
Adviesaanvraag (brief dd 22 maart 1999)

Brief van 22 maart 1999 (kenmerk GZB/GZ 99-996) van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Gezondheidsraad:

Overeenkomstig het door mij goedgekeurde Werkprogramma 1999 zult u een advies uitbrengen over infectie met chlamydia trachomatis (CT). In het bijzonder denkt u daarbij aan screening op CT-infectie. Naar inschatting leidt CT tot 60 000 nieuwe infecties per jaar. Chlamydia is vooral voor vrouwen verraderlijk. Ruim 60 % van de vrouwen die chlamydia hebben, merkt daar (vrijwel) niets van. Een belangrijke overweging voor agendering van het onderwerp uwerzijds vormen de gevolgen van CT-infectie: wanneer chlamydia niet tijdig wordt behandeld, kan dat bij ca. de helft van de vrouwen leiden tot ongewenste onvruchtbaarheid. Jaarlijks overkomt dat ca. 1000 vrouwen. Andere gevolgen kunnen zijn: chronische buikpijn, buitenbaarmoederlijke zwangerschap en verminderde vruchtbaarheid. De gevolgen zijn vermijdbaar indien CT wordt behandeld in het asymptomatische stadium. Ik ben van mening dat het een relevant volksgezondheidsprobleem betreft, waarover ik graag nader geïnformeerd word op geleide van een gerichte adviesvraag mijnerzijds. Deze treft u aan verderop in deze brief.

Bijstelling van beleid inzake preventie van SOA?

Bestrijding van (de gevolgen van) SOA vormt een blijvend aandachtspunt binnen het preventiebeleid van de rijksoverheid, en omvat vooral preventiemethoden als goede voorlichting over veilig vrijen en condoomgebruik, opsporing via case-finding (dus passief, als de gelegenheid zich voordoet), tijdige behandeling en partnerwaarschuwing. Via deze maatregelen worden zowel algemeen publiek als risicogroepen en de individuele patiënt bereikt. Laagdrempelige onderzoeks- en behandelingsfaciliteiten, surveillance, deskundigheidsbe-

vordering en toepassingsgericht onderzoek ondersteunen de bestrijding. Met een zekere regelmaat wordt de suggestie gedaan om hieraan grootschalige preventie in de vorm van bevolkingsonderzoek, ook wel screeningsprogramma's genaamd, toe te voegen. Bij het reageren op deze suggestie is het van belang om na te gaan aan welke voorwaarden dient te zijn voldaan om tot een verantwoord screeningsaanbod te komen. Verantwoord wil mijns inziens zeggen dat het te verwachten nut van de screening niet alleen ruim opweegt tegen de risico's daarvan voor de gezondheid van de te onderzoeken personen, maar ook tegen de financiële inspanningen die zijn vereist. Het kader hiervoor wordt geschetst in de op 1 juli 1996 in werking getreden Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) en het in dat verband door u geformuleerde toetsingskader voor vergunningaanvragen. Voor de goede orde meld ik dat het hier overigens geen vergunningplichtige aandoening betreft.

Ondanks de vereenvoudiging van de diagnostiek van CT-infectie de afgelopen jaren, waren deskundigen in NWO- en RGO-verband het er in 1996 voorsnog over eens dat de epidemiologische en klinische hiaten in de kennis nog te groot waren om over te gaan tot een weliswaar doelgerichte, maar uit psychosociaal en financieel oogpunt zeer belastende maatregel als screening van bijvoorbeeld seksueel actieve jongeren op chlamydia trachomatis. Dit was mede een gevolg van het asymptomatisch beloop van de acute infectie en het ontbreken van goede registratiesystemen.

In de Strategienota 1996-2001 van het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van NWO werd gesteld dat om het eventuele nut van screening op infecties met chlamydia trachomatis te bepalen, er eerst nader inzicht zal moeten bestaan in de prevalentie van de infectie en het natuurlijke beloop. Hieruit vloeide de aanbeveling voort om epidemiologische onderzoek uit te voeren naar de prevalentie, incidentie, spreiding, het natuurlijke beloop en de benadering van risicogroepen.

De RGO stelde in zijn advies Prioriteiten voor preventieonderzoek dat de screening van bepaalde groepen op SOA (waaronder chlamydia trachomatis) omstreden is, onder andere vanwege de schijnveiligheid die het zou opleveren. Onderzoek zou gewenst zijn om de incidentie en prevalentie van SOA beter in kaart te brengen, vooral buiten de bekende risicogroepen, omdat dit inzicht onvoldoende is. Ook zou meer inzicht nodig zijn in de frequentie van complicaties van SOA. Bovendien zijn er andere effectieve preventiemethoden beschikbaar. Vandaar dat er ook mijns inziens onvoldoende grond was om over te gaan tot screening, en optimalisering van het bestaande beleid de voorkeur heeft.

Inmiddels heeft er zowel in buiten- als binnenland aanvullend onderzoek plaatsgevonden op het gebied van CT, onder andere door de Vrije Universiteit te Amsterdam, de GG&GD Amsterdam en het RIVM. Daaruit komen indicaties naar voren voor een actiever beleid wat betreft screening. Ik wijs ook op recente ontwikkelingen in het buitenland, met name Engeland, waar inmiddels wordt aanbevolen om CT-testen aan te bieden aan alle symptomatische mannen en vrouwen, alle bezoekers van SOA- klinieken, en vrouwen met een abortuswens, alsmede case finding uit te voeren bij alle seksueel actieve vrouwen onder de 25 jaar en bij

vrouwen ouder dan 25 jaar met nieuwe sekspartners in de afgelopen 12 maanden. Concluderend ben ik met u van oordeel dat een nieuwe 'state of the art' op dit moment gebied zinvol is.

Adviesvraag

Met het oog op een afgewogen beslissing om tot screening (op geleide van algemene uitgangspunten) over te gaan heb ik behoefte aan een betrouwbaar en valide inzicht in de nut-risicoverhouding ervan. Betrouwbaar en valide houdt dan vooral in: wetenschappelijk onomstreden. De vraag naar (haalbaarheid van) de juiste strategie vergt ten minste nader inzicht in de volgende epidemiologische, medisch-inhoudelijke, gedragswetenschappelijke, juridisch-ethische en uitvoeringstechnische aspecten:

Prevalentie (zowel van CT als van de complicaties) risicofactoren en natuurlijk beloop

- Resistentievorming
- Samenhang met (screening op) andere SOA
- Kosteneffectiviteit van de aanbevolen screening per gedefinieerde doelgroep
- Bereidheid en compliantie met testen en therapie per doelgroep en aan de zijde van zorgaanbieders
- Organisatie, uitvoering en kwaliteitsbewaking van het geadviseerde beleid
- Psychosociale en maatschappelijke implicaties van screening
- Effecten van screening op veilig vrije- en hulpzoekgedrag
- Gevolgen voor voorlichting en contactopsporing
- Evaluatie en monitoring van het geadviseerde beleid

Speciale aandacht vraag ik voor medicalisering: het gaat daarbij de bestrijding van SOA immers, anders dan dat het geval is bij bijvoorbeeld borstkanker, om via primaire preventie (veilig vrijen, sputomruil) goed te voorkomen aandoeningen. Zeker in zo'n geval moet de beslissing om tot zwaardere interventies over te gaan niet secundaire preventie? Waar ligt het omslagpunt om over te gaan tot secundaire preventie? Welke overwegingen en criteria liggen hieraan ten grondslag? Tevens vraag ik uw bijzondere aandacht voor ervaringen en ontwikkelingen in het buitenland. Tot slot wijs ik erop dat beantwoording van onderhavige adviesaanvraag de inschakeling van brede deskundigheid vergt.

Met het oog op eventueel te starten proefprojecten zie ik uw advies graag binnen 6 maanden tegemoet.

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
w.g. dr E Borst-Eilers

Adviesaanvraag (brief dd 14 februari 2000)

Brief van 14 februari 2000 (kenmerk GZB/GZ 2.041.471) van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Gezondheidsraad:

Graag vraag ik uw aandacht voor het volgende.

Bij brief van 22 maart 1999 verzocht ik de Gezondheidsraad mij te adviseren over de waarde van chlamydiascreening voor te onderscheiden doelgroepen. Recent attendeerde het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) mij erop dat in het kader van de uitvoering van de Regeling Ziekenfondsraad abortusklinieken 1992 bij AWBZ-verzekerden een aantal abortusklinieken in het kader van de abortusbehandeling de cliënten is gaan screenen op chlamydia. Dit op basis van een advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg inzake genitale infecties met chlamydia trachomatis uit 1996. Naar aanleiding van deze ontwikkeling heeft het CVZ mij onder meer gevraagd of ook ik van mening ben dat chlamydiascreening onderdeel vormt van de abortusbehandeling in een abortuskliniek. Voor mijn oordeelsvorming zou ik ter zake graag het oordeel van de Gezondheidsraad vernemen. Ik verzoek u dit aandachtspunt expliciet mee te nemen in het bijpassende, reeds in gang gezette adviestraject rond chlamydiascreening.

Tot slot wijs ik u erop dat in mijn brief van 22 maart verzocht werd om een advies binnen zes maanden na dagtekening. Deze termijn is inmiddels ruimschoots verstreken.

Graag verneem ik wanneer u verwacht uw advies daadwerkelijk uit te kunnen brengen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
w.g. dr E Borst-Eilers
