

Vergaderjaar 2012–2013

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 91

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2013

Gebruik van antibiotica brengt resistentieontwikkeling bij bacteriën met zich mee. Het is zorgwekkend dat steeds vaker moet worden uitgeweken naar gebruik van antibiotica die worden gezien als «laatste redmiddel» omdat gangbare antibiotica niet meer werkzaam zijn. Antibioticaresistentie is daarom een dreiging voor de volksgezondheid. Er zijn momenteel nog voldoende middelen om patiënten te behandelen maar dat moet in de toekomst ook zo blijven. Helaas komen slechts sporadisch nieuwe antibiotica beschikbaar. De antibioticaresistentieproblematiek als geheel is een zorgelijke situatie die niet alleen in Nederland maar ook internationaal speelt, volgens een Europese studie leidt antibioticaresistentie in de EU tot naar schatting 25.000 extra doden en € 1,5 miljard vermijdbare kosten per jaar.

De aanpak van antibioticaresistentieproblematiek is één van de speerpunten van dit kabinet. Dit onderwerp is dan ook opgenomen in de brief die Staatssecretaris Van Rijn en ik u hebben gestuurd over onze agenda tijdens de huidige kabinetsperiode (Kamerstuk 32 620, nr. 78). Ook is het onderdeel van het Nationaal Programma Preventie. Met deze brief wil ik u op de hoogte stellen van de uitwerking van dit specifieke onderwerp.

Antibioticaresistentie verspreidt zich via verschillende routes. Voorbeelden van bronnen en bijhorende transmissieroutes zijn: therapeutisch gebruik van antibiotica bij de behandeling van patiënten binnen en buiten het ziekenhuis, de veehouderij en verspreiding bijvoorbeeld via het leefmilieu en via voedingsmiddelen. Over de relatieve bijdrage van deze bronnen en transmissieroutes aan de totale resistentie problematiek is veel onbekend. Daarom blijf ik aandacht besteden aan onderzoek dat bijdraagt aan het oplossen van de complexe puzzel over de precieze bijdrage van mogelijke bronnen en transmissieroutes aan het voorkómen van resistente bacteriën bij de mens.

De aanpak tegen antibioticaresistentie is breed. De veterinaire aanpak is een belangrijke pijler binnen het antibioticabeleid van de Rijksoverheid. De laatste jaren is er veel aandacht geweest voor de reductie van het antibioticagebruik in de veehouderij. Er zijn vele maatregelen getroffen zoals surveillance en benchmarken van het gebruik en de inzet van meer overheidstoezicht. Hiermee is een goed resultaat behaald, eind 2012 was er door de veehouderij al 50% reductie van het antibioticagebruik behaald ten opzichte van 2009. Verdere reductie is nodig en daarom hebben de Staatssecretaris van Economische Zaken en ik een reductiedoelstelling van 70% voor eind 2015 benoemd. Omdat ik u over het veterinaire beleid al veelvuldig samen met de Staatssecretaris van Economische Zaken heb geïnformeerd laat ik dit onderwerp in deze brief verder buiten beschouwing. Ze maken echter wel een belangrijk deel uit van het kabinetsbeleid.

Een ander belangrijk onderdeel van het antibioticabeleid is voedselveiligheid. Het hygiënische produceren, handelen en bereiden van het voedsel is belangrijk om de risico's van overdracht van resistente bacteriën via voedsel te vermijden. Daarnaast richt ik mij op monitoring en surveillance van antibioticaresistente bacteriën in voedsel. Het risico op transmissie van resistente bacteriën via voedsel kan worden verminderd door het nemen van de juiste maatregelen in de voedselketen. Verduurzaming van de veehouderij speelt een rol in vermindering en verantwoord gebruik van antibiotica in de veehouderij. Ook de detailhandel, horeca en catering kunnen een bijdrage leveren aan deze verduurzaming door eisen te stellen aan de wijze van productie, door het vergroten van het aandeel van dergelijke duurzame producten in de schappen en door bijdragen te leveren aan bewustwording van de consument. Private initiatieven zoals het Verbond van Den Bosch zijn concrete voorbeelden die ik van harte steun.

De afgelopen jaren is de Kamer uitvoerig geïnformeerd over maatregelen die wij treffen om ontwikkeling van antibioticaresistentie in de veehouderij tegen te gaan. Ook in de humane gezondheidszorg zullen er aanpassingen plaatsvinden om antibioticaresistentie tegen te gaan. Met deze brief wil ik u informeren over aanpassingen op het gebied van:

- infectiepreventie in de humane gezondheidszorg,
- goed gebruik van antibiotica in de humane gezondheidszorg,
- surveillance van Bijzonder Resistente Micro-Organismen (BRMO),
- mijn internationale inzet,
- de ontwikkeling van nieuwe antibiotica,
- milieu,
- communicatie.

Humane gezondheidszorg

De toenemende antibioticaresistentie en de circulatie van Bijzonder Resistente Micro-Organismen zijn een bedreiging voor een veilige patiëntenzorg. Zonder werkzame antibiotica zijn operaties op termijn niet meer mogelijk. Zorginfecties met Bijzonder Resistente Micro-Organismen leiden tot hoge ziektelast en eventueel zelfs dood van patiënten. Het antibioticabeleid in de humane gezondheidszorg is met name gericht op het voorkómen van infecties, op juist en terughoudend gebruik van antibiotica en op het voorkómen van overdracht van resistente bacteriën. Intensieve samenwerking tussen professionals binnen instellingen, maar ook samenwerking tussen instellingen in het private en publieke domein is hierin essentieel. Daarnaast is het in het kader van de publieke gezondheid van belang om zicht te houden op de landelijke verspreiding door middel van surveillance.

1. Infectiepreventie

Infectiepreventie in zorginstellingen is van groot belang om het optreden en de verspreiding van infecties te voorkomen. Het is onderdeel van kwaliteit van zorg en draagt als zodanig bij aan patiëntveiligheid. In het beleid tegen antibioticaresistentie is infectiepreventie ook een belangrijk onderdeel. Antibioticagebruik werkt resistentieontwikkeling in de hand. Hoe meer infecties worden voorkomen des te lager is het antibioticumgebruik. Daarnaast kan met goede infectiepreventie verdere verspreiding van resistente bacteriën worden voorkomen. Preventie van antibioticaresistentie is dus gebaat bij een optimale reguliere infectiepreventie binnen de zorg.

Richtlijnen voor infectiepreventie worden opgesteld door zorgprofessionals in de Werkgroep Infectie Preventie (WIP). Nederland heeft op dit terrein een traditie en is internationaal een voorbeeld. De Werkgroep Infectie Preventie wordt al jaren gefinancierd vanuit het Ministerie van VWS.

De verantwoordelijkheid voor het implementeren en naleven van die richtlijnen ligt bij de sectoren zelf. De arts-microbioloog en de deskundige infectiepreventie beschikken daarbij over specifieke kennis. Voor infectiepreventie in ziekenhuizen is gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel en een goede toedeling van taken en verantwoordelijkheden essentieel. Hiervoor is het van belang dat het onderwerp infectiepreventie en de urgentie hiervan op het netvlies komt van de Raden van Bestuur van ziekenhuizen en van de andere zorgprofessionals, naast de arts-microbioloog en de deskundige infectiepreventie.

Eén van de doelstellingen van het VMS veiligheidsprogramma binnen de ziekenhuizen is dat alle ziekenhuizen beschikken over een geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem. Het implementeren van specifieke maatregelen in alle ziekenhuizen om infecties terug te dringen is een belangrijk speerpunt van het programma. In het kader van mijn inzet om de komende jaren patiëntveiligheid verder te verbeteren zal ik het belang van infectiepreventie blijven agenderen en commitment van het veld vragen zodat het veld zijn verantwoordelijkheid neemt en blijft nemen op het gebied van infectiepreventie.

Samen met partijen wil ik patiëntveiligheid de komende jaren op de bestuurlijke agenda houden. Op 22 mei 2013 zijn in de eerste bijeenkomst van het Bestuurlijk Overleg Patiëntveiligheid met betrokken partijen uit de ziekenhuiszorg agendapunten voor de komende periode vastgesteld.

Infectiepreventie maakt hier deel van uit. Het bestuurlijk overleg is onderdeel van de afspraken in de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden voor de medische specialistische zorg.

Daarnaast zal ik via het kwaliteitsinstituut aandacht vragen voor dit belangrijke onderwerp om ook via deze weg infectiepreventie nogmaals onder de aandacht van het hele veld te brengen.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft aandacht voor het onderwerp. Hierop kom ik later in deze brief op terug. Mijn inzet voor de komende jaren heb ik in de brief over patiëntveiligheid die ik u op 11 juni 2013 heb gestuurd uiteengezet.

2. Goed gebruik van antibiotica

Voor het gebruik van antibiotica in ziekenhuizen worden richtlijnen opgesteld door de beroepsgroep in de Stichting Werkgroep Antibiotica-beleid (SWAB). Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) doet dit voor de huisartsen.

Om goed gebruik van antibiotica verder te bevorderen heeft de Stichting Werkgroep Antibiotica-beleid in 2012 op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een visiestuk geschreven over het zogenaamde «Antibiotic Stewardship». Antibiotic Stewardship is een systeem in

ziekenhuizen dat door middel van intercollegiale toetsing het gebruik van antibiotica moet beperken en verbeteren. Door deze intercollegiale toetsing komt er binnen een ziekenhuis meer inzicht en intern toezicht op de inzet van antibiotica. Omdat de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid gemandateerd is door drie wetenschappelijke verenigingen, ga ik uit van breed draagvlak. In een aantal ziekenhuizen is Antibiotic Stewardship al onderdeel van de dagelijkse praktijk. Omdat ik het snel landelijk invoeren van Antibiotic Stewardship van groot belang vind, zal ik de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid steunen in de verdere uitwerking en implementatie van deze richtlijn. Deze richtlijn moet in de loop van 2014 zijn geïmplementeerd waarna de IGZ er ook toezicht op houdt. Bij intensive care patiënten die beademd worden, wordt soms op uitgebreide schaal preventief antibiotica toegediend. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van selectieve darm decontaminatie (SDD). Het nut van deze behandeling is onderwerp van discussie. Daarom zal ik op korte termijn de Gezondheidsraad om een advies hierover vragen. Dit advies verwacht ik in de tweede helft van 2014.

3. Surveillance

Een belangrijke pijler van het beleid rond antibioticaresistentie is surveillance. Op basis van de surveillancegegevens kan bepaald worden welke risico's er zijn, waar de risico's het grootst zijn en of maatregelen effect hebben. Daarom zijn er in Nederland veel activiteiten rond de surveillance van resistente bacteriën.

Binnen de ziekenhuizen wordt resistentie gedetecteerd door de arts-microbioloog. De arts-microbioloog test patiëntenmateriaal op aanwezigheid van (resistente) pathogenen. Ik verwacht dat betrokken professionals en in het bijzonder de arts-microbioloog zich niet alleen bekommert om de patiënt, maar ook de verantwoordelijkheid voelt om noodzakelijke maatregelen treffen om verspreiding naar andere patiënten en naar andere zorginstellingen te voorkomen. Tijdige informatie en waarschuwing aan collega's en collega instellingen maken daar onderdeel van uit. Om dit te faciliteren heeft het RIVM op mijn verzoek en in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), een platform ingericht waar artsen-microbiologen de in hun zorginstelling opgetreden uitbraken kunnen melden. De kennis over de juiste bestrijding kan worden gedeeld en de bestrijding van de uitbraken wordt gemonitord. Met dit «Signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie»¹ ondersteun ik de zorgverleners om zowel het belang van de individuele patiënten, de groep van patiënten in de betreffende zorg instelling als ook de bredere publieke belangen goed te behartigen.

Op dit moment bevindt het overleg over een convenant tussen het RIVM en de brancheorganisaties van de ziekenhuizen zich in een afrondend stadium. In dit convenant is de verplichting opgenomen tot directe melding aan het Signaleringsoverleg van elk incident met Bijzonder Resistente Micro-Organismen dat de zorgverlening aan patiënten in gevaar brengt. Met de ondertekening wordt deze verplichting een veldnorm voor alle ziekenhuizen. De Inspectie voor de gezondheidszorg zal dit controleren en handhavend optreden. Ik ben voornemens de effectiviteit van het signaleringsoverleg in de loop van 2014 te evalueren.

¹ In dit signaleringsoverleg (gestart in 2012) kunnen laagdrempelig vroege signalen van uitbraken uit het veld en uit de surveillance ingebracht en besproken worden en kan hulp bij de bestrijding gevraagd of aangeboden worden.

De Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie heeft recent een visiestuk geschreven (bijlage 1)² waarin zij onderschrijven dat een deel van hun taken breder is dan individuele patiëntenzorg. Zij hebben ook een belangrijke publieke taak waar infectiepreventie en verantwoord antibioticagebruik belangrijke pijlers van zijn. Ik onderschrijf dit en verwacht dat de professionals hier naar handelen en dit onder de aandacht brengen van de Raden van Bestuur van de verschillende ziekenhuizen zodat deze rol ook door hen opgepakt kan worden.

Deze actie van de professionals vul ik aan met meer faciliteiten op landelijk niveau die ik hieronder zal beschrijven.

Naast het inbrengen van ongewone of moeilijk te bestrijden pathogenen in het signaleringsoverleg is het van belang dat laboratoria samenwerken om landelijk inzicht te krijgen in het vóórkomen van resistentie. Om die reden heeft het RIVM ISIS-AR (*Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem-Antibiotica Resistentie*) opgezet. Het doel van ISIS-AR is het online monitoren van resistentietrends in Nederland. ISIS-AR levert een goed beeld van het resistentie patroon in ziekenhuizen gevonden bacteriën en is daarmee geschikt om de landelijke trend in resistenties te volgen. Laboratoria die op ISIS-AR zijn aangesloten voeren hun resistentiegegevens in het systeem in. Het RIVM krijgt daardoor een beeld van trends in resistentiepatronen. Momenteel is ISIS-AR niet landelijk dekkend. Ziekenhuizen willen wel graag deelnemen. Echter de capaciteit bij het RIVM om de data te verwerken was hiertoe niet toereikend. Ik vind het van groot belang dat dit binnen afzienbare tijd wel het geval is. Daarom heb ik het RIVM gevraagd hier de komende tijd werk van te maken en zal ik hier extra geld voor beschikbaar stellen waardoor alle relevante instellingen zich hierbij aansluiten.

Het ISIS-AR systeem brengt resistentiepatronen in kaart maar biedt geen inzicht in de genetische achtergrond van de resistente ziekteverwekkers. Alleen door deze genetische achtergrond door middel van moleculaire typering te bepalen, is het mogelijk vast te stellen of het gaat om afzonderlijke gevallen of dat er sprake is van verspreiding van hetzelfde organisme (met hetzelfde genetische profiel). Op dit moment wordt moleculaire typering al gebruikt om uitbraken binnen ziekenhuizen in kaart te brengen. Deze data zijn alleen niet centraal beschikbaar en kunnen dus niet gebruikt worden om de landelijke verspreiding in kaart te brengen.

Het RIVM heeft mij daarom geadviseerd te investeren in het opzetten van een aanvullend landelijk systeem waarin de resistentieontwikkeling op moleculair niveau gevolgd kan worden, zodat er beter inzicht komt in waar de resistentie vandaan komt en hoe hij zich verspreidt. Dit systeem gaat dus verder dan ISIS-AR. Het opzetten van dit systeem zal de nodige tijd in beslag nemen en zal in nauw overleg met het veld plaatsvinden. Het einddoel is meer inzicht krijgen in de verspreiding van Bijzonder Resistente Micro-Organismen door een landelijk en flexibel netwerk. Hierdoor kan bestrijding sneller en adequater plaatsvinden en is er meer inzicht in de landelijke ontwikkelingen.

Het in kaart brengen van landelijke verspreiding van pathogenen met behulp van moleculaire typering is niet nieuw. Het wordt op dit moment bijvoorbeeld al gebruikt binnen de virologie. Het is dan ook belangrijk om moleculaire typering van resistentie goed te laten aansluiten bij andere landelijke monitoringssystemen en dat hierbij, waar mogelijk en gewenst, naar een integrale monitoring en bestrijding wordt gestreefd waarin zowel de publieke als curatieve belangen geborgd zijn.

Het opzetten van deze structuur zie ik als een belangrijke aanvulling van de bestaande surveillancesystemen en het «Signaleringsoverleg

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie» en ik zal hiervoor dan ook zowel voor het opstarten als daarna structureel, geld beschikbaar stellen. Ik wil er wel op wijzen dat naast dit pakket aan overheidsmaatregelen het de verantwoordelijkheid van instellingen blijft om op elk moment goed in de gaten te houden of er sprake is van een verheffing, en daar adequaat op te reageren.

Tot slot heeft het RIVM heeft ook een surveillanceprogramma lopen in de langdurige zorginstellingen: het Surveillance Netwerk Infectieziekten Verpleeghuizen (SNIV). Het doel van de surveillance is inzicht te krijgen in verbeteringmogelijkheden waardoor infectiepreventie en -bestrijding onder verpleeghuisbewoners verbeterd kan worden en waardoor de overdracht van infectieziekten naar/van de algemene bevolking en/of het ziekenhuis verminderd kan worden. Resistentie maakt geen onderdeel uit van deze surveillance.

Door de vatbare populatie en het veelvuldig gebruik van antibiotica in verpleeghuizen, vormen verpleeghuizen een reservoir van antibiotica resistente bacteriën en een potentiële oorzaak van uitbraken met deze micro-organismen in zowel verpleeghuizen als ziekenhuizen.

Het RIVM heeft een voorstel gedaan om SNIV uit te breiden met routinematige surveillance van resistentie om zo meer zicht te krijgen op resistentie binnen de instellingen voor langdurige zorg en de kans op het ontstaan en transmissie van resistente micro-organismen van en door de verpleeghuizen te verminderen en het antibioticagebruik verbeteren. Ik vind dit belangrijk en zal dit financieel ondersteunen.

4. Toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de naleving van de professionele standaarden opgesteld door de beroepsverenigingen. In dit geval zijn dat de richtlijnen van de WIP, de SWAB en de NvMM. De IGZ wil zich een oordeel vormen over de stand van zaken op het gebied van infectiepreventie en de bestrijding van circulatie van Bijzonder Resistente Micro-Organismen in de ziekenhuizen. Daarom voert de IGZ in 2013 toezicht uit waarbij wordt gekeken of de ziekenhuizen de richtlijnen naleven en of samenwerking en communicatie tussen de verschillende verantwoordelijken voldoende op orde is. Daar waar de ziekenhuizen in gebreke blijven legt de inspectie maatregelen op. Eind 2013 publiceert de IGZ haar bevindingen. Ook na 2013 blijft de IGZ toezicht houden in de ziekenhuizen op het gebied van infectiepreventie en Bijzonder Resistente Micro-Organismen. Bovendien zal verantwoord gebruik van antibiotica nadrukkelijker onderwerp van toezicht worden. Tenslotte zal het toezicht zich uitbreiden naar verantwoord antibioticagebruik in de eerste lijn en in de langdurige zorg.

Uit gegevens van de IGZ blijkt dat per 1 juni 2013 81 van de 93 deelnemende ziekenhuizen over een geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem beschikken. De IGZ zal actief handhavend optreden bij ziekenhuizen die in 2013 niet voldoen aan de accreditatienorm en de werking van het veiligheidsmanagementsysteem betrekken bij haar toezichtactiviteiten. Tegen ziekenhuizen die eind 2013 niet voldoen zal de IGZ maatregelen nemen.

Het handhaven van een voldoende niveau van infectiepreventiebeleid in langdurige zorg instellingen heeft ook de volle aandacht van de IGZ. Dit vanwege de kwetsbaarheid van mensen die in de verpleeg- en verzorgingshuizen wonen en vanwege het maatschappelijk belang van het tegengaan van antibioticaresistentie. In een aantal instellingen voor langdurige zorg is het niveau van infectiepreventie niet toereikend. Na het eerdere onderzoek van de IGZ en het onderzoek van de Consumenten-

tenbond in 2011 signaleert de inspectie nog steeds onvoldoende verbetering. Daarom heeft zij, om stringenter te handhaven, extra toezicht uitgevoerd. De eerste bezoeken voor de hygiëne en infectiepreventie in de ouderenzorg stonden gepland voor begin 2012. Door andere incidenten rond hygiëne is het toezicht later gestart. De bezoeken van de inspectie zijn daarom pas in mei 2012 gestart en met inbegrip van de vervolfbezoeken eind juni 2013 afgerond. De inspectie heeft besloten na de vervolfbezoeken te rapporteren om zo niet alleen de risico's, maar ook het urgentiebesef op dit onderwerp bij zorgorganisaties in beeld te brengen. Dit rapport ontvangt u voor eind 2013.

Voor de financiering van het bestrijden van MRSA uitbraken binnen de langdurige zorg is een beleidsregel opgesteld door de NZa. Ondertussen zijn helaas ook uitbraken met andere resistente bacteriën aan de orde in deze sector. Dit kan betekenen dat extra bestrijdingsactiviteiten nodig zijn. Ik zal de NZa vragen te onderzoeken of deze beleidsregel uitgebreid moet worden zodat ook de bestrijding van andere organismen dan MRSA gefinancierd kan worden.

Samenvattend: in zorginstellingen moet dus sprake zijn van samenhangend beleid rond infectiepreventie, surveillance, antibiotica gebruik en de bestrijding van uitbraken van al dan niet resistente bacteriestammen. Hierin hebben de instellingen een belangrijke taak. Het gaat immers grotendeels over de kwaliteit van zorg aan de individuele patiënt, en aan de patiënten binnen de instelling. Daar waar het gaat om instellingoverstijgende belangen kan ook gesproken worden over publieke taken. Op die taken zal ik de komende tijd vanuit het Ministerie van VWS intensiveren. Met deze bovengenoemde maatregelen zetten we een verdere stap in de strijd tegen antibioticaresistentie.

Internationale inzet

De antibioticaresistentieproblematiek in Nederland aanpakken is belangrijk maar ook de dreiging vanuit het buitenland moet worden aangepakt. Mensen reizen veel en ver en daarnaast is ook veel in- en export van vee en voedsel. De kans op grensoverschrijdende verspreiding is daarmee aanwezig.

Er zijn twee lijnen voor internationale inzet: agendasetting en regelgeving. In de agendasetting en in het delen van kennis speelt Nederland een belangrijke rol. Nederland initieert, ondersteunt en neemt deel aan diverse Europese en mondiale activiteiten om de problemen rondom antibioticaresistentie te signaleren, te analyseren en te agenderen.

Nederland is hier al jaren actief mee bezig en is bijvoorbeeld initiator geweest van het EARSS netwerk, een surveillance netwerk voor antibioticaresistentie in Europa.

Bilaterale initiatieven

Nederland heeft veel ervaring op het gebied van infectiepreventie en goed antibioticagebruik in de humane gezondheidszorg. Ik zal me inzetten om andere landen te ondersteunen en te trainen in de aanpak van antibioticaresistentie. In verschillende internationale gremia bied ik actief onze hulp en expertise aan.

Nederland heeft de afgelopen jaren Memoranda of understanding (MOU's) afgesloten met onder andere China, India en Rusland waarin antibioticaresistentie is opgenomen. In deze MOU's regelen we, via het RIVM, de ondersteuning van die landen in praktische zin.

Ook ben ik op zoek naar andere «voorlopende» landen, zoals Zweden en het Verenigd Koninkrijk, waarmee ik samen complexe problemen zoals de ontwikkeling van nieuwe antibiotica kan aanpakken.

Eind 2011 heeft de Europese commissie een actieplan gepubliceerd om de antibioticaresistentieproblematiek aan te pakken. Dit plan richt zich zowel op de humane gezondheidszorg als op de veehouderij. Dit geldt ook voor de raadsconclusies die tijdens het Deens voorzitterschap (eerste helft 2012) zijn aangenomen over antibioticaresistentie. In december 2012 heeft het Europese Parlement een resolutie aangenomen waarin onder andere wordt opgeroepen tot meer aandacht voor Publiek-Private samenwerking en Research & Development gericht op de ontwikkeling van nieuwe antibiotica.

Nederland is blij met de Europese aandacht voor het onderwerp. Ik maak me echter wel zorgen over de vrijblijvendheid van het Europees actieplan en zou graag zien dat de uitvoering van het Europese actieplan sneller en effectiever zou verlopen dan dat nu het geval is. Ik ben voornemens om met de Europese Commissie te overleggen hoe Nederland, samen met een aantal gelijkstemde landen, kan bijdragen aan een snellere implementatie.

Op het terrein van onderzoek is internationale samenwerking en kennisdeling gewenst. Hiertoe lopen in de Europese Unie initiatieven via het 7^e kaderprogramma. Daarnaast neemt Nederland actief deel aan het EU Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance. Het doel van dit programma is het ontwikkelen van een Europese strategische onderzoeksagenda. Nederland coördineert de ontwikkeling van deze agenda. De ontwikkeling van deze agenda vindt plaats in nauwe samenwerking met de WHO, om ook de aansluiting bij de mondiale agenda te zoeken. De agenda zal een belangrijke «push» moeten geven aan onderzoek naar allerlei aspecten van antimicrobiële resistentie, inclusief ontwikkeling van nieuwe middelen.

Voor geneesmiddelen bestaat er een pakket van Europese regelgeving. Ik maak me zorgen om het feit dat het in verschillende Europese landen mogelijk is antibiotica te verkrijgen zonder doktersrecept. Dit geldt zowel voor humaan gebruik als voor veterinair gebruik. Het verstrekken van antibiotica zonder tussenkomst van een arts zal zeker niet leiden tot een terughoudend en juist gebruik van antibiotica. In landen waar antibiotica zonder doktersrecept wordt verkocht is de resistentie vaak veel hoger. Dit is een dreiging voor de volksgezondheid. In de komende jaren zal ik me hard maken om deze «over de counter verkoop» in Europa terug te dringen.

Voor infectiepreventie en goed antibioticagebruik in de humane gezondheidszorg is er meer vrijheid voor de lidstaten om zelf beleid te maken. Voor goede infectiepreventie en goed antibioticagebruik zal ik proberen de Nederlandse best practices te exporteren.

Omdat ook de handel in dieren en in voedsel kunnen bijdragen aan de verspreiding van antibioticaresistentie, is het van belang concretere en duidelijkere informatie te genereren over de situatie in Nederland en ook in de EU. De Europese Unie werkt aan het opzetten van een monitorings-systeem hiervoor.

Ik vind het van belang om antibioticaresistentie te blijven agenderen en zal me daarom ook inzetten om antibioticaresistentie een speerpunt te laten zijn tijdens ons Europees voorzitterschap in de eerste helft van 2016.

Mondiaal

Mondiaal is antibioticaresistentie een nog groter probleem dan in Europa. Los van eerder genoemde problemen speelt internationaal de slechte kwaliteit van middelen of zelf vervalsingen een rol omdat hierdoor behandelingen suboptimaal worden uitgevoerd. Ook draagt de hoge prijs van geneesmiddelen er toe bij dat patiënten vaak hun kuur niet afmaken. De WHO is bij uitstek de organisatie die een bijdrage kan leveren bij het aanpakken van deze problematiek.

In mijn opvatting heeft de WHO een belangrijke agendasettende rol, maar ik hecht er ook aan dat de WHO de actoren bijeenbrengt en aanzet tot actie. Ik denk dat de WHO hier meer energie in moet steken. Daarom zal ik mij er voor inzetten om samen met EU partners deze problematiek de komende jaren nadrukkelijker op de agenda van deze organisatie te zetten.

Een goed voorbeeld van agendasetting is dat onlangs is besloten om een Global Health Research Observatory op te richten bij de WHO.

Nederland zal zich, samen met andere EU lidstaten, inspannen om antibioticaresistentie één van de eerste onderwerpen te laten zijn waarop de WHO een mondiale onderzoeksagenda zal ontwikkelen.

In het kader van de Nederlandse samenwerking met de WHO ben ik van plan om prioriteit te geven aan de antibioticaresistentie problematiek. Momenteel zijn er onderhandelingen gaande over het VWS WHO samenwerkingsprogramma voor de periode 2014–2017. In het kader daarvan ben ik van plan een deel van de Nederlandse bijdrage te oormerken voor acties op het terrein van de antibioticaresistentie.

Tot slot heeft het RIVM onlangs namens Nederland een MOU ondertekend met WHO Euro en de Europese federatie van wetenschappelijke verenigingen voor medische microbiologie (ESCMID). Met deze MOU wordt aansluiting gezocht tussen niet EU lidstaten en EU lidstaten om de resistentieproblematiek in kaart te brengen en met andere landen te vergelijken. De ervaring heeft geleerd dat inzicht hierin een grote motivatie is voor landen om hun antibioticabeleid kritisch onder de loep te nemen.

Ontwikkeling van nieuwe antibiotica

Er worden momenteel weinig nieuwe antibiotica ontwikkeld. Nieuwe antibiotica zijn nodig, niet alleen om de toenemende resistentie bij infectieziekten het hoofd te bieden maar ook om in de toekomst infecties na complexe medische ingrepen te behandelen.

Het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen is primair een verantwoordelijkheid van de farmaceutische industrie. Daar waar er onvoldoende prikkels van de markt uit gaan om nieuwe middelen te ontwikkelen, bijvoorbeeld omdat de risico's hoog zijn of de winstmarges laag, ligt ook een rol voor overheden bij de ontwikkeling van nieuwe middelen. Dit kan één land echter niet alleen: de ontwikkeling van nieuwe middelen is een internationale aangelegenheid.

Er loopt een aantal Europese initiatieven om de ontwikkeling van nieuwe antibiotica te stimuleren. Het Innovative Medicines Initiative, een initiatief tussen de private sector en de Europese Commissie, heeft de ontwikkeling van nieuwe antibiotica hoog op de agenda staan. Begin 2012 zijn de eerste twee projecten in dit kader gestart, en een volgende call is in december 2012 geopend. Ook het eerder genoemde Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance neemt de ontwikkeling van nieuwe middelen mee in zijn Strategische onderzoeksagenda.

In de raadsconclusies van 1 december 2009 (onder Zweeds voorzitterschap) is door de Europese Commissie toegezegd de mogelijkheden voor push (stimuleren) en pull (ontwikkeling aantrekkelijk maken door bijvoorbeeld patentverlenging) mechanismen verder uit te werken. Tot op heden is dit helaas nog niet gebeurd. Omdat juist op dit terrein de toegevoegde waarde van de overheid groot is, zal ik dit specifiek aankaarten in het eerder genoemde gesprek met de Europese Commissie. Ik zal hierbij nagaan welke rol Nederland kan spelen in de uitwerking van dit thema, te meer omdat het mogelijk ook kansen biedt voor de Nederlandse Topsector voor Life Science en Health.

Milieu

Over de omvang van de verspreiding van antibioticaresistentie in het milieu is nog veel onbekend. Daarom wil ik samen met de Staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu (IenM) een onderzoeksagenda opzetten om dit onderwerp verder te verkennen. Ik zal u hierover in de tweede helft van dit jaar verder informeren.

Communicatie

Ik ben me ervan bewust dat mensen zich zorgen maken over wat antibioticaresistentie voor hen betekent. Er is veel onzekerheid over deze sluimerende dreiging voor de volksgezondheid. Ik ben samen met het Ministerie van EZ de communicatiestrategie rondom antibioticaresistentie en zoönosen aan het ontwikkelen. Op korte termijn zal ik als eerste stap op de website van de rijksoverheid de informatie over antibioticaresistentie verbeteren. Er zal bovendien een overzicht worden gegeven waar verdere specifieke informatie voor verschillende doelgroepen bij onder andere uitvoeringsorganisaties te vinden is. Via deze website kunnen burgers eenduidige en betrouwbare informatie over antibioticaresistentie en ons beleid hierop vinden. Er zal worden aangegeven wat we weten over antibioticaresistentie, maar er zal ook aandacht zijn voor de dilemma's op dit dossier, de dingen die we niet weten.

Dit sluit ook goed aan bij de aanbevelingen over transparant communiceren uit het Gezondheidsraadadvies opduikende zoönosen, het RIVM rapport Emerging Zoönosen, de evaluatie van de Q-koorts van de commissie Van Dijk, en bij mijn eerdere uitspraken over dit onderwerp in het Q-koorts debat op 11 april jl. De commissie Van Dijk adviseert helder te communiceren wanneer de overheid van het voorzorgbeginsel gebruik maakt, welke afwegingen daarbij worden gemaakt en de onzekerheden daarbij te benoemen.

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