
Bioterrorisme: vervolgadvis



Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : aanbieding advies 'Bioterrorisme: vervolgadvis'
Uw kenmerk : GZB/GZ 2.233.266
Ons kenmerk : U 839/ES/mj/724-B
Bijlagen : 1
Datum : 25 juni 2002

Mevrouw de minister,

Op 14 november 2001 vroeg u de Gezondheidsraad om advies over de verdediging tegen bioterrorisme.

Hierbij bied ik u, gehoord de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit, het advies aan dat is opgesteld door de Commissie 'Pokken als biowapen' van de Gezondheidsraad.

De commissie doet diverse aanbevelingen om het verdedigingssysteem tegen bioterrorisme verder te versterken. Vergroting van de expertise op het gebied van infectieziekten en versteviging van de bijbehorende kennisinfrastructuur zijn belangrijke elementen in dat verband. Daarnaast dient de aandacht uit te gaan naar een goede monitoring van de bioterroristische dreiging en van de responsmogelijkheden.

Prof. dr JA Knottnerus

Bioterrorisme: vervolgadvis

aan:

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 2002/11, Den Haag, 25 juni 2002

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement “voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid” (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer, Sociale Zaken & Werkgelegenheid, en Landbouw, Natuurbeheer & Visserij. De Raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinair samengestelde commissies van—op persoonlijke titel benoemde—Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad: Bioterrorisme: vervolgadvis. Gezondheidsraad: Den Haag, 2002; publicatie nr 2002/11.

Preferred citation:

Health Council of the Netherlands. Bioterrorism: follow-up report. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2002; publication no. 2002/11

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 90-5549-436-4

Inhoud

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 9

Executive summary 11

1 Inleiding 15

2 Opnieuw: verdediging tegen bioterrorisme 19

3 Pokkenvaccinatie 23

Literatuur 29

Bijlagen 33

A De adviesaanvraag 35

B De commissie 37

C Brief van de Minister van VWS 39

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Vorig jaar juni publiceerde de Gezondheidsraad het advies *Verdediging tegen bioterrorisme* (nr 2001/16). In het voorliggende advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoordt een commissie van de Raad drie nadere vragen over hetzelfde onderwerp.

Ten eerste wil de minister weten of vanwege de aanslagen in Amerika het vorige advies misschien op onderdelen moet worden bijgesteld of aangevuld. De strekking van dat advies was dat het verdedigingssysteem zo veel mogelijk moet aansluiten bij bestaande arrangementen. De commissie doet in het verlengde hiervan enkele nadere aanbevelingen:

- De expertise op het gebied van infectieziekten moet worden vergroot.
 - De uitwisseling van bestaande kennis op dit terrein is voor verbetering vatbaar. Meer in het bijzonder moeten bepaalde deskundigen (een voorwaardelijke) toegang krijgen tot militaire informatie.
 - De bijbehorende kennisinfrastructuur dient te worden versterkt, zodat bijvoorbeeld diagnostische taken zich relatief eenvoudig op grotere schaal laten uitvoeren.
 - In de diverse draaiboeken moet men goed vastleggen bij wie de leiding van de verdediging berust. De commissie heeft namelijk de indruk dat de Infectieziektenwet, de Wet rampen en zware ongevallen en de Wet collectieve preventie volksgezondheid op dit punt onvoldoende mogelijkheden bieden.
-

Conform het advies van vorig jaar acht de commissie verder internationale samenwerking en taakverdeling bij de ontwikkeling en productie van vaccins en antimicrobiële middelen van groot belang. Zij adviseert de Nederlandse overheid meer initiatieven op dit vlak te ontplooiën.

De twee andere vragen van de minister hebben betrekking op pokkenvaccinatie. Alvoorens die vragen te behandelen, roept de commissie een andere uitspraak uit het vorige advies in herinnering: dat het pokkenvirus weliswaar tot de categorie van de hoogste zorg behoort, maar dat de verdedigingsplannen niet te zeer gefixeerd moeten zijn op één of enkele microbiële agentia. Dan wordt een schijnzekerheid gecreëerd.

Wat is het beste vaccin tegen het pokkenvirus? De commissie vindt dat nieuwe producten op basis van verzwakte *vaccinia*-stammen en van celkweeksystemen de voorkeur verdienen boven de klassieke pokkenvaccins. De nieuwe vaccins, die in een gevorderde fase van industriële ontwikkeling verkeren, hebben naar haar oordeel minder bijwerkingen en komen in aanmerking voor toepassing zodra ze geregistreerd zijn.

Welke vaccinatiestrategie is aangewezen? In navolging van de Amerikaanse *Centers of Disease Control* kiest de commissie voor ringvaccinatie: isolatie van bevestigde en vermoede gevallen van pokken, plus het opsporen, vaccineren en monitoren van een 'ring' van mensen die met de (vermoedelijk) besmette personen in contact zijn geweest (op minder dan twee meter gezichtsafstand). Afhankelijk van de omvang van de epidemie en van de beschikbare verdedigingsmiddelen (zoals quarantainemogelijkheden en personele ondersteuning), kan de ring groter of kleiner worden gemaakt. De commissie vermeldt wie vanuit een medische optiek met voorrang moeten worden gevaccineerd en voor wie contra-indicaties gelden. Vaccinatie van bepaalde hulpverleners acht zij momenteel niet nodig. Het *Draaiboek Pokken* moet dan wel nauwkeurige procedures bevatten voor die gevallen waarin wél aanleiding is om hulpverleners te vaccineren.

Er zijn modelberekeningen gemaakt voor het effect van een terroristische aanslag met het pokkenvirus. Uit die modellering blijkt dat de uitkomsten (het aantal slachtoffers en gevaccineerden) vele ordes van grootte uit elkaar liggen, al naar gelang de gehanteerde parameterwaarden. Gegeven de huidige stand van kennis — dat wil zeggen getet op de enorme onzekerheden die in het geding zijn — ziet de commissie geen reden om het zwartste scenario als ijkpunt te kiezen. Zeker niet waar over de bijwerkingen van vaccinatie veel meer duidelijkheid bestaat. Oriëntatie op een 'intermediair' scenario, met maximaal zo'n 1 miljoen gevaccineerden, vindt de commissie uit gezondheidskundig oogpunt te verkiezen.

Tot slot dringt de commissie aan op effectieve voorlichting aan de leden van het verdedigingsteam, zowel in de preventieve als in de uitvoeringsfase, en aan de bevolking als geheel, wanneer de nood aan de man komt.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. Bioterrorism: follow-up report. The Hague:
Health Council of the Netherlands, 2002, publication no. 2002/11

In June of last year the Health Council published an advisory report entitled *Defence against Bioterrorism* (publication no. 2001/16). In the present advisory report to the Minister of Health, Welfare and Sport, a Health Council committee responds to three further questions on the same topic.

First of all, the Minister wishes to know whether, on account of the attacks in the USA, certain sections of the previous advisory report perhaps need to be modified or supplemented. The thrust of that report was that the defence system must make the fullest possible use of arrangements that are already in place. Continuing this line of argument, the committee goes on to make several more specific recommendations:

- Our expertise in the field of infectious diseases must be increased.
- There is room for improvement in the way existing knowledge in this area is exchanged. More particularly, certain experts must be granted access – albeit conditional – to military intelligence.
- The corresponding knowledge infrastructure needs to be reinforced so that, for example, diagnostic tasks can be performed relatively easily on a larger scale.
- It is necessary to decide exactly who would be in charge of defence measures in the various scenarios. The committee has the impression that insufficient scope is offered on this point by current legislation – *i.e.* the Infectious Diseases Act, the Disasters and Serious Accidents Act (WRZO) and the Public Health Act (WCPV).

In accordance with last year's advisory report, the committee also attaches great importance to international cooperation and the division of responsibilities in the development and production of vaccines and antimicrobial agents. It therefore advises the Dutch government to intensify its activities in this area.

The two remaining questions posed by the Minister relate to smallpox vaccination. Before addressing these questions, the committee recalls another statement made in the earlier advisory report to the effect that, although the smallpox virus surely ranks among the major threats, the defence plans must not be focused too strongly on one or more microbial agents, since to do so would create the illusion of safety.

What is the best vaccine against the smallpox virus? The committee believes that new products based on attenuated *vaccinia* strains and on cell culture systems should take precedence over the classical smallpox vaccines. In its opinion the new vaccines, which have reached an advanced stage of industrial development, have fewer side-effects and should be regarded as being ready for use as soon as they are registered.

What is the appropriate vaccination strategy? Following the example of the US Centers of Disease Control, the committee opts for ring vaccination, that is to say isolation of confirmed and suspected cases of smallpox, plus tracing, vaccination and monitoring of a "ring" of people who have come into contact with the infected individuals (i.e. within less than two metres). Depending on the extent of the epidemic and on what means of defence are available (e.g. quarantine possibilities and personnel support), the ring can be made larger or smaller. The committee identifies those individuals who, from a medical standpoint, need to be prioritized as far as vaccination is concerned and those for whom contraindications apply. At present, it does not consider vaccination of certain health-care workers to be necessary. The Smallpox Contingency Plan (*Draaiboek Pokken*) must therefore contain detailed procedures for those cases in which there are, in fact, grounds for vaccinating health-care workers.

Model calculations have been performed to simulate the effect of a terrorist attack that utilizes the smallpox virus. From this modelling exercise it appears that the outcomes (i.e. the respective numbers of casualties and vaccinees) are many orders of magnitude apart, depending on what parameters are applied. Taking into account the current state of knowledge – i.e. considering the enormous uncertainties that come into play – the committee sees no reason to adopt the worst-case scenario as the benchmark. Especially since there is far more certainty over the side-effects of vaccination. From a health standpoint, the committee prefers to focus on an "intermediate" scenario, with a maximum of around 1 million vaccinees.

Finally, the committee argues for effective dissemination of information to the members of the emergency response team and – should the need arise – to the population as a whole, both in the preventive phase and in the implementation phase.

Inleiding

Op 14 juni 2001 publiceerde de Gezondheidsraad het advies *Verdediging tegen bioterrorisme* (GR01). De openingszin luidde: ‘Stel, terroristen plegen een aanslag met antraxbacteriën’. Korte tijd later was die toen nog hypothetische situatie harde realiteit geworden. In het kielzog van de desastreuze aanslagen op 11 september kregen de Verenigde Staten te maken met diverse gevallen van opzettelijke antraxbesmetting. Duidelijk werd hoe bioterror een samenleving kan ontregelen (Alt02, Lan01, Lan01a). Het aantal slachtoffers — voorzover nu bekend 22, van wie er 11 via de luchtwegen zijn besmet en 5 aan de infectie zijn bezweken — mocht dan in het niet vallen bij het aantal doden en gewonden op 11 september, de ongerustheid was groot. Naar schatting 30 000 mensen die mogelijk hadden blootgestaan aan de antraxsporen kregen antibiotica. Het Senaatsgebouw, één van de plaatsen waar sporen waren aangetroffen, bleef drie maanden gesloten. Wie achter de moedwillige verspreiding zit(ten), is bij het ter perse gaan van dit advies nog steeds een raadsel. Wel weet men dat het bij de meeste slachtoffers ging om besmetting via brieven met antraxsporen of via sorteersystemen waarin die brieven waren verwerkt. Onlangs trokken enkele onderzoekers de aandacht met het bericht dat zij subtiele genetische verschillen tussen antraxstammen menen te kunnen opsporen (Ens01, Mec02). De hoop is dat zich zo de bron van herkomst van de gebruikte antraxbacteriën laat achterhalen.

Andere landen, waaronder Nederland, maakten kennis met het fenomeen ‘poederpost’. Op allerlei bureaus belandden enveloppen met een poeder waarvan gevreesd werd dat het antrax was. Telkens bleek het vals alarm, maar de acties wisten wel een sfeer van angst te creëren.

Beide clusters van gebeurtenissen — de zelfmoordaanslagen en de verspreiding van antrax — hebben de toch al bestaande vrees voor bioterrorisme verder aangewakkerd. Meer dan ooit lijkt men ervan doordrongen dat sommige terroristen nergens voor terug zullen deinzen. Het gebruik van zeer besmettelijke en gevaarlijke agentia, waarbij iemand desnoods zijn eigen leven in de waagschaal stelt, wordt niet langer naar het rijk der fabelen verwezen maar als een reële dreiging gezien. Ook tegen zo'n terreurdaad moet de samenleving zich doeltreffend kunnen verdedigen, aldus de autoriteiten.

Horrorscenario nummer één is wel zo ongeveer het opnieuw in omloop brengen van het pokkenvirus, dat vroeger veel slachtoffers maakte maar in 1980 door een succesvolle vaccinatiecampagne definitief uitgeroeid werd verklaard (Fen88). Het virus bevindt zich officieel nog op twee plaatsen (Atlanta en Novosibirsk) in verzekerde bewaring. Enkele jaren geleden kwam de WHO (World Health Organisation) met het plan om die laatste voorraden te vernietigen, maar dat stuitte zowel in wetenschappelijke als in politieke kringen op verzet (Coh01, Mac02). Inmiddels is de zorg over clandestiene voorraden toegenomen (Mac02). Om het onderzoek naar bestrijdingsmogelijkheden voldoende kansen te bieden, hebben gremia binnen de WHO verzocht om de voorgenomen vernietiging op te schorten (Sto02).

Tegen deze achtergrond valt te begrijpen dat van de extra middelen die de Amerikaanse overheid heeft uitgetrokken voor de verdediging tegen bioterroristische aanslagen, een flink deel bestemd is voor de bestrijding van een mogelijke aanval met pokkenvirus. Volgens sommigen zou de hoeveelheid pokkenvaccin waarover overheidsinstanties in de Verenigde Staten beschikken — zo'n 15 miljoen 'oude' doses — bij lange na niet voldoende zijn (Coh01). Die opvatting vond bijval, want eind vorig jaar kreeg de firma Acambis/Baxter opdracht om 40 miljoen en vervolgens nog eens 155 miljoen doses van een nieuw pokkenvaccin te leveren (Nii02). Overigens bleken er onlangs twee meevallers te zijn: een vijf- tot tienvoudige verdunning van de zoëven genoemde 'oude' doses sorteert ook nog effect (Fre02, Fre02a); en de firma Aventis Pasteur meldde nog ruim 85 miljoen van zulke doses in de vriezer te hebben liggen (Kol02).

De Amerikaanse angst voor een aanslag met pokkenvirus wordt door de Nederlandse overheid gedeeld. Zo moest het RIVM in opdracht van de Minister van VWS ervoor zorgen dat de bestaande voorraad van 1,3 miljoen doses 'klassiek' (zie hoofdstuk 3) vaccin dit jaar met 20 miljoen doses wordt aangevuld (RIVM02).

Nieuwe adviesaanvraag

De aanslagen in Amerika, en wat daarna gebeurde, brachten de Minister van VWS er toe de Gezondheidsraad nieuwe vragen over bioterrorisme voor te leggen. Ten eerste wil de minister weten of het advies van vorig jaar op onderdelen misschien moet worden bijgesteld of aangevuld. Twee andere vragen gaan over vaccinatie tegen pokken.

De eerste heeft betrekking op de (verwachte) effectiviteit van vaccinproductiemethoden; de tweede op de mogelijkheid om met ringvaccinatie grootschalige verspreiding van het virus tegen te gaan. De volledige tekst van de adviesaanvraag staat in bijlage A.

Commissie en opzet van het advies

Ter beantwoording van de voorgelegde vragen installeerde de Voorzitter van de Gezondheidsraad op 14 januari 2002 een commissie waarvan de samenstelling vermeld is in bijlage B. De commissie schenkt in hoofdstuk 2 aandacht aan de vraag of actualisering van het advies *Verdediging tegen bioterrorisme* nodig is, en zo ja, op welke punten. Daarbij zal zij ook het standpunt van de minister over dat advies betrekken. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de vragen over pokkenvaccinatie.

Opnieuw: verdediging tegen bioterrorisme

De hoofdlijn van het betoog in het advies *Verdediging tegen bioterrorisme* was als volgt (GR01). De kans op een bioterroristische aanslag valt nauwelijks te voorspellen maar is in ieder geval niet nul. In beginsel dienen zich tal van, al dan niet genetisch gemodificeerde, bacteriën en virussen aan. Het ene microbiële agens kan de gezondheid weliswaar meer schaden dan het andere, maar dat zegt weinig over de waarschijnlijkheid van toepassing. Het verdedigingssysteem moet zo veel mogelijk aansluiten bij de al bestaande infrastructuur ter bestrijding van plotseling opduikende infectieziekten. Daartoe zijn gerichte aanvullingen nodig, inbegrepen protocollen en draaiboeken waarin nauwkeurig is beschreven wie bij een (mogelijke) aanslag wat te doen staat. Met die draaiboeken moet ook worden geoefend. En internationale samenwerking op het terrein van de ontwikkeling en productie van vaccins en antimicrobiële middelen is noodzakelijk. Het is toe te juichen dat de Minister van VWS, blijkens een brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, alle aanbevelingen in het advies heeft overgenomen. Ook zijn nog aanvullende maatregelen vermeld. De tekst van die brief is opgenomen in bijlage C.

Opmerkingen

De commissie wil enkele opmerkingen maken over de precieze wijze waarop de zojuist bedoelde aanbevelingen in beleidsvoornemens en -maatregelen vertaald zijn. Met instemming stelt zij vast dat verschillende stappen zijn gezet om de waakzaamheid van eerste- en tweedelijns zorgverleners te vergroten. Om te beginnen was er een circulaire van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarin werden microbiologen, internisten,

huisartsen en andere bij de rampenbestrijding betrokken professionals op de hoogte gesteld van de plannen van de overheid. Eén van de initiatieven betreft de ontwikkeling van nieuw voorlichtingsmateriaal. Dat is inmiddels voor een deel beschikbaar: de IGZ heeft fiches gemaakt met compacte medische informatie over enkele in dit verband vaak genoemde agentia. Ook is de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) bezig om protocollen te maken en om een elektronische berichtenservice op te zetten, zodat signalen van medici en zorginstellingen snel te bestemder plekke kunnen komen. Beroepsverenigingen van medisch specialisten, in het bijzonder de Vereniging voor Infectieziekten en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, hebben hun leden eveneens geattendeerd op de mogelijkheid van bioterroristische acties (www.infectieziekten.org; www.nvmm.nl).

Dan de kwaliteit van het verdedigingssysteem als geheel. In *Verdediging tegen bioterrorisme* werd gewezen op het grote belang van goede samenwerking tussen organisaties op uiteenlopende terreinen (onder andere gezondheidszorg, rampenbestrijding, crisisbeheersing, veiligheid en rechtshandhaving). Dat daarop de schijnwerper werd gericht, maakt al duidelijk dat het niet om iets vanzelfsprekends gaat. De ervaringen met de ‘poederpost’ laten dat ook zien. De commissie acht het zinvol de boodschap van vorig jaar hier nog eens over het voetlicht te brengen, nu met wat meer aandacht voor bestuurskundige inzichten en operationaliseringsvraagstukken.

Onderzoekers die bestuderen hoe politiek en openbaar bestuur tegenwoordig met rampen omgaan, schetsen het volgende beeld (Boi01, Ros89, Ros01). We leven in wat de socioloog Beck bestempeld heeft als de risicosamenleving: mensen krijgen steeds meer oog voor de kwetsbaarheid van de complexe maatschappij waarvan zij deel uitmaken en voor de risico's die zij daarbij individueel lopen. Tegelijk koesteren zij steeds hogere en soms irreële verwachtingen van de overheid als hoedster van hun veiligheid. Verwachtingen die, telkens wanneer er iets misgaat, in meerdere of mindere mate plaats maken voor de realiteit. De indringendheid en vasthoudendheid waarmee de moderne media hun lens scherp stellen op crises en calamiteiten werken het zo ontstane wantrouwen verder in de hand. En de autoriteiten zelf? Ook die zijn het product van hun tijd. De hoge organisatiegraad van de samenleving weerspiegelt zich in een netwerk met een groot aantal spelers, elk met zijn eigen cultuur. Vindt er een ramp plaats, dan komen allerlei instanties in actie, met alle afstemmingsproblemen van dien. Het is een hele toer, aldus bestuurskundigen, om dan een goede balans te vinden tussen horizontale samenwerkingsrelaties en verticale bevelsstructuren, zodanig dat een flexibele en trefzekere respons tot stand kan komen.

Die uitdaging geldt ook de voorbereiding van ons land op bioterroristische aanslagen. De commissie onderstreept in verband hiermee nog eens de noodzaak van een nadere — horizontale en verticale — afstemming en taakverdeling tussen gezondheids-

zorg en rampenbestrijding. Nederland heeft besloten om de rampenbestrijding, een aanvullende organisatorisch-administratieve structuur waarin gebruik wordt gemaakt van bestaande hulpdiensten voor de uitvoering, op regionale leest te schoeien. Bij de geneeskundige kolom binnen die structuur gaat het om de zogeheten GHOR-regio's (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen). Over de verantwoordelijkheden van de betrokken actoren — de GGD en het GHOR-bureau — bestaat wel in algemene zin overeenstemming, maar de reikwijdte van die verantwoordelijkheden op lokaal niveau en de afstemmingsprocedures moeten nog verder worden uitgewerkt. Oefeningen (die al gehouden worden) kunnen hierbij goede diensten bewijzen. In ieder geval is het voor een passende respons van kardinaal belang dat de medisch inhoudelijke expertise als sturingsinstrument van meet af aan voldoende ruimte krijgt.

Wil het zojuist bedoelde verdedigingssysteem goed kunnen werken, dan zijn naar het oordeel van de commissie op zeker vier niveaus nog aanvullende maatregelen nodig, die deels passen binnen de bredere strategie van de Minister van VWS met betrekking tot de infectieziektenbestrijding. Ten eerste moet de expertise op het gebied van infectieziekten worden vergroot. Ten tweede is de uitwisseling van bestaande kennis op dit terrein voor verbetering vatbaar. In het bijzonder pleit de commissie ervoor dat bepaalde deskundigen (een voorwaardelijke) toegang krijgen tot militaire informatie. Ten derde dient de bijbehorende kennisinfrastructuur te worden versterkt, zodat bijvoorbeeld diagnostische taken zich relatief eenvoudig op grotere schaal laten uitvoeren als de noodzaak daartoe bestaat. Dat is, ten vierde, niet alleen een kwestie van voldoende mensen en middelen, maar ook van adequate bestuurlijke of juridische arrangementen. De commissie heeft de indruk dat de Infectieziektenwet, de Wet rampen en zware ongevallen en de Wet collectieve preventie volksgezondheid momenteel onvoldoende mogelijkheden bieden voor een, bij een bioterroristische aanslag vereiste, centrale sturing. In de diverse draaiboeken zal men op dit vlak het nodige moeten regelen.

De al bepleite balans tussen de onderscheiden lokale en regionale actoren kan niet zonder een pendant op departementaal niveau. Het Ministerie van BZK mag dan eerstverantwoordelijke zijn op het gebied van coördinatie en voorlichting, de stem van het Ministerie van VWS zal wat de commissie betreft duidelijk moeten meeklinken. Duidelijk in dubbel opzicht. Ten eerste bij de vormgeving van de verdedigingsplannen. Maar ook bij de risicocommunicatie, mocht daadwerkelijk een aanslag worden gepleegd. In het onlangs geactualiseerde WHO-handboek *Public Health Response to Biological and Chemical Weapons* worden die punten ook nog eens onderstreept (WHO01). Onderzoek leert dat in de 'risicosamenleving' tijdige en heldere voorlichting over gezondheidsrisico's bij rampen de kans op paniek eerder verkleint dan vergroot (Gla02, Kle01). In het geval van de Amerikaanse antraxbrieven hebben het aanvankelijk achterhouden van informatie en de gebrekkige afstemming tussen de verschillende autoriteiten juist averechts gewerkt (Alt02, Kle01).

Tot slot: hoewel de commissie weet heeft van Europese initiatieven op dit vlak (EC02), zag zij graag nader uitgewerkt hoe de Nederlandse overheid de wenselijk geachte internationale samenwerking en taakverdeling bij de ontwikkeling en productie van vaccins en antimicrobiële middelen wil bevorderen. Zoals de commissie in het volgende hoofdstuk betoogt, is de internationale coördinatie met betrekking tot de verdediging tegen een aanslag met pokkenvirus haars inziens in een aantal opzichten voor verbetering vatbaar.

Pokken in het licht van het vorige advies

Hoe spoort de ministeriële aandacht voor vaccinatiemogelijkheden tegen pokken met de strekking van het advies *Verdediging tegen bioterrorisme*? In de aldaar besproken wetenschappelijke literatuur wordt het pokkenvirus tot de prioritaire agentia gerekend. Micro-organismen vergen daarbij een hogere staat van paraatheid, naarmate ze zich gemakkelijker laten verspreiden, grotere sociale ontwrichting kunnen veroorzaken en levensbedreigender zijn. De zorg over het pokkenvirus is dus gerechtvaardigd. Er zijn echter kanttekeningen te maken. Ten eerste behoren wel een stuk of tien agentia tot de categorie van de intrinsiek hoogste zorg. Ten tweede is dan nog niets gezegd over de mogelijkheid die terroristen hebben om zulke agentia te bemachtigen. Ten derde bestaan er zeer veel andere, intrinsiek misschien minder gevaarlijke, agentia waarmee terroristen kunnen toeslaan. Gaat het hun vooral om paniek zaaien, dan moet men mogelijke aanslagen met dergelijke bacteriën of virussen zeker niet uit het oog verliezen.

Samenvattend, en in overeenstemming met het advies van vorig jaar, meent de commissie dus dat verdedigingsplannen tegen bioterroristische acties niet te zeer gefixeerd moeten zijn op één of enkele agentia. Dat antrax in de Verenigde Staten is gebruikt en dat pokkenvirus internationaal volop in de belangstelling staat, doet aan die stelling niets af. Wel wil de commissie hier een punt uit het eerdere advies nog nader articuleren. Het betreft de aanbeveling om bestaande LCI-protocollen voor enkele prioritaire agentia uit te breiden met een appendix over mogelijke bioterroristische toepassingen. Karakteristieken als de mate van besmettelijkheid, de route waarlangs blootstelling of besmetting verloopt, hoe levensbedreigend de ziekteverwekkers zijn en welke mogelijkheden voor preventie en bestrijding bestaan, spelen dan een rol. Volgens de commissie kunnen de ziekteverwekkers waarvoor de IGZ fiches heeft gemaakt (de veroorzakers van antrax, pokken, pest, botulisme, tularemie en virale hemorrhagische koorts) in dit opzicht model staan voor veel andere micro-organismen.

Pokkenvaccinatie

Paradoxaal genoeg vloeit de zorg over het pokkenvirus mede voort uit het succes waarmee dat virus enkele decennia geleden bestreden werd (Fen88). In ons land werden zuigelingen op grond van de Inentingswet 1939 op grote schaal tegen pokken gevaccineerd. Militaire recruten kregen vanaf 1953 stelselmatig een vaccinatie (bij primovaccinatie onder bescherming van immunoglobuline). Toen duidelijk werd dat men het pokkenvirus op steeds meer plaatsen in de wereld adequaat wist te bestrijden, zodat de kans op importgevallen afnam, zwol de discussie over de voor- en nadelen van vaccinatie aan. De Gezondheidsraad heeft zich in de jaren zestig en zeventig met een groot aantal adviezen in dat debat gemengd (onder andere GR66, GR68, GR71). Uiteindelijk werd in 1976 besloten om pokkenvaccinatie uit het Rijksvaccinatieprogramma te halen. Vanaf dat moment is de immuniteit van de bevolking op haar retour: van degenen die vroeger zijn gevaccineerd zal een deel nog een zekere bescherming hebben, maar inmiddels is bijna de helft van de Nederlanders niet ingeënt. Ook de medische bekendheid met pokken, cruciaal voor een slagvaardige bestrijding, is vrijwel nihil.

Zoals de commissie in het inleidende hoofdstuk al opmerkte, heeft de Minister van VWS het RIVM opdracht gegeven voor de productie van een grote hoeveelheid 'klassiek' vaccin, dat wil zeggen geproduceerd in de huid van besmette kalveren. Ook heeft de minister de LCI opgedragen om een *Draaiboek Pokken* te maken waarmee later dit jaar geoefend gaat worden. De aan de Gezondheidsraad voorgelegde vragen hebben met beide acties van doen.

Vaccinontwikkeling

De minister vraagt de Raad om een analyse van 'de (verwachte) effectiviteit van de verschillende productiemethoden' en om advies over 'de methode waarop Nederland zich in de toekomst het beste kan richten'. De commissie neemt aan dat de belangstelling vooral uitgaat naar de effectiviteit en veiligheid van de vaccins. Van oudsher, en tijdens de campagne van de WHO om het pokkenvirus (*Variola*) uit te roeien, heeft men gewerkt met vaccins op basis van (stammen van) vaccinia-virus waarmee huiden van levende jonge herkauwers werden geïnfecteerd. Een commissie van deskundigen van de WHO heeft destijds kwaliteitseisen geformuleerd voor de productiemethoden en de daarmee verkregen vaccins (WHO65). In 1968 waren er 71 producenten, die 15 verschillende vaccinia-stammen gebruikten, waarvan de zogeheten Lister-stam (ook wel Elstree-stam genoemd) de ruimste toepassing kreeg (Fen88, Ros01). Al deze stammen sorteerden duidelijk effect bij de WHO-campagne.

Men had weet van de nadelige kanten van toepassing van aldus bereide vaccins (Fen88). In veel landen, waaronder Nederland, zijn complicaties van de pokkenvaccinatie door de jaren heen geregistreerd. Tot de ernstigste bijwerkingen behoren *eczema vaccinatum*, algemene *vaccinia*, progressieve *vaccinia* en postvaccinale *encefalitis* (Hen99). De geregistreerde incidenties lopen uiteen van enkele gevallen tot enkele honderden gevallen per miljoen vaccinaties, afhankelijk van onder meer het land, het tijdvak, het gebruikte vaccin, de leeftijd en de weerstand van de gevaccineerden. Mensen die voor het eerst worden ingeënt, hebben een groter risico dan gerevaccineerden. Ook zijn er bepaalde risicogroepen, onder anderen mensen met eczeem of andere vormen van chronische dermatitis en personen met een verzwakt immuunsysteem (ACIP01). Toediening van vaccinia-immunoglobuline kan helpen bij de behandeling of het voorkómen van bepaalde complicaties (ACIP01).

Vanwege de zojuist bedoelde mogelijke bijwerkingen hebben diverse onderzoekers voorstellen gedaan voor andere pokkenvaccins (Hen99, Ros01). Twee elementen staan daarbij centraal. Ten eerste de gebruikte *vaccinia*-stam. Er bestaan momenteel verzwakte *vaccinia*-stammen die bewezen veiliger zijn dan de klassieke stammen (Fen88, Hen99, Ros01). Door de eradicatie van het pokkenvirus laat de effectiviteit van vaccins op basis van deze verzwakte stammen zich niet rechtstreeks bij de mens aantonen. Onderzoek met diermodellen (muizen en primaten), en daarvan afgeleide *in vitro*-experimenten naar indicatoren van een beschermende werking, kunnen over die effectiviteit meer duidelijkheid verschaffen en verdienen volgens de commissie prioriteit. Ten tweede het gekozen substraat voor de productie van het vaccin-virus. Het produceren van dat virus op de huid van levende runderen, hoe zorgvuldig ook uitgevoerd, brengt verschillende risico's met zich mee. De belangrijkste ontstaan door mogelijke verontreiniging met andere van het rund afkomstige infectieuze agentia. Volgens de huidige EME-

A-richtlijnen (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) moeten aldus verkregen biologische producten voldoen aan de voorwaarde dat het om rundermateriaal uit een BSE-vrij gebied gaat (EME01). Productie van zowel klassieke als verzwakte *vaccinia*-virussen in celkweeksystemen kan de genoemde risico's grotendeels of geheel wegnemen. De industrie heeft met zulke productiemethoden inmiddels de nodige ervaring opgedaan.

Gelet op deze vergevorderde fase van industriële ontwikkeling komt de noodzaak van registratie van dergelijke nieuwe vaccins snel naderbij. Die registratie zal in Europees en nationaal verband moeten geschieden. Soortgelijke ontwikkelingen doen zich voor in de Verenigde Staten, waar de FDA (Food and Drug Administration) bezig is beoordelingscriteria en toelatingseisen te formuleren (Ros01). Tot het zover is, zal men gebruik moeten maken van het 'klassieke' vaccin op basis van de Lister-stam (of daarmee overeenstemmende stammen).

Vaccinatiestrategie

Twee vorig jaar verschenen Amerikaanse rapporten bevatten gedetailleerde aanwijzingen voor de vaccinatiestrategie bij een, al dan niet opzettelijk veroorzaakte, uitbraak van het pokkenvirus (ACIP01, CDC01). Vooral de *Interim Smallpox Response Plan and Guidelines* van de Centers for Disease Control (CDC01) zijn naar het oordeel van de commissie bijzonder bruikbaar voor de projectgroep die het *Draaiboek Pokken* moet maken. Met klem stelt de CDC dat ringvaccinatie het aangewezen principe is om een pokkenepidemie in de greep te krijgen. Het principe behelst isolatie van bevestigde en vermoede gevallen van pokken, plus het opsporen, vaccineren en monitoren van een 'ring' van mensen die met de (vermoedelijk) besmette personen in contact zijn geweest (op minder dan twee meter gezichtsafstand).

Afhankelijk van de omvang van de epidemie en van de beschikbare verdedigingsmiddelen (zoals quarantainemogelijkheden en personele ondersteuning), kan de ring groter of kleiner worden gemaakt. De CDC geeft een opsomming van groepen mensen die dan vanuit een medische optiek met voorrang moeten worden gevaccineerd. Daartoe behoren, behalve de al genoemde 'contacten', onder meer de huisgenoten van die contacten en mensen die betrokken zijn bij de directe medisch zorgverlening, bij opsporingsactiviteiten, bij vaccinatie, bij het vervoer van (mogelijk) besmette personen, bij uit te voeren laboratoriumonderzoek en bij verwijdering van besmet materiaal. Als aannemelijk is dat het pokkenvirus in de vorm van fijne aerosolen werd verspreid, komen ook degenen die zich tijdens de aanwezigheid van de patiënt in een bepaalde ruimte bevonden voor vaccinatie in aanmerking. Wel moet men steeds scherp in het oog houden of er geen contra-indicaties zijn. Eerder in dit hoofdstuk wees de commissie al op de desbetreffende risicogroepen (ACIP01).

De commissie heeft apart stilgestaan bij de vraag of misschien nu al uit voorzorg vaccinatie van bepaalde hulpverleners aangewezen is (waarbij het eerst valt te denken aan revaccinatie van vroeger ingeënte leden van opsporingsteams). Zij ziet de noodzaak daartoe momenteel niet, mits het Draaiboek Pokken nauwkeurige specificaties bevat voor de vaccinatie van die hulpverleners. Het dan benodigde draagvlak zal door gerichte voorlichtingsactiviteiten de komende tijd moeten worden gecreëerd dan wel veilig gesteld.

Zeer onlangs kwam, vooral in de Verenigde Staten, de ringvaccinatiestrategie van diverse zijden onder kritiek te staan (Bic02, Dra02, Fau02). Portee van het commentaar: een bioterroristische aanslag kan veel grootschaliger zijn dan een natuurlijke uitbraak. Bovendien ging het destijds bij de bestrijding van zulke uitbraken via ringvaccinatie om een grotendeels geïmmuniseerde bevolking, terwijl tegenwoordig velen weinig of geen weerstand tegen het pokkenvirus hebben. Verder zijn mensen mobieler dan ooit, zodat verspreiding van het virus sneller kan gaan. Deze commentatoren vinden dat men serieus rekening moet houden met scenario's waarin ringvaccinatie als strategie faalt, met massale paniek en grote aantallen slachtoffers als gevolg. Zij breken daarom een lans voor een breed maatschappelijk debat waarin de mogelijkheid van vrijwillige vaccinatie van de bevolking aan de orde komt. Voordeel van zo'n vaccinatiestrategie is dat de immuniteit van vroeger tot op zekere hoogte kan worden hersteld, waardoor het pokkenvirus zijn aantrekkelijkheid als biowapen zou verliezen. Daar staat echter als groot nadeel tegenover dat zich op bevolkingsschaal nogal wat ernstige bijwerkingen zullen voordoen.

Inmiddels heeft de CDC een werkgroep in het leven geroepen die onder meer van plan is hoorzittingen met het publiek te houden over voors en tegens van de verschillende vaccinatiestrategieën (Cox02). Later dit jaar worden de aanbevelingen van die werkgroep verwacht.

Van Amerika terug naar Nederland. De commissie wil verduidelijken hoe zij de balans heeft opgemaakt. Om te beginnen heeft zij de risico's van massale vaccinatie tegen pokken scherp op het netvlies. Men mag zich volgens haar alleen dan over die risico's heenzetten, als er sprake is van een evidente gezondheidswinst. Iedereen tast echter in het duister over de kans op een terroristische aanslag met het pokkenvirus en over het verloop van zo'n aanslag. De commissie moet zich tot het laatste punt beperken. Tal van factoren spelen dan een rol, bijvoorbeeld hoeveel mensen oorspronkelijk besmet raken; hoeveel er per geval vervolgens worden geïnfecteerd; hoe effectief quarantaine en vaccinatie zijn. Factoren die op hun beurt weer afhangen van variabelen als mobiliteit, de restimmuniteit van de bevolking en de structuur en organisatie van de gezondheidszorg.

Uit modelberekeningen blijkt dat de uitkomsten vele ordes van grootte uit elkaar liggen, al naar gelang de gehanteerde parameterwaarden (Ens02a, Mel01). Welke parameterwaarden plausibel zijn is soms ook onduidelijk (Cla01, Gan01). Historische gegevens laten zien dat de mediaan van het aantal gevaccineerden per geval van pokken 2 155 bedroeg, met als 90%-percentiel 4 329 en als 10%-percentiel 3,5 (Mel01). Op een enkele uitzondering na was het totaal aantal gevaccineerden niet meer dan 1 miljoen. Gegeven de huidige stand van kennis — dat wil zeggen gelet op de enorme onzekerheden die in het geding zijn — ziet de commissie geen reden om het zwartste scenario als ijkpunt te hanteren. Zeker niet waar over de bijwerkingen van vaccinatie veel meer duidelijkheid bestaat. Algemene vaccinatie van de bevolking wijst de commissie daarom af. Oriëntatie op een ‘intermediair’ scenario, met maximaal zo’n 1 miljoen gevaccineerden, vindt zij uit gezondheidskundig oogpunt te verkiezen. Want zoals ook de bouwers van het zoëven vermelde model opmerken, heeft het produceren, opslaan en toedienen van zeer grote hoeveelheden vaccins (bijvoorbeeld voor de hele bevolking) niet alleen financiële repercussies maar ook logistieke bezwaren, die weer hun schaduw kunnen werpen op rest van het gezondheidszorgsysteem. Met andere woorden: vaccinatie van (een groot deel van) de bevolking kan, nog los van de bijwerkingen die dan optreden, dat systeem al gauw overbelasten. De commissie is er dan ook voorstander van dat niet elk land naar maximale zelfvoorziening streeft, maar dat de productie en voorraadvorming in internationaal verband worden gecoördineerd.

Resteert een kwestie waarvan de commissie het belang al diverse malen beklomtoonde: effectieve voorlichting aan de leden van het verdedigingsteam, zowel in de preventieve als in de uitvoeringsfase, en aan de bevolking als geheel, wanneer de nood aan de man komt. Advisering over dit thema valt echter buiten de taakopdracht van de commissie.

Literatuur

-
- ACIP01 Advisory Committee on Immunization Practices. Vaccinia (Smallpox) Vaccine. MMWR 2001; 50, No. RR-10.
- Alt02 Altman LK, Kolata G. Anthrax missteps offer guide to fight next bioterror battle. The New York Times, January 6, 2002.
- Bic02 Bicknell WJ. The case for voluntary smallpox vaccination. N Engl J Med 2002; 346: 1323-5.
- Boi01 Boin RA, 't Hart P. Public Leadership in Times of Crisis: Mission Impossible? Leiden University Crises Research Center. Leiden, 2001.
- CDC01 Centers for Disease Control. CDC Interim Smallpox Response Plan and Guidelines. CDC, Atlanta, 2001.
- Cla01 Clarke T. Smallpox, big problem? Nature. Science update, 13 December 2001.
- Coh01 Cohen J, Marshall E. Vaccines for biodefense: a system in distress. Science 2001; 294: 498-501.
- Cox02 Cox News Service. Studies fuel debate over vaccinations. April 19, 2002.
- Dra02 Drazen JM. Smallpox and bioterrorism. N Engl J Med 2002; 346: 1262-3.
- EC02 European Commission. <http://europa.eu.int/bioterrorism>.
- EME01 The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Note for Guidance on Minimising the Risk of Transmitting Animal Spongiform Encephalopathy Agents via Human and Veterinary Medicinal Products. EMEA, London, 31 May 2001.
- Ens01 Enserink M. Taking anthrax's genetic fingerprints. Science 2001; 294: 1810-2.
- Ens02 Enserink M, Stone R. Dead virus walking. Science 2002; 295: 2001-5.
- Ens02a Enserink M. How devastating would a smallpox attack really be? Science 2002; 296: 1592-5.
- Fau02 Fauci AS. Smallpox vaccination policy - the need for dialogue. N Engl J Med 2002; 346: 1319-20.
- Fen88 Fenner F, Henderson DA, Arita I, e.a. Smallpox and its Eradication. WHO, Geneva, 1988.
-

- Fre02 Frey SE, Couch RB, Tacket CO, e.a. Clinical responses to undiluted and diluted smallpox vaccine. *N Engl J Med* 2002; 346: 1265-74.
- Fre02a Frey SE, Newman FK, Cruz J, e.a. Dose-related effects of smallpox vaccine. *N Engl J Med* 2002; 346: 1275-80.
- Gan01 Gani R, Leach S. Transmission potential of smallpox in contemporary populations. *Nature* 2001; 414: 748-51.
- Gla02 Glass TA, Schoch SM. Bioterrorism and the people: how to vaccinate a city against panic. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 217-23.
- GR66 Gezondheidsraad. Advies inzake pokkenvaccinatie. Gezondheidsraad: Den Haag 1966, nr. 1966/10.
- GR68 Gezondheidsraad. Advies inzake pokkenvaccinatie bij zuigelingen. Gezondheidsraad: Den Haag 1968, nr 1968/10.
- GR71 Gezondheidsraad. Advies van de Commissie inzake Encephalitis postvaccinalis en andere verwikkelingen tengevolge van vaccinatie. Gezondheidsraad: Den Haag, 1971, nr 1971/21.
- GR01 Gezondheidsraad. Verdediging tegen bioterrorisme. Gezondheidsraad: Den Haag, 2001, nr 2001/16.
- Hen99 Henderson DA, Moss B. Smallpox and Vaccinia, in: Plotkin SA, Orenstein WA red. *Vaccines*. Third Edition. Philadelphia etc: WB Saunders Company, 1999.
- Kle01 Kleiner K. Trust the people. *New Scientist* 2001, 15 December 2001.
- Kol02 Kolata G, Altman LK. Smallpox vaccine stockpile is larger than was thought. *The New York Times*, March 29, 2002.
- Lan01 Lane HL, Fauci AS. Bioterrorism on the home front. *JAMA* 2001; 286: 2595-7.
- Lan01a Lane HL, La Montagne J, Fauci AS. Bioterrorism: a clear and present danger. *Nature Medicine* 2001; 7: 1271-3.
- Mac02 MacKenzie D. Stay of execution. *New Scientist* 2002; January, 26.
- Mec02 Meckler L. Scientists find varying anthrax genes. *Health - Associated Press*, January 22, 2002.
- Mel01 Meltzer MI, Damon I, LeDuc JW, e.a. Modeling potential responses to smallpox as a bioterrorist weapon. *Emerging Infectious Diseases* 2001; 7: 959-69.
- Nii02 Niiler E. Bioterrorism - biotechnology to the rescue? *Nature Biotechnology* 2002; 20: 21-5.
- RIVM02 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bioterrorisme. rivm.nl; 2002; 2, nr 1.
- Ros01 Rosenthal SR, Merchlinsky M, Kleppinger C, e.a. Developing new smallpox vaccines. *Emerging Infectious Diseases* 2001; 7: 920-6.
- Ros01a Rosenthal U, Boin RA, Comfort LK, red. *Managing Crisis: Threats, Dilemmas, Opportunities*. Springfield: Charles C Thomas, 2001.
- Ros89 Rosenthal U, Charles MT, 't Hart P, red. *Coping with Crises: The Management of Disasters, Riots and Terrorism*. Springfield: Charles C Thomas, 1989.
- Sto02 Stone R. WHO puts off destruction of US, Russian caches. *Science* 2002; 295: 598-9.
- WHO65 World Health Organization. Expert Group on Requirements for Biological Substances. Manufacturing establishments and control laboratories - Poliomyelitis vaccine (inactivated)-Poliomyelitis vaccine (oral) - Smallpox vaccine. WHO Tech. Report Series No. 323. Geneva, 1965.
-

WHO01 World Health Organization. Public Health Response to Biological and Chemical Weapons (second edition).
Geneva, 2001.

-
- A De adviesaanvraag
-
- B De commissie
-
- C Brief van de Minister van VWS

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 14 november 2001 schreef de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk GZB/GZ 2.233.266):

Op 14 juni 2001 heeft de Gezondheidsraad advies uitgebracht over de verdediging tegen bioterrorisme. Op 11 oktober 2001 heb ik een brief naar de Kamer gestuurd, waarin ik mijn standpunt op dit advies uiteenzet (GZB/GZ 2.222.228). Op dit moment werken verschillende betrokken organisaties aan de uitvoering hiervan. Het advies van uw Raad is de na de aanslagen van 11 september wellicht in een ander licht komen te staan. Ik wil u daarom vragen of het advies aanpassing behoeft als gevolg van de gebeurtenissen van 11 september. Is het bijvoorbeeld noodzakelijk om aanvullende activiteiten te ondernemen en zo ja, welke prioriteit moet hieraan worden gegeven?

Verder wil ik u enkele specifieke vragen stellen over pokkenvaccinatie. Zoals u waarschijnlijk weet is het RIVM gestart met de aanmaak van klassiek pokkenvaccin voor de Nederlandse bevolking. Daarnaast worden er op dit moment nieuwe methoden voor de productie van pokkenvaccins ontwikkeld. Ik wil u vragen om een analyse te maken van de (verwachte) effectiviteit van de verschillende productiemethoden en mij te adviseren over de methode waarop Nederland zich in de toekomst het beste kan richten. Tenslotte ligt het voor de hand om na blootstelling aan pokken te trachten verdere verspreiding te voorkomen middels ringvaccinatie. In hoeverre en onder welke omstandigheden acht u het waarschijnlijk dat ringvaccinatie afdoende is om grootschalige verspreiding tegen te gaan?

Bij de samenstelling van de Commissie verzoek ik u rekening te houden met specifieke expertise over pokkenvaccinatie. Het is wellicht ook wenselijk expertise van de WHO bij de advisering te betrekken, gezien

het internationale karakter van de verschillende vragen. Verder zou ik het op prijs stellen als de beraadslagingen bijgewoond kunnen worden door waarnemers van het directoraat generaal Volksgezondheid en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In de adviesaanvraag zijn een drietal deelvragen te onderscheiden. Sommige zijn mogelijk sneller en gemakkelijker te beantwoorden dan andere. Ik verzoek u mij afzonderlijk te adviseren, op het moment dat het antwoord op een van de deelvragen beschikbaar is.

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

w.g. dr E Borst-Eilers.

De commissie

-
- prof. dr JC Terlouw, *voorzitter*
oud-Commissaris van de Koningin in Gelderland
 - prof. dr RA Coutinho,
hoogleraar epidemiologie en bestrijding van infectieziekten; Universiteit Amsterdam;
Directeur GG & GD Amsterdam
 - dr PhJ van Dalen,
microbioloog; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
 - dr G Elzinga, *adviseur*
Directeur Volksgezondheid RIVM, Bilthoven,
 - prof. dr J Huisman,
emeritus hoogleraar epidemiologie en bestrijding van infectieziekten, Rotterdam
 - AAW Kalis, arts; *adviseur*
Ministerie van VWS, Den Haag,
 - prof. dr JA Knottnerus;
Voorzitter van de Gezondheidsraad, Den Haag
 - prof. dr JWM van der Meer,
hoogleraar inwendige geneeskunde; UMC St Radboud, Nijmegen
 - prof. dr J van der Noordaa, *adviseur*
emeritus hoogleraar virologie, Weesp
 - prof. dr ADME Osterhaus,
hoogleraar virologie, Erasmus Universiteit Rotterdam
-

- prof. dr EJ Ruitenberg,
hoogleraar internationale volksgezondheid; Vrije Universiteit, Amsterdam; oud-Directeur Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst, Amsterdam
- JE van Steenbergen, arts;
Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding, Utrecht
- dr P van der Torn, arts;
Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde, Utrecht
- JK van Wijngaarden, arts; *adviseur*
Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag;
- drs EJ Schoten, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag,

Waarnemer:

- dr AD Plantinga, RIVM, Bilthoven

Administratieve ondersteuning: M Javanmardi

Lay-out: M Javanmardi

Brief van de Minister van VWS

Op 11 oktober 2001 schreef de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (kenmerk GZB/GZ-222228):

Op vrijdag 5 oktober jl. zond het kabinet u een brief over terrorisme. Daarin werd ondermeer aangegeven dat met spoed uitvoering wordt gegeven aan de aanbevelingen van de Gezondheidsraad, zoals gedaan in het advies "Verdediging tegen bioterrorisme" van juni jl. (u toegezonden bij brief van 15 juni 2001). Met deze brief wil ik u in meer detail op de hoogte stellen van mijn standpunt op dit advies, en u informeren over de wijze waarop ik hier invulling aan wil geven.

Ik loop met deze brief deels vooruit op een brief over Nucleaire, Biologische en Chemische (NBC-dreigingen), die u binnenkort door het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties zal worden aangeboden.

Alvorens op het advies in te gaan, hecht ik er aan te benadrukken dat het uiteraard primair van belang is dat eventuele (bio)terroristische aanslagen voorkómen worden. De activiteiten op dit terrein worden met name uitgevoerd door de ministeries van BZK, Defensie en Buiza. Mocht er toch een aanslag plaatsvinden, dan moet dit zo snel mogelijk worden gesignaleerd en moet de bevolking zo goed mogelijk worden beschermd.

Er bestaat reeds een solide beheerstructuur, zowel nationaal als internationaal (WHO en EU), voor de opvang van epidemieën van natuurlijke oorsprong. In juni dit jaar heb ik u daar nog nader over geïnformeerd, in het kader van mijn standpunt op de positionering van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). Tevens wordt al enige tijd geanticipeerd op de mogelijkheid van een epidemie van niet-na-

tuurlijke oorsprong, ten gevolge van een bioterroristische aanslag. In het eerder genoemde advies van de Gezondheidsraad wordt geconstateerd dat , voor de opvang van een bioterroristische aanslag, voor een groot deel teruggevallen kan worden op de bestaande infrastructuur. Nederland verkeert in de gelukkige omstandigheid reeds over een goed netwerk voor de bestrijding van infectieziekten te beschikken.

De Gezondheidsraad beveelt evenwel aan de volgende punten extra aandacht te geven:

- Beroepsverenigingen moeten het voortouw nemen om artsen beter en veelvuldiger te attenderen op de mogelijkheid dat het optreden van zeldzame ziekten te wijten is aan moedwillige verspreiding van biologische agentia.
- Voor een tijdige identificatie van zeldzame of onbekende ziekteverwekkers is een goed georganiseerd netwerk van binnen- en buitenlandse deskundigen op het gebied van de microbiologie onmisbaar. De huidige structuren moeten verder worden geformaliseerd en ruimere financiële ondersteuning krijgen.
- Bestaande LCI-protocollen voor enkele prioritaire agentia dienen te worden uitgebreid met een appendix over mogelijke bioterroristische toepassingen.
- In aanvulling op het voorgaande is het van belang een apart draaiboek bioterrorisme te maken. Dat zal deel moeten gaan uitmaken van het voorgenomen, onder auspiciën van BZK op te stellen, draaiboek 'NBC-aanslagen' (NBC: Nucleair, Biologisch, Chemisch).
- Is zo'n draaiboek bioterrorisme eenmaal beschikbaar, dan moeten regelmatig goed georganiseerde oefeningen worden gehouden.
- Het is noodzakelijk om tot internationale samenwerking te komen op het terrein van de ontwikkeling en productie van specifieke vaccins, antibiotica en antivirale middelen.

Zoals de Gezondheidsraad constateert, spelen (huis-)artsen en GGD's een cruciale rol in de opsporing van infectieziekten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft inmiddels een circulaire naar alle artsen en relevante instellingen voor de gezondheidszorg gestuurd om hen alert te maken op de mogelijkheid van een aanslag, en om hen te wijzen op de wettelijke verplichting bijzondere infectieziekten te melden aan de GGD. De LCI houdt de GGD's regelmatig op de hoogte van relevante ontwikkelingen en heeft hen geattendeerd op de bestaande protocollen voor bijvoorbeeld miltvuur.

GGD Nederland voert in mijn opdracht een project uit voor de versterking van de lokale infectieziektebestrijding (VISI-project). Snelle alarmering en versterking van het netwerk tussen de GGD en overige veldpartijen (met name huisartsen en ziekenhuizen) is in dit project een eerste prioriteit.

Ik heb de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding opdracht gegeven bestaande draaiboeken voor epidemiebestrijding uit te breiden en nieuwe draaiboeken te ontwikkelen waar dit nodig is. Deze draaiboeken moeten uiteraard aansluiten bij de bestaande draaiboeken voor terrorisme in het algemeen, en bij de overige activiteiten die plaatsvinden in het kader van de NBC-dreiging. Ik ben tevens voornemens om geld te reserveren voor het regionaal oefenen met deze draaiboeken. Hierbij wil ik graag benadrukken dat ik der-

gelijke oefeningen ook wil benutten om te oefenen met het draaiboek influenza-pandemie, dat is bedoeld als model voor grootschalige natuurlijke epidemieën.

De bestaande nationale surveillancenetwerken voor (bekende) infectieziekten zullen — waar nodig — worden versterkt. Ook heb ik het RIVM gevraagd contracten af te sluiten met andere relevante laboratoria over monsternamen en diagnostiek van diverse zeldzame pathogenen. De reeds geplande bouw van een beveiligd laboratorium bij het RIVM zal met spoed worden opgepakt. Daarnaast ben ik in overleg met veldpartijen om een systeem te laten ontwikkelen voor de monitoring van onbekende ziektebeelden.

Wat vaccins en geneesmiddelen betreft, heb ik besloten tot het gebruiksklaar maken van de in Nederland beschikbare doses pokkenvaccin en tot het produceren van voldoende vaccins voor de Nederlandse behoefte. Tenslotte zal in interdepartementaal en internationaal verband worden bepaald in hoeverre Nederland zal investeren in de ontwikkeling van nieuwe vaccins, antibiotica of antivirale middelen. Het ontwikkelen van nieuwe vaccins en geneesmiddelen is een kostbare en langdurige zaak.

Bovengenoemde maatregelen zijn vooral relevant voor de mensen die beroepsmatig bij de infectieziektebestrijding zijn betrokken. Ik vertrouw erop dat hiermee voldoende kan worden gereageerd op een eventuele aanslag. Ik acht het niet nodig dat burgers zelf aanvullende maatregelen treffen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

dr E Borst-Eilers