

Vergaderjaar 2011–2012

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 310

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 april 2012

Op verzoek van uw Kamer informeer ik u over de stand van zaken van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).

1. Inleiding

In Nederland bestaat sinds 1957 het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Sinds de start is het vaccinatieprogramma tegen aanvankelijk vijf ziekten, te weten pokken, difterie, tetanus, kinkhoest en polio, uitgebreid tot een programma dat gericht is op de preventie van twaalf ziekten (zie bijlage 1)¹. Het RVP heeft tot doel de bevolking te beschermen tegen verschillende ernstige infectieziekten bij een zo laag mogelijke belasting en met minimale risico's. Een belangrijk aspect hiervan is dat met de meeste vaccinaties binnen het RVP geprobeerd wordt om bescherming te bieden aan de gevaccineerde, maar ook de verspreiding van ziekteverwekkers te stoppen en epidemieën te voorkomen. Dit laatste kan door zogenaamde groepsimmunitet worden bereikt. Er is dan een zodanige beschermingsgraad in de bevolking dat de ziekteverwekker onvoldoende vatbaren vindt om zich te verspreiden en incidentele vatbare personen door immune personen afgeschermd zijn. Dit betekent dat ook mensen die niet gevaccineerd willen of kunnen worden, indirect beschermd zijn. Van bof, mazelen en rodehond is bijvoorbeeld bekend dat bij een vaccinatiegraad van ongeveer 95 procent de ziekte zich niet meer kan verspreiden. Daarom is het voor de meeste vaccinaties uit het RVP zo belangrijk om, met respect voor de vrijwilligheid van deelname aan het vaccinatieprogramma, een hoge vaccinatiegraad te bereiken.

De deelname aan het RVP is vrijwillig en hoog en het programma is effectief gebleken in het voorkomen van infectieziekten. Er zijn verschillende redenen waarom het RVP in zijn huidige vorm succesvol is. Daar sta ik in deze brief bij stil en ik geef aan welke activiteiten ondernomen worden om het succes te behouden.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Vervolgens schets ik enkele ontwikkelingen en uitdagingen voor de toekomst en geef ik aan hoe ik daarmee om wil gaan.

2. Waarom is het RVP succesvol?

Voor de invoering van het RVP en de later afzonderlijk ingevoerde vaccinaties, kwamen ziekten waartegen de vaccinaties beschermen veelvuldig voor. Na invoering daalde het aantal zieken en sterfgevallen drastisch (zie bijlage 2)¹. We slaagden er in Nederland in om epidemieën van infectieziekten uit het RVP, die vroeger regelmatig en op grote schaal voorkwamen, te voorkomen. De vaccinatiegraad in Nederland, voor zowel zuigelingen, kleuters als schoolkinderen, is al jaren onverminderd hoog (zie bijlage 3 voor een overzicht)¹. Het RVP werkt dus goed. Dit succes is afhankelijk van diverse factoren. Vanzelfsprekend is een eerste voorwaarde dat de gebruikte vaccins veilig en effectief zijn en dus weinig bijwerkingen geven en goed beschermen tegen de doelziekte. Een andere belangrijke voorwaarde is dat ouders voldoende vertrouwen hebben in het programma en bereid zijn om hun kinderen te laten vaccineren. In de eerste decennia van het bestaan van het RVP kwamen ziekten waartegen de vaccinaties beschermen nog veelvuldig voor. Ouders zagen in hun omgeving dat gevaccineerde kinderen een veel minder grote kans hadden om te overlijden aan soms zeer ernstig verlopende kinderziekten dan hun ongevaccineerde leeftijdsgenoten of kinderen van eerdere generaties. Het werd daarom voor veel ouders een goede gewoonte om hun kinderen in de eerste levensjaren te laten vaccineren. Deze vanzelfsprekendheid bestaat nog altijd en is een belangrijke pijler onder het succes van het programma. De lagere opkomst voor de vaccinatie tegen Humaan Papilloma Virussen (HPV) heeft echter laten zien dat de bereidheid van ouders om hun kinderen te laten vaccineren nooit als een gegeven beschouwd mag worden.

Ook de manier waarop het programma georganiseerd is draagt bij aan het succes. Het programma wordt sterk centraal georganiseerd en aangestuurd (RIVM), maar is tegelijkertijd ook goed lokaal verankerd. Juist deze combinatie biedt voordelen. In de volgende paragraaf beschrijf ik de verschillende taken en verantwoordelijkheden voor het RVP en geef daarbij aan wat de voordelen zijn van deze manier van organiseren.

3. De organisatie van het RVP

3.1. Aanschaf en distributie van vaccins

Het RIVM is verantwoordelijk voor de aanschaf en distributie van vaccins. Doordat in één keer voor de gehele doelgroep vaccin aangekocht kan worden en doordat men hiermee veel ervaring heeft, kunnen contracten gesloten worden voor een relatief lage prijs en tegen gunstige voorwaarden. Ook is het door deze manier van werken mogelijk om snel vaccins terug te halen en te vervangen door alternatieve vaccins, wanneer er (mogelijk) iets aan de hand is met een vaccin(batch) van een bepaalde fabrikant.

3.2. Oproep en registratie

Het RIVM verzorgt de oproep en houdt landelijk in één centraal systeem bij wat de vaccinatiestatus is van ieder kind. Dit garandeert een sluitend systeem van oproep en registratie. Kinderen kunnen daarmee niet of nauwelijks uit beeld raken, ook niet wanneer zij bijvoorbeeld verhuizen binnen Nederland. Wanneer een kind niet volledig gevaccineerd is wordt zondig een herhalingsoproep verstuurd. Ook wordt een automatische melding afgegeven wanneer bijvoorbeeld niet de juiste intervallen tussen

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

opeenvolgende vaccinaties zijn aangehouden. Dit alles versterkt de kwaliteit van de programma-uitvoering. Tot slot kunnen met de centrale database ook eenvoudig rapportages worden gemaakt over de vaccinatiegraad in Nederland en kan voldaan worden aan de internationale rapportageplicht.

3.3. Uitvoering

De vaccinaties zijn een vast onderdeel van de jeugdgezondheidszorg. Hiervoor worden alle ouders in Nederland uitgenodigd. Thuiszorgorganisaties en GGD'en voeren zowel het RVP als de jeugdgezondheidszorg (JGZ) uit. Deze uitvoeringsorganisaties zijn lokaal sterk verankerd en voor de burger herkenbaar en dicht bij huis. Ouders kunnen dus voor het volgen van de groei en ontwikkeling van hun kind en advies hierover, alsook voor het halen van de vaccinaties, terecht bij één jeugdgezondheidsorganisatie. Vaak ook nog tijdens hetzelfde consult. Door deze manier van werken is de drempel voor ouders om hun kinderen te laten vaccineren zo laag mogelijk.

3.4. Ondersteuning en deskundigheidsbevordering van professionals

Het RIVM ondersteunt de uitvoerders van het RVP via de verschillende regiokantoren, zowel logistiek als inhoudelijk. Medische adviseurs van het RIVM geven bijvoorbeeld advies over individuele kinderen en verzorgen trainingen voor professionals. Verder worden richtlijnen voor de uitvoering up to date gehouden en wordt geregeld actuele informatie verspreid aan de professionals via het elektronische bulletin RVP-Nieuws. Voor professionals is de website www.rivm.nl/rvp ingericht. Hierop zijn informatie en alle documenten terug te vinden die voor de uitvoering van het RVP van belang zijn

3.5. Communicatie met het publiek

De ziekten waartegen het RVP beschermt zijn tegenwoordig nauwelijks meer zichtbaar. Hierdoor zijn de verworvenheden van het RVP minder in beeld. Er zijn dan ook meer dan vroeger kritische geluiden over het nut van vaccinatie en het gevaar van bijwerkingen. Goede voorlichting is daarom essentieel. Sinds 2003 heeft het RIVM veel nieuwe activiteiten ondernomen om de voorlichting te versterken. Voor het algemeen publiek is er onder andere een website met achtergrondinformatie en filmpjes over het programma www.rivm.nl/rijksvaccinatieprogramma. Ouders ontvangen na geboorte van het kind een oproepset met uitnodigingsbrief en informatiebrochure. Verder is er een reeks folders over de verschillende vaccinaties beschikbaar in meerdere talen. Het RIVM monitort daarnaast dagelijks de berichtgeving over vaccinaties in de (sociale) media en plaatst daar zondig een reactie of verwijst naar de RVP-website voor juiste informatie. Interactieve communicatie wordt steeds belangrijker. Via sociale media als Facebook en Twitter onderhoudt het RIVM ook direct contact met betrokkenen. Momenteel wordt ook onderzoek opgezet naar de vaccinatiebereidheid van ouders. Dit levert belangrijke informatie op voor de communicatiestrategie, natuurlijk steeds met respect voor de eigen keuzevrijheid.

3.6. Monitoring van de effectiviteit van het programma

Het RIVM volgt de effectiviteit van het RVP nauwgezet. Dit is cruciaal om de ontwikkelingen die relevant zijn voor het vaccinatiebeleid snel te kunnen signaleren. Deze signalen vormen ook belangrijke bron van informatie voor de Gezondheidsraad, die mij adviseert over gewenste aanpassingen in het vaccinatieprogramma. Het RIVM heeft hiertoe

verschillende monitoringsystemen ingericht. Zo wordt bijvoorbeeld gevolgd hoe het staat met de vaccinatiegraad. En er wordt bijgehouden in hoeverre de ziektes, waartegen de vaccinatie moet beschermen, (nog) vóórkomen. Verder wordt gekeken of ziekteverwekkers veranderen (kiemsurveillance) en of het gebruikte vaccin hierop aansluit. En er wordt geïnventariseerd hoe het staat met de immuniteit van de bevolking tegen de verschillende ziektes (immunosurveillance), zowel voor de korte termijn als over jaren.

3.7. Veiligheidsbewaking

Tot 2011 was het RIVM ook verantwoordelijk voor de registratie en causaliteitsbeoordeling van gemelde mogelijke bijwerkingen na vaccinatie. Per 1 januari 2011 is deze taak overgedragen aan het Nederlands Bijwerkingencentrum Lareb, dat ook de geneesmiddelen bewaking uitvoert.

Wanneer het programma gewijzigd wordt (algemene hepatitis B-vaccinatie in 2011) of nieuwe vaccins geïntroduceerd worden (HPV in 2009 en 10-valent pneumokokkenvaccin in 2011) doet het RIVM, naast de reguliere registratie door Lareb, ook actief cohortonderzoek. Daarbij wordt aan een onderzoeksgroep gevraagd alle klachten in de week vóór en na vaccinatie te noteren («dagboekje»). Hiermee wordt het achtergrondniveau van klachten, die mogelijk met vaccinatie geassocieerd zouden kunnen worden, vastgelegd en verschuivingen in de bekende klachtenpatronen vastgesteld. Zo vond in 2009 en volgende jaren registratie van bijwerkingen na HPV-vaccinatie plaats en ook actieve monitoring van mogelijke klachten rond de vaccinatie. Zowel in 2009 als in 2010 zijn geen ernstige bijwerkingen naar voren gekomen die door dit vaccin veroorzaakt zijn.

Lareb voerde eind 2011, begin 2012 actief campagne, o.a. met reclamespotjes op de radio. Deze waren bedoeld om het publiek erop te wijzen dat zij zelf via internet bijwerkingen van geneesmiddelen, en dus ook van vaccinatie, bij Lareb kunnen melden.

4. Relevante ontwikkelingen

Aan het begin van deze brief heb ik gewezen op de effectiviteit en het succes van het huidige vaccinatieprogramma. Dit is een groot goed dat gekoesterd moet worden. Daarom houdt het RIVM scherp in de gaten hoe het staat met de effectiviteit van de RVP-vaccins, zoals beschreven in paragraaf 3. Het huidige programma is uiterst effectief in het voorkomen van infectieziekten. Om dit zo te houden vind ik het belangrijk om snel te kunnen reageren op nieuwe ontwikkelingen. Hieronder benoem ik enkele ontwikkelingen en beschrijf ik hoe we daarmee omgaan. Ook maatschappelijke ontwikkelingen zijn daarbij van belang. Zo veranderen bijvoorbeeld de wensen van ouders en hun houding ten opzichte van vaccinaties. Ook komen er steeds nieuwe en andere typen vaccins op de markt. Al deze ontwikkelingen kunnen van invloed zijn op effectiviteit en/of inhoud van het RVP.

4.1. Afname van immuniteit

Sommige vaccins beschermen niet levenslang tegen infectieziekten. In de loop van de jaren kan de bescherming van het vaccin afnemen. Dit komt mede doordat de circulatie van sommige ziekteverwekkers na invoering van algemene vaccinatie is afgenomen. De weerstand tegen de betreffende infecties wordt daarom niet, zoals vroeger wel het geval was, op een natuurlijke manier geboosterd (opgepept) door incidenteel contact met de ziekteverwekker. Hierdoor kunnen individuen toch infecties oplopen waartegen zij in het verleden gevaccineerd zijn. We zien dat

fenomeen van teruglopende immuniteit bij de vaccinaties tegen bof en kinkhoest. Theoretisch zou dit fenomeen voor alle onderdelen van het RVP kunnen gelden. Wel zien we bij bof en kinkhoest dat de ziekte bij mensen die als kind gevaccineerd zijn over het algemeen veel minder ernstig verloopt dan bij ongevaccineerden. Bij kinkhoest vormen deze mensen vooral een risico voor niet of nog onvolledig gevaccineerde zuigelingen. Ik zal op beide ziektes iets dieper ingaan.

4.1.1. Bof

Sinds eind 2009 is de incidentie van bof toegenomen in Nederland. De ziekte treft vooral studenten en hun contacten, ondanks dat de meesten tweemaal gevaccineerd zijn. Naast afgenomen bescherming spelen er waarschijnlijk andere factoren mee bij deze bofepidemie. Dit kan te maken hebben met contactpatronen («crowding» onder studenten). Ook zouden de huidige rondwarende bofvirussen zich aan de bescherming door vaccinatie kunnen onttrekken. Het Outbreak Management Team (OMT) adviseerde in januari 2011 om niet of onvolledig gevaccineerde studenten te wijzen op het belang om zich alsnog te laten vaccineren. De verspreiding en ziektelast van de bof-epidemie wordt nauwlettend gevolgd. In het najaar van 2011 is, gefinancierd door ZonMW, een onderzoek gestart naar de onderliggende factoren.

4.1.2. Kinkhoest

In de jaren '90 van de vorige eeuw werd weer meer kinkhoest geconstateerd. De belangrijkste zorg is de bescherming van zuigelingen die nog niet of onvolledig gevaccineerd zijn. Zij kunnen van kinkhoest ernstig ziek worden en overlijden.

In 1999 werd, om zuigelingen beter te kunnen beschermen, het vaccinatieschema al vervroegd met een start op twee maanden in plaats van drie maanden. Wellicht is een nog vroegere start van vaccinatie van zuigelingen nodig. Daarnaast is in 2005 het Nederlandse hele-cel-vaccin voor zuigelingen vervangen door een acellulair vaccin. Dit vaccin kent minder bijwerkingen en heeft een betere effectiviteit. Ondanks de gunstige effecten van deze maatregelen is kinkhoest nog niet onder controle.

Het RIVM doet onderzoek naar de kinkhoestbacterie en constateert dat door veranderingen van de thans circulerende bacteriën het gebruikte vaccin niet meer volledig blijkt te passen. Ook weten de kinkhoestbacteriën zich met een extra aanvalskracht te weer te stellen tegen de afweer. Dit kan mogelijk aanleiding zijn om vaccins te verbeteren. Het RIVM heeft dit onder de aandacht van de industrie gebracht.

Zoals aangegeven spelen volwassenen een rol bij de besmetting van nog niet gevaccineerde zuigelingen. Jaren na het doormaken van kinkhoest of na vaccinatie kunnen zij veelal onopgemerkt kinkhoest krijgen, met atypische maar langdurige hoestklachten. Het is belangrijk om na te gaan of verdere maatregelen efficiënt zijn om kinkhoest terug te dringen, zoals (her)vaccinatie van mensen die in contact staan met zuigelingen. De Gezondheidsraad zal advies uitbrengen over eventuele gewenste aanpassingen van kinkhoestvaccinatie.

4.2. Vaccinatiebereidheid

De eerder genoemde sociaalgeografische clusters van ongevaccineerden, zoals in de bible belt, zijn een continu punt van zorg. Binnen deze groepen blijft – na import van de verwekker – het risico op verspreiding van RVP-ziekten bestaan. Vanuit de academische werkplaats Amphi (een samenwerkingsverband tussen UMC St Radboud en diverse GGD-en) is onderzoek gedaan naar de vaccinatiebereidheid onder de circa 250 000

bevindelijk gereformeerden. De vaccinatiegraad ligt iets boven de 60%, maar er zijn grote verschillen tussen de diverse reformatorense geloofsgemeenschappen. De vaccinatiegraad varieert van minder dan 25% tot meer dan 85%. In de besluitvorming over vaccinatie spelen religieuze aspecten een doorslaggevende rol. Reformatorense jongeren hebben vooral behoefte aan informatie over deze religieuze aspecten en hoe andere reformatorense jongeren daarover denken. In medische informatie zijn zij minder geïnteresseerd. Om een weloverwogen besluitvorming over vaccinatie te stimuleren zal Amphi, in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Vereniging, voorlichtingsmateriaal ontwikkelen dat aansluit bij de informatiebehoefte van deze groep.

Een andere kwetsbaarheid is de afwijzing van vaccinatie door mensen in antroposofische kringen en dan vooral vaccinatie tegen bof, mazelen en rodehond. Dit speelt ook elders in Europa en heeft tot uitbraken geleid van mazelen en rodehond.

De afwijzing van de nieuwe HPV-vaccinatie was zeker niet tot de voornoemde groepen beperkt. De vaccinatiegraad daalde snel tot onder de 50%. Maar nu er, na vernieuwing van de communicatie over HPV met inzet van nieuwe middelen, minder onrust en twijfel heerst over de veiligheid en effectiviteit van het vaccin, is er een stijgende trend richting 60% te zien (bijlage 3).

4.3. Nieuwe vaccins

Ik verwacht dat er in de toekomst nieuwe en effectieve vaccins beschikbaar komen. Deze vaccins passen waarschijnlijk niet allemaal vanzelfsprekend binnen het huidige RVP. Het kan bijvoorbeeld gaan om vaccins voor oudere leeftijdsgroepengroepen (pneumokokken, gordelroos), voor specifieke (medische) risicogroepen (hepatitis C, tuberculose) of om vaccins die beschermen tegen andere ziekten dan infectieziekten (bijvoorbeeld kanker). Ook zijn de ziekten waar deze vaccins tegen beschermen in sommige gevallen minder ernstig dan die waartegen de vaccins uit het huidige RVP beschermen. Denk bijvoorbeeld aan een ziekte als waterpokken. Het RVP zoals we dat kennen beschermt *grosso modo* tegen gemakkelijk over te dragen, potentieel direct (levens)bedreigende kinderziekten.

Toevoeging van de HPV-vaccinatie in 2009 voor adolescente meisjes betekende al min of meer een trendbreuk. Dit vaccin beschermt tegen een infectie die verantwoordelijk is voor baarmoederhalskanker; de (individuele) gezondheidswinst van vaccinatie ligt ver in de toekomst. De HPV-infectie die bij seksueel contact wordt overgedragen, komt vaak voor, maar niet bij iedereen leidt dit later tot kanker.

Tot nu toe wordt in Nederland bijna alleen gevaccineerd binnen het RVP. Daarbuiten worden, behalve reizigersvaccinatie en griepvaccinatie, nauwelijks vaccinaties gegeven en is er ook weinig vraag naar. Wanneer er in de toekomst meer en andere effectieve vaccins beschikbaar komen, stelt dit ons voor nieuwe vragen. Bijvoorbeeld: welke vaccins behoren tot het RVP en waarom? Welke vaccins passen in de toekomst niet (meer) binnen het RVP? Hoe is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van deze vaccins geregeld en is dit toereikend? Welke rol moet de overheid (nog) nemen voor deze vaccins?

Antwoord op deze vragen is ook belangrijk voor behoud van het draagvlak voor het RVP. Het moet voor mensen duidelijk zijn waar de keuzes voor de vaccins binnen het RVP op gebaseerd zijn en men moet weten waarom de overheid bijvoorbeeld streeft naar een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad voor bepaalde vaccinaties. Ik wil voorkomen

dat het RVP-kader steeds verder opgerekt wordt, met als risico dat de bijna vanzelfsprekende bereidheid om deel te nemen hieronder gaat lijden. Het sterke «merk» RVP zoals we dat nu kennen wil ik koesteren. De komende maanden wil ik hierover met relevante partners van gedachten wisselen, waarna ik u nader zal informeren over de door mij gekozen beleidslijn.

5. Afsluiting

Ik hoop dat ik met deze brief duidelijk heb kunnen maken dat het RVP succesvol is, daarbij in ogenschouw nemend dat het RVP nooit af is. Het vraagt een continue alertheid en bereidheid om aanpassingen te doen. De epidemiologie verandert en er worden nieuwe typen vaccins ontwikkeld en geproduceerd. Ook de attitudes en wensen van de bevolking staan niet vast. De overheid moet hierop goed inspelen. Onder andere door goede monitoringsprogramma's, adequate ondersteuning en voorlichting en door steeds opnieuw haar positie te kiezen in deze voortdurend veranderende omgeving. Ik vind het RVP een heel belangrijk programma dat kinderen beschermt tegen ernstige ziekten. Ik heb er alle vertrouwen in dat de verschillende betrokken partijen zich ook in de toekomst ten volle in zullen zetten voor dit programma.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers