie betrekken bij een algemene discussie over vaccinatie-strategieën bij ouderen.

In overleg met SVM zal ik nagaan hoe een goede landelijke registratie en voorraadvorming tot stand kan komen van middelen die ingezet dienen te worden voor surveillance, profylaxe en behandeling.

4.4. Prionziekten

In 1996 heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, na overleg met de Minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de gezondheidsrisico's voor de mens van prionziekten bij dieren. Op 12 december 1996 heb ik het rapport van de Gezondheidsraad aangeboden aan de voorzitter van de Eerste en Tweede Kamer.

Aanleiding voor de adviesaanvraag vormde het ontstaan van een epidemie van een nieuwe prionziekte bij runderen, de zogeheten bovine spongiforme encefalopathie (BSE, «gekke-koeienziekte») in het Verenigd Koninkrijk (VK) en de ontdekking van een nieuwe variant van de ziekte van Creutzfeld-Jacob (CJ) bij de mens. De al eerder geuite bezorgdheid over mogelijke overdracht van BSE naar de mens werd hierdoor in maart 1996 aangewakkerd.

In Europa zijn inmiddels 17 afwijkende gevallen van CJ geconstateerd, waarvan 16 in Engeland en 1 in Frankrijk. In Nederland zijn in 1996 12 CJ-patiënten geregistreerd. Deze incidentie is stabiel over de jaren en bij geen van de patiënten gaat het om de met BSE in verband gebrachte

variant van het CJ. Tot op heden is in Nederland één geval van BSE bij rundvee geconstateerd.

Ik heb met waardering kennis genomen van het rapport, waarin alle belangrijke aspecten van de mogelijke gezondheidsrisico's voor de mens aan de orde worden gesteld. Ook ben ik de Gezondheidsraad erkentelijk voor de korte termijn waarop zij het advies heeft uitgebracht.

BSE en gezondheidsrisico's voor de mens

De Gezondheidsraad concludeert dat er serieus rekening gehouden moet worden met de mogelijkheid dat BSE overdraagbaar is van rund, en wellicht ook van schaap en geit, op de mens. Een sluitend bewijs voor een relatie tussen BSE en de nieuwe CJ-variant is er echter nog niet. De BSE-epidemie is daar nog te jong voor, gezien de lange incubatietijd van CJ.

Er is nog steeds niet vastgesteld of BSE bij runderen, schapen en geiten op de mens kan worden overgedragen. Kwantitatieve schattingen van het risico van overdracht kunnen dan ook niet worden gegeven. Bij mogelijke overdraagbaarheid van BSE op de mens, zullen met name de transmissieroute (via voedsel of medisch ingrijpen) en de dosis-respons-relatie (hoeveelheid prion-agens in het voedingsmiddel) het risico op overdracht bepalen.

Voor wat betreft de verschillende mogelijke besmettingsroutes voor de mens geeft de Gezondheidsraad het volgende aan:

– Voedingsmiddelen

De kans op besmetting via melk, vlees en vleesproducten afkomstig van herkauwers uit Nederland was en is volgens de Gezondheidsraad verwaarloosbaar. Melk en melkproducten, zelfs die afkomstig zijn uit gebieden met een aanzienlijke BSE-incidentie, zijn veilig als melk van zieke dieren wordt uitgesloten van menselijke consumptie. Vlees uit dergelijke gebieden is veilig mits strenge controle is uitgeoefend op het verwijderen van hersenen, ruggenmerg, milt, tonsillen, thymus en darmen van runderen ouder dan 6 maanden. In het productieproces van gelatine is contaminatie niet uit te sluiten. Daarom adviseert de Gezondheidsraad dat gelatine het beste uit een BSE-vrij gebied kan worden betrokken.

– Geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en cosmetica

De Gezondheidsraad meent dat bij een adequate toepassing van Europese CPMP-richtlijnen het potentiële risico van BSE-besmetting via geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en cosmetica tot een aanvaardbaar minimum wordt teruggebracht.

– Medisch ingrijpen

Iatrogene overdracht is wereldwijd in ca. 90 gevallen beschreven, waarvan 60 na behandeling met humaan groeihormoon en 20 na dura matertransplantatie. Sinds 1995 wordt alleen nog synthetisch groeihormoon gebruikt. Daarnaast zijn in juni 1996 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg nieuwe richtlijnen uitgevaardigd met betrekking tot reiniging, desinfectie en sterilisatie.

– Beroepsrisico

Uit recente Europese surveillancegegevens komen geen relaties naar voren met beroepsmatige expositie aan vee. Ook lijken mensen werkzaam in de medische sector geen verhoogd risico te lopen.

Maatregelen om BSE in Nederland terug te dringen

De Gezondheidsraad is van oordeel dat de tot nu toe genomen maatregelen bij mens en dier in het algemeen gepast zijn geweest. Drie maatregelen zijn van cruciaal belang geweest om BSE in het VK terug te dringen en om hoge incidenties in andere Europese landen te voorkomen: het verbod op het voeren aan herkauwers van diervoer afkomstig van herkauwers, het verbeteren van (het toezicht op) de procedures voor destructie van slachtafval en kadavers en het beperken van de export van levend rundvee uit het VK. De Gezondheidsraad is van mening dat deze maatregelen dan ook gehandhaafd moeten worden. Toezicht op de ingestelde maatregelen blijft van groot belang.

Ook in de toekomst zal ik blijven streven naar een hoog beschermingsniveau van de bevolking en daarom de grootst mogelijke aandacht besteden aan het voorkomen van enige blootstelling van de Nederlandse consument aan het BSE-agens, via het kanaal van de levensmiddelen of anderszins.

In het kader van beleid om humane expositie aan BSE-geïnfecteerd materiaal zoveel mogelijk te voorkomen, zal Nederland zich ook blijven inspannen voor passende maatregelen op veterinair gebied. Gezien het ontbreken van informatie over de incidentie van BSE bij schapen en geiten, dienen maatregelen in overweging te worden genomen ten aanzien van de import van schapen en geiten en daarvan afgeleide producten uit het VK. Deze overweging geldt ook voor de import van risico-organen van herkauwers uit laag-risico landen. Hiervoor vormen wetenschappelijke adviezen het uitgangspunt.

Om te komen tot effectieve maatregelen t.a.v. het handelsverkeer dienen ze in Europees verband genomen te worden. De regering zal zich inspannen om dergelijke maatregelen in Europees verband te realiseren.

Mogelijkheden voor aanvullend onderzoek

– Surveillance

Ik ben het met de Gezondheidsraad eens dat surveillance van CJ de basis vormt voor het treffen van gerichte preventieve maatregelen en dat de overheid een belangrijke taak heeft om de kwaliteit en continuïteit van de surveillance van CJ in Nederland te waarborgen. Bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid is reeds een commissie ingesteld die toeziet op surveillance van humane prionziekten.

Surveillance vindt plaats op Europees niveau binnen het BioMed-programma, waarin het Instituut voor Epidemiologie en Biostatistiek van de Erasmusuniversiteit een coördinerende rol speelt. De Gezondheidsraad constateert dat deze surveillance goed verloopt en vrijwel alle patiënten met CJ «vangt». Het huidige surveillanceprogramma dient dan ook te worden gehandhaafd. De surveillance van CJ zal niet worden vervangen door een aangifteplicht.

Door de EU is geld beschikbaar gesteld om surveillance in de afzonderlijke landen op Europees niveau te coördineren. Daarnaast heeft de EU toegezegd half 1997 extra financiële middelen middels BioMed II vrij te maken voor Europese surveillance.

Ik zal in overleg met de verschillende participanten nagaan in hoeverre aanvullende financiële steun door het ministerie bovenop de EU-bijdrage nodig is. Hierbij zal ik, indien nodig, alleen bijdragen aan basale surveillance en humane pathologisch-anatomische diagnostiek.

– Ante-mortale en post-mortale diagnostiek

Een goede ante-mortale en post-mortale (pathologisch-anatomische) diagnostiek is voor surveillance een vereiste. Gezien het zeldzame

voorkomen van CJ is centralisatie van de pathologisch-anatomische diagnostiek gewenst in verband met specialistische expertise. Centralisatie biedt ook de mogelijkheid om voldoende aandacht en geld te investeren in het nakomen van veiligheidsmaatregelen conform het «Besluit biologische agentia». In het «Besluit biologische agentia» zijn minimumvoorschriften opgenomen ter bescherming van werknemers. Onduidelijk is echter wel in hoeverre in Nederlandse ziekenhuizen aan de voorschriften wordt voldaan. Ik zal in overleg met de Inspectie nagaan hoe het toezicht op het naleven van deze maatregelen kan worden verscherpt.

In het AMC wordt reeds gewerkt aan de validatie van een liquortest die premortale diagnostiek van CJ mogelijk maakt. Daarnaast is typeren van prionziekte-agentia middels sequentieanalyse van groot belang om beter inzicht te krijgen in besmettingsroutes en mogelijke interspecies-transmissie. Op het moment vind sequentieanalyse van centraal verzameld DNA plaats in Engeland. Ik zal in overleg treden met het AMC om na te gaan in hoeverre het noodzakelijk en haalbaar is dergelijke typering in Nederland te laten verrichten.

Pathologisch-anatomische diagnostiek wordt reeds centraal verricht in het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Aangezien diagnostiek van prionziekten in Nederland op dit moment niet onder de condities van het Besluit biologische agentia kan plaatsvinden, zal ik in overleg met het AZU nagaan of, en in hoeverre, aanpassingen van de huidige faciliteiten noodzakelijk zijn. Gezien het kleine aantal patiënten en de het feit dat nog onbekend is wat de gezondheidsrisico's zijn bij onderzoek van besmet materiaal, zal zoveel mogelijk worden gezocht naar oplossingen binnen de huidige faciliteiten.

– Transmissie middels bloed of bloedproducten

Of er sprake is van een verhoogd risico van CJ ten gevolge van bloedtransfusie of gebruik van bloedproducten, is nog onderwerp van studie. In 1995 zijn specifieke groepen donoren zoals CJ-patiënten en hun familieleden uitgesloten van het geven van bloed. Hoewel de kans zeer klein is dat CJ via bloedtransfusie kan worden overgedragen, heeft deze maatregel de kans nog verder verkleind.

Onderzoek naar transmissierisico en de prionverwijderende capaciteit van huidige productiemethoden van bloedproducten, wordt reeds verricht door het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Rode Kruis (CLB) en Instituut voor Dierhouderij en Diergezondheid (ID-DLO) in Lelystad. Tevens wordt er samengewerkt met het Rode Kruis in de Verenigde Staten.

– Overig onderzoek

Op dit moment ontbreekt elke mogelijkheid tot behandeling van CJ-patiënten. Surveillance, determinantenonderzoek en inzicht in de pathogenese van CJ kunnen in de toekomst noodzakelijk inzicht bieden voor de ontwikkeling van therapeutica.

Voor onderzoek in Nederland wordt er samengewerkt tussen het AMC, de afdeling neurologie van het Dijkzigtziekenhuis, de afdeling Pathologie van het AZU en het RIVM. Binnen de EU zijn reeds verschillende mogelijkheden geschapen voor nader wetenschappelijk (determinanten)onderzoek om de door de Gezondheidsraad gesignaleerde kennislacunes te dichten.

5. Internationale ontwikkelingen

Infectieziekten houden geen rekening met grenzen. Door het toegenomen internationale transport van mensen en goederen kan overdracht zeer snel plaatsvinden. Daarom is internationale samenwerking bij de

bestrijding van infectieziekten van groot belang, zowel binnen de EU als wereldwijd.

Binnen de EU is infectieziektenbestrijding een prioriteit op grond van artikel 129 van het verdrag van Maastricht. Dit heeft reeds geleid tot samenwerking op een aantal terreinen zoals de opleiding van jonge professionals binnen het «European Programme for Intervention Epidemiology Training» en het uitgeven van een Europees bulletin. Beide zijn onderdeel van het EU-programma «Aids en andere besmettelijke ziekten». Binnen dit programma vindt de financiering van projecten voor preventie en surveillance plaats. Verder is de oprichting van een netwerk voor de surveillance en bestrijding van besmettelijke ziekten in de Europese Gemeenschap in voorbereiding. Dit netwerk heeft tot doel om informatie uit te wisselen tussen de lidstaten over het vóórkomen van besmettelijke ziekten en de maatregelen die daartegen genomen worden. Ik streef er naar om tijdens het Nederlands voorzitterschap overeenstemming te bereiken over het tot stand komen van dit netwerk.

Als onderdeel van de Nieuwe Transatlantische Agenda is een EU-VS Task Force voor besmettelijke ziekten opgericht. Deze is belast met het ontwikkelen en implementeren van een wereldwijd doeltreffend systeem voor de vroegtijdige signalering en bestrijding van besmettelijke ziekten. Gekozen is voor een pragmatische aanpak waarbij zal worden voortgebouwd op bestaande structuren en programma's. De Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) speelt hierbij een belangrijke rol.

6. Conclusie

Er heeft zich de afgelopen jaren een groot aantal veranderingen voorgedaan in de organisatie van de infectieziektenbestrijding. Door de inzet van alle betrokkenen in de afgelopen jaren kan nu gesproken worden van een samenhangende infrastructuur voor de infectieziektenbestrijding, zonder hiaten. Op een aantal punten kan nog versterking worden aangebracht. In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de punten waarop ik nader actie zal ondernemen.

financiële consequenties

Wettelijk kader

- Vervangen WBI door Infectieziektenwet

nihil

Preventie

- Besluitvorming over generale HCV lookback na ontvangst advies Gezondheidsraad.

nader te bepalen

Diagnostiek

- Vorming netwerk diagnostische expertise
- Versterking medisch microbiologische expertise op lokaal/regionaal niveau

nihil
naar verwachting nihil**Surveillance**

- Optimaliseren surveillance van infectieziekten in overleg met IGZ en RIVM

reguliere capaciteit RIVM

Outbreakmanagement

- Evaluatie LCI, gevolgd door besluitvorming over voortzetting

Expertise

- In overleg met wetenschappelijke verenigingen mogelijkheden voor verbetering expertise nagaan

naar verwachting nihil

Resistentie-problematiek

- Stimuleren optimalisatie antibiotica-beleid
- Adviesaanvraag Gezondheidsraad over effecten gebruik antibioticum als groeibevorderaar in veevoer

287 000 voor 2 jaar

Ziekenhuisinfecties

- Ziekenhuizen wijzen op verantwoordelijkheden in infectieziekten-bestrijding en -preventie
- Stimuleren registratie van ziekenhuisinfecties
- Stimuleren voortzetting programma ziekenhuisinfecties bij ZON
- College van Ziekenhuisvoorzieningen verzoeken bevindingen IGZ te betrekken bij actualisatie bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven voor intensive-care afdelingen

verdisconteerd in tarieven
350 000 per jaar
ZON, nader te bepalen

(thans nog niet ramen)**Influenza**

- Ontwikkelen draaiboek influenzapandemie

nihil

Polio

- In gang zetten proefonderzoek naar herhalingsoproep voor 16-jarigen
- Besluit over medisch consult 16-jarigen betrekken bij standpunt op het rapport kwaliteit Jeugdgezondheidszorg

0,5 mln uit AWBZ
nader te bepalen**Lyme-ziekte**

- Voorlichting aan beroepsgroepen en publiek tot stand brengen

20 000

Testbeleid HIV/Aids

- Besluitvorming over testbeleid HIV/Aids na ontvangst advies Gezondheidsraad

alsdan te bepalen

Tuberculose

- Creëren van wettelijke basis voor screening van doelgroepen
- Besluitvorming over creëren gesloten voorziening voor gedwongen isolatie

nihil
nader te bepalen

Hepatitis B

- Verbeteren hepatitis B-vaccinatie van risicogroepen door dit onder de aandacht brengen van betreffende instellingen
- Realiseren vaccinatieprogramma druggebruikers
- Bevorderen tot stand komen regeling vaccinatie kinderen tot 7 jaar in asielzoekerscentra en gezinsleden van HBV-dragers
- Besluitvorming over verbeteren vaccinatie van pasgeborenen van HBSag-positieve moeders op basis van adviezen van de Ziekenfondsraad
- Nader onderzoek in gang zetten voor besluitvorming over invoering van algemene vaccinatie tegen hepatitis B

Difterie

- LCI vragen richtlijnen difterie aan te passen
- Vaccinatie van ouderen betrekken bij algemene discussie over vaccinatie-strategieën bij ouderen
- In overleg met SVM nagaan hoe landelijke registratie en voorraadvorming tot stand kan komen van middelen voor surveillance, profylaxe en behandeling

nihil

voorlopig nihil

Prionziekten

- Verbeteren kennisinfrastructuur en waarborgen surveillance

Internationale ontwikkelingen

- Tijdens Nederlands voorzitterschap overeenstemming bereiken over vorming EU-netwerk voor surveillance en bestrijding van besmettelijke ziekten

nihil

Bijlage 2**Lijst van gebruikte afkortingen**

AIDS	Acquired Immuno Defeciency Syndrome
AMC	Academisch Medisch Centrum
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZU	Academisch Ziekenhuis Utrecht
BAO	Bestuurlijk Afstemmings Overleg
BMR	Bof, Mazelen en Rubella
BSE	Bovine Spongiforme Encefalopathie
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing
CJ	Creutzfeld-Jacob
CLB	Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Rode Kruis
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CPMP	Comittee for Proprietary Medicinal Product
DKTP	Difterie, Kinkhoest, Tetanus en Polio
DOTS	Direct Observed Therapy
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HbsAg	Hepatitis B-surface Antigenen
HBV	Hepatitis B-virus
HCV	Hepatitis C-virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ID-DLO	Instituut voor Dierhouderij en Diergezondheid
IGB	Inspectie Gezondheids Bescherming
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektenbestrijding
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LOI	Landelijk Overleg Infectieziekten
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD'en
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NSPH	Netherlands School of Public Health
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijks Vaccinatie Programma
SGO	Stimuleringsprogramma Gezondheids Onderzoek
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SWAB	Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid
VI	Veterinaire Inspectie
VK	Verenigd Koninkrijk
VTV	Volksgesondheids Toekomst Verkenningen
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
WBI	Wet Bestrijding Infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken
WBO	Wet op het Bevolkingsonderzoek
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
ZON	Zorg Onderzoek Nederland

Overzicht van recent aan de Tweede Kamer gezonden stukken over infectieziektenbestrijding

Wettelijk kader

- Wijziging besluit collectieve preventie volksgezondheid, Staatsblad 1996 35, 23 januari 1996
- Wijziging artikelen 1 en 3 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, 24 mei 1996 (TK, 1995–1996, 24 748, nrs. 1–2)

Outbreakmanagement

- Brief over taken en verantwoordelijkheden landelijk coördinatiepunt infectieziektenbestrijding, 21 september 1993 (TK 1993–1994, 23 400 XVI, nr. 6)
- Nadere informatie landelijk coördinatiepunt infectieziektenbestrijding, 24 februari 1994 (TK, 1993–1994, 23 400 XVI, nr. 83)
- Nadere toelichting over de toedeling van de verantwoordelijkheden in het kader van het landelijk coördinatiepunt infectieziektenbestrijding, 24 oktober 1994 (TK, 1994–1995, 22 894 nr. 8)

Influenza

- Beleid griepvaccinatie, 10 oktober 1996 (TK, 1996–1997, 22 894, nr. 11)

Polio

- Standpunt op evaluatierapport «Bestrijding polio-epidemie 1992–1993», 28 mei 1993 (TK, 1992–1993, 22 954, nr. 3)
- Kabinetsstandpunt op advies Nationale Raad voor de Volksgezondheid «Vaste Prik» over het beleid inzake poliovaccinatie, 2 december 1993 (TK, 1993–1994, 22 894, nr. 4)
- Standpunt op rapport Gezondheidsraad over de «Preventie en bestrijding van poliomyelitis», 28 augustus 1996 (TK, 1995–1996, 22 954, nr. 4)

Aids

- Voortgangsnotitie Aidsbeleid d.d. 28 januari 1992 (TK, 1991–1992, 19 218, nr. 48)
- Standpunt met betrekking tot het eindrapport van de Nationale Commissie Aidsbestrijding d.d. 8 december 1995 (TK, 1995–1996, 19 218, nr. 57)

Tuberculose

- Standpunt op het advies/commentaar van de Gezondheidsraad op twee rapporten van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose, 26 mei 1994 (TK, 1993–1994, 23 400 XVI, nr. 93)