

WBO: tuberculosescreening

Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2017/02, Den Haag 7 maart 2017

Gezondheidsraad



inhoud

Samenvatting	3
01 Inleiding	4
02 Screeningsmethode	6
03 Organisatie en kwaliteit	7
04 Vrijwillige deelname en informatie- en klachtenvoorziening	9
05 Conclusie en advies	10
Literatuur	11



samenvatting

Op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek heeft de minister van VWS in 2012 voorwaarden gesteld aan de verlenging van de vergunning voor de screening op tuberculose door de GGD'en. Om mensen te beschermen tegen de mogelijke nadelen van bevolkingsonderzoek, moesten zij, onder de noemer van GGD GHOR Nederland, binnen een jaar een plan van aanpak maken. In dat plan moest aandacht zijn voor: (verbetering van) de screeningsmethode, de organisatie en kwaliteit van de screening en de informatie- en klachtvoorziening voor de deelnemers. Op verzoek van de minister heeft de Commissie Bevolkingsonderzoek van de Gezondheidsraad de maatregelen die door de vergunninghouder zijn genomen beoordeeld.

De commissie constateert dat de GGD'en goede plannen hebben gemaakt om de screening te laten voldoen aan de wettelijke eisen. De uitvoering ervan verloopt echter traag, waardoor nog

niet aan alle voorwaarden is voldaan. De commissie vermoedt dat dit te maken heeft met de decentrale opzet van de GGD'en, waardoor het niveau van centrale regie dat nodig is voor een landelijk gestandaardiseerd screeningsprogramma van hoge kwaliteit ontbreekt. Zij adviseert de minister dan ook om de GGD'en aan te sporen prioriteit te geven aan de uitvoering van de plannen. Verder adviseert zij om de tuberculosescreening onder centrale regie te laten uitvoeren en beveelt aan daarbij een voorbeeld te nemen aan de landelijke bevolkingsonderzoeken naar kanker.



01 inleiding

Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (bijlage A) is de Gezondheidsraad nagegaan in hoeverre wordt voldaan aan de voorwaarden die de minister in 2012 heeft gesteld bij de vergunning voor het bevolkingsonderzoek naar tuberculose door de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en GGD GHOR Nederland.¹ Destijds was een vergunningaanvraag ingediend voor de verlenging van het lopende screeningsprogramma op tuberculose. De Gezondheidsraad constateerde dat het programma niet op alle onderdelen voldeed aan de eisen van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO).^{2,3} Gezien het maatschappelijke belang adviseerde de raad om de screening niet stil te leggen. Ervaringen uit de Verenigde Staten leren dat zelfs tijdelijk stoppen met screening snel tot meer tuberculose-uitbraken kan leiden en dat het, nadat screening weer is opgestart, jaren kan duren voor de kans op uitbraken weer is afgenomen tot het oude niveau.⁴ Een van de voorwaarden was dat er binnen een jaar een plan van aanpak zou liggen om de screening te laten voldoen aan de wettelijke eisen. De besturen van de GGD'en en GGD GHOR Nederland hebben hierover en over de door hen ondernomen activiteiten aan de minister gerapporteerd.⁵

Op 29 juni 2016 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad een adviesaanvraag van de minister om te beoordelen in hoeverre de vergunninghouder met de tot dan toe ondernomen activiteiten voldoet aan de wet. De Commissie Bevolkingsonderzoek heeft de beoordeling daarvan

uitgevoerd.^{1,6} Zij heeft bij haar beoordeling gebruikgemaakt van de schriftelijke materialen die de aanvrager heeft aangeleverd (de vergunningaanvraag en de bijlagen). In dit advies gaat zij na in hoeverre voldaan is aan de voorwaarden die betrekking hebben op de screeningsmethode (hoofdstuk 2), de organisatie en kwaliteit van de screening (hoofdstuk 3) en de informatie- en klachtenvoorziening (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 adviseert de commissie over de belangrijkste resterende verbeterpunten. De vicevoorzitter van de Gezondheidsraad heeft het advies van de Commissie Bevolkingsonderzoek aangeboden aan de minister van VWS.

Vergunningvoorwaarden

In 2012 verbond de minister de volgende voorwaarden aan de vergunning om tuberculosescreening uit te voeren.¹

- Het röntgenprotocol wordt geactualiseerd, met name op het punt van digitale röntgenfotografie, met in ieder geval aandacht voor uitvoering, stralingsbelasting, kwaliteitscontrole, deskundigheidsbevordering en beveiliging van de digitale opslag.
- De overgang van analoge naar digitale röntgenfotografie wordt geregistreerd en geëvalueerd.
- In het kwaliteitsregister en het Handboek TBC-bestrijding Nederland wordt de systematiek voor (continue) deskundigheidsbewaking en deskundigheidsbevordering voor alle medewerkers (ook de artsen tuberculosebestrijding) toegevoegd. Daarin moet duidelijk zijn hoe wordt gewaarborgd dat een medewerker (ook een



arts) die niet (meer) voldoet aan de eisen, geen tuberculose-screening meer mag uitvoeren.

- De kwaliteitseisen zijn onafhankelijk van de uitvoerder, of dit nu een GGD is of een ziekenhuis waaraan de tuberculosescreening is uitbesteed.
- In de richtlijnen wordt vastgelegd hoe wordt omgegaan met foutpositieven en nevenbevindingen: wie wordt waarom en wanneer verwezen. De vergunninghouder zorgt ervoor dat foutpositieven en de nevenbevindingen worden geregistreerd en gerapporteerd.
- Er wordt een informatieprotocol opgesteld waarin alle aspecten van de informatieprocedure (desnoods per groep) duidelijk zijn verwoord: hoe en met welke materialen/interventies wordt wie wanneer geïnformeerd.
- Er wordt vastgelegd dat vrijwillige toestemming en deelname voor alle risicogroepen het uitgangspunt is, niet alleen voor screening maar ook voor de behandeling en een eventuele opname als de behandeling faalt. Drang moet proportioneel zijn ten opzichte van het probleem (voor de risicogroep). Drang mag alleen worden overwogen als vrijwillige deelname wordt afgewezen en als alternatieven zijn uitgesloten.
- Er is een duidelijke en onafhankelijke klachtenprocedure en de mogelijkheid tot klagen moet duidelijk in de informatievoorziening zijn opgenomen.
- Zonder duidelijk wetenschappelijk bewijs voor meerwaarde van

IGRA in tuberculosescreening, kan IGRA niet worden ingevoerd in de screening.

- De vergunninghouder zorgt ervoor dat dubbelscreening van asielzoekers en immigranten zo veel mogelijk wordt voorkomen en geeft aan hoe dit gebeurt.
- Voor 1 januari 2013 stelt vergunningouder een plan op hoe de GGD-en aan bovengenoemde voorschriften kunnen voldoen. Dit plan is afgestemd met professionals, zoals KNCV Tuberculosefonds en het Centrum Infectieziektenbestrijding van het RIVM.

Screening op tuberculose

Tuberculose is een besmettelijke infectieziekte die veroorzaakt wordt door de tuberkelbacterie (*Mycobacterium tuberculosis*). Volgens de cijfers uit het Nederlands Tuberculose Register (NTR) zijn er in 2013 elf mensen gestorven aan de gevolgen van tuberculose, het merendeel ouder dan 65 jaar.⁷ Onder de algemene bevolking in Nederland is tuberculose zeldzaam: in 2014 kregen 5 op de 100.000 Nederlanders tuberculose (in totaal 823 patiënten).⁷ Sinds 1999 worden in Nederland daarom alleen risicogroepen gescreend waarbij tuberculose vaker voorkomt. Bij het bepalen van de risicogroepen volgt Nederland de vuistregel van de WHO: groepen waarvoor geldt dat de incidentie van tuberculose hoger of gelijk is aan 10 keer de lokale incidentie (5 per 100.000), oftewel 50 per 100.000. Het betreft



bijvoorbeeld asielzoekers en immigranten uit bepaalde landen, gedetineerden, zeevarenden, dak- en thuislozen en mensen die in contact zijn geweest met een tuberculosepatiënt. Het nut van tuberculosescreening is niet beperkt tot de individuele deelnemers uit de risicogroepen, het beoogt vooral ook de overdracht van infecties (met als gevolg uitbraken van tuberculose) in de algemene bevolking te voorkomen. Dit zogenoemde derdenbelang geeft een extra dimensie aan de verantwoordelijkheid van de overheid om de bevolking tegen tuberculose te beschermen.

Binnen de risicogroepen geldt voor de meeste betrokkenen dat zij ergens in hun leven besmet zijn geweest met de tuberkelbacterie. Dan heeft een zogenoemde Mantoux-test (een huidtest) geen zin meer, want die kan vele jaren na een besmetting nog positief zijn zonder dat er van tuberculose sprake is. Daarom is de primaire screeningstest vrijwel altijd een thoraxfoto (een röntgenfoto van de borst).

02 screeningsmethode

Volgens de commissie moet de voorwaarde gehandhaafd blijven, dat de screeningsmethode (nu vrijwel uitsluitend röntgenfoto's van de thorax) pas vervangen of aangevuld mag worden als de meerwaarde van een alterna-

tieve of aanvullende methode wetenschappelijk is aangetoond. Wanneer de GGD'en overwegen een aanpassing van de screeningsmethode in te voeren of daarnaar onderzoek te verrichten moeten deze daarvoor een vergunning aanvragen, zodat de Gezondheidsraad kan toetsen in hoeverre dit in overeenstemming is met de eisen van de wet.

IGRA

Een mogelijke innovatie in de tuberculosescreening is IGRA (Interferon Gamma Release Assays), een test die zich richt op eiwitten die specifiek zouden zijn voor tuberculosebacteriën. Een van de voorwaarden was dat een grotere rol van IGRA in de tuberculosescreening pas mocht worden overwogen als de meerwaarde ervan (in onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek) was vastgesteld. In 2012 was de wetenschappelijke basis voor IGRA in de tuberculosescreening volgens de commissie nog onvoldoende voor grootschalige toepassingen.³ De minister schreef in 2014 dat de voorwaarde kon vervallen, aangezien beroepsgroepen een richtlijn hebben opgesteld: 'Richtlijn Interferon Gamma Release Assays bij de diagnostiek van tuberculose'. In de richtlijn geven de opstellers echter aan dat er nog veel onderzoek nodig is naar IGRA.⁸ Ook de vergunninghouder meldt dat er momenteel (ook in Nederland) nog volop onderzoek wordt gedaan naar de rol van IGRA in de tuberculosescreening en verwacht dat deze in de toekomst zal toenemen. De commissie vindt dat de vergunninghouder opnieuw een vergunning aan moet vragen als hij voornemens is IGRA in te zetten (al dan niet in onderzoeksverband) binnen de tubercu-



losescreening. Zij kan dan de voornemens in de vergunningaanvraag toetsen aan de eisen van de wet en nagaan of:

- hiervoor voldoende wetenschappelijke basis bestaat en
- de nut-risicoverhouding gunstig is voor de deelnemers en
- voldaan wordt aan de wettelijke regels van medisch handelen.

03 organisatie en kwaliteit

Volgens de commissie heeft de vergunninghouder goede maatregelen genomen om de kwaliteit van de tuberculosescreening verder te ontwikkelen. Zo is bijvoorbeeld het röntgenprotocol geactualiseerd. De uitvoering van de overige maatregelen is echter nog niet zo ver dat aan alle voorwaarden is voldaan.

Kwaliteitssysteem

Een van de voorwaarden was dat in het kwaliteitsregister en het Handboek TBC-bestrijding Nederland de systematiek voor (continue) deskundigheidsbewaking en deskundigheidsbevordering voor alle medewerkers zou worden toegevoegd. Daarin zou duidelijk moeten zijn hoe wordt gewaarborgd dat medewerkers die niet (meer) voldoen aan de eisen, geen tuberculosescreening meer uitvoeren. Ook moesten de kwaliteitseisen onafhankelijk zijn van de uitvoerder, of dit nu een GGD is of een andere partij (zoals een ziekenhuis of laboratorium). Daarnaast moest

worden vastgelegd hoe wordt omgegaan met foutpositieven en nevenbevindingen. De vergunninghouder moest zorgen voor registratie en rapportage van de foutpositieven en de nevenbevindingen, en de gevolgen daarvan voor diagnostiek en behandeling.

De vergunninghouder is (een aanbestedingsprocedure) gestart voor het opzetten van een registratiesysteem voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid (waaronder het röntgenprotocol). Het Landelijk referentiecentrum bevolkingsonderzoek (LRCB) is betrokken bij de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem en zal erop toezien dat alleen geaccrediteerde medewerkers de tuberculosescreening uitvoeren. Ook zal het LRCB visitaties verrichten. Daarnaast is de vergunninghouder voornemens een protocol op te stellen voor de overeenkomst met ketenpartners, als een GGD onderdelen van de screening daaraan uitbesteedt. Ten behoeve van een uniforme kwaliteit van het bevolkingsonderzoek vindt de commissie het van groot belang dat een dergelijk protocol op korte termijn wordt geïmplementeerd. Het lijkt voor de hand te liggen (en mogelijk doet de vergunninghouder dat al) om ook hierbij het LRCB te betrekken.

In het registratiesysteem zullen foutpositieven en nevenbevindingen worden opgenomen. Vast onderdeel van de visitaties zal verder zijn hoe artsen omgaan met foutpositieven en nevenbevindingen. De vergunninghouder geeft aan dat er niet altijd goede terugkoppeling plaatsvindt over diagnoses en verwijzingen die buiten de directe reikwijdte van de GGD worden gedaan door andere partijen. De commissie deelt de observatie van de vergunninghouder dat dit een punt van zorg is; ook sluitende



ketenzorg is een voorwaarde voor een kwalitatief hoogstaand screeningsprogramma. Dit geldt des te sterker daar het veelal gaat om kwetsbare mensen, die vaak de Nederlandse taal niet (goed) machtig zijn en niet goed weten hoe het zorgsysteem in Nederland werkt.

De commissie constateert dat de plannen en ambities goed zijn, maar dat de uitvoering nu nog niet zo ver is dat aan de vergunningvoorwaarden is voldaan.

Actualisering röntgenprotocol

De afgelopen jaren heeft geleidelijk een overgang plaatsgevonden van analoge naar digitale röntgenfotografie. In het kader van de kwaliteitsbewaking moest daarom ook het röntgenprotocol worden geactualiseerd, met name op het punt van de consequenties van de overgang naar digitale röntgenfotografie. Daarbij was in ieder geval aandacht vereist voor uitvoering, stralingsbelasting, kwaliteitscontrole, deskundigheidsbevordering en beveiliging van digitale opslag.

De commissie is positief over de aanpassing die de vergunninghouder, in samenwerking met het LRCB, heeft aangebracht in het röntgenprotocol voor kinderen om te voldoen aan de daarvoor geldende richtlijnen. Zij heeft begrepen dat kinderen tijdens de screening hierdoor veel minder ioniserende straling ontvangen dan in de jaren daarvoor het geval was. Dit onderstreept het belang van een continu kwaliteitsborgingsysteem. Uit de beschikbare informatie kan de commissie niet nagaan of inmiddels alle GGD'en zijn overgestapt van analoge op digitale röntgenfotografie.

Landelijke standaardisatie van de protocollen is belangrijk voor de kwaliteit van het programma, daarom adviseert de commissie om dit na te laten gaan.

Voorkomen dubbelscreening

Een andere voorwaarde was dat dubbelscreening van asielzoekers en immigranten zo veel mogelijk moest worden voorkomen.

De commissie heeft de indruk dat er voldoende randvoorwaarden zijn om dubbelscreening van asielzoekers te voorkomen. In Ter Apel krijgen asielzoekers een registratienummer en kunnen ze pas worden overgeplaatst nadat de uitslag van de tuberculosescreening bekend is. Op Schiphol krijgen asielzoekers bij binnenkomst een medische intake, waarvan tuberculosescreening onderdeel uitmaakt. De commissie vindt het aannemelijk dat dubbelscreening van asielzoekers nu ook in de praktijk nauwelijks meer voorkomt, al heeft zij dat niet kunnen vaststellen.

Voor immigranten die geen asielzoeker zijn, bijvoorbeeld uit Oost-Europese landen, en voor illegalen (en hun kinderen) bestaan geen waarborgen tegen dubbelscreening. De vergunninghouder rapporteert niet over deze groepen. Probleem is dat deze mensen niet geregistreerd worden. Ook kinderen van illegalen die in aanmerking komen voor BCG-vaccinatie (tegen tuberculose) worden niet centraal geregistreerd. Dat kan ertoe leiden dat immigranten en illegalen en de kinderen daarvan niet worden gescreend, maar ook dat zij dubbel worden gescreend.

Hoewel de commissie zich realiseert dat dit lastiger te organiseren is, vindt



zij dat de waarborgen om dubbelscreening te voorkomen moeten worden uitgebreid naar immigranten en illegalen. Het is belangrijk om mensen uit risicogroepen tuberculosescreening aan te bieden, maar het is bovendien belangrijk om te voorkomen dat deze mensen dubbel gescreend worden.

04 vrijwillige deelname en informatie- en klachtenvoorziening

Er is een protocol ontwikkeld voor de informatie- en klachtenvoorziening voor de deelnemers aan de tuberculosescreening. De commissie vindt dat deze voorzieningen wel verbeterd zijn, maar te algemeen en te weinig toegespitst op de doelgroepen van de screening. Ook geven ze te weinig sturing aan de praktijk. Verder geldt dat de klachtenprocedure wel verbeterd is, maar dat de toegankelijkheid ervan voor anderstaligen en laaggeletterden onvoldoende is. Daarom concludeert de commissie dat nog niet aan de voorwaarden is voldaan. Zij vindt dat een landelijk bevolkingsonderzoek vraagt om landelijke standaardisatie van de informatie- en klachtenvoorziening en controle daarop.

Informatieprotocol

Een voorwaarde bij de vergunning was dat er een informatieprotocol opgesteld moest worden met aandacht voor alle aspecten van de informa-

tieprocedure, zodat duidelijk is wie, wanneer, op welke manier wordt geïnformeerd (door GGD'en of door ketenpartners). Ook moest worden vastgelegd dat vrijwillige deelname voor alle risicogroepen het uitgangspunt is, niet alleen voor screening maar ook voor de behandeling en een eventuele opname als de behandeling faalt. Drang moet proportioneel zijn en mag alleen worden overwogen als vrijwillige deelname wordt afgewezen en als alternatieven zijn uitgesloten.

De vergunninghouder heeft een informatieprotocol opgesteld en voorbeelden van (online) informatie opgestuurd. De commissie noemt een aantal punten die in het protocol en de informatievoorziening verbetering behoeven.

- Het protocol gaat te algemeen in op vrijwillige deelname en het gebruik van drang bij tuberculosescreening. Er staat niet in bij welke risicogroepen drang wordt gebruikt en wat voor die groepen de consequenties van weigering zijn: dat gedetineerden dan worden afgezonderd, dat zeevaarders dan niet aan land mogen en dat asielzoekers dan de toegang tot ons land wordt ontzegd.
- Het protocol geeft onvoldoende aanwijzingen hoe om te gaan met anderstaligen en laaggeletterden. Aandacht voor die groepen is belangrijk om ervoor te zorgen dat er daadwerkelijk begrijpelijke informatie beschikbaar en toegankelijk is voor de groepen die voor screening in aanmerking komen. Het protocol benoemt bijvoorbeeld de mogelijkheid van tolken, maar geeft niet aan in welke gevallen daarin wordt voorzien. De commissie vindt dat tolken naar behoefte beschikbaar zouden



moeten zijn.

- De informatie sluit onvoldoende aan bij het taalniveau van de doelgroepen van de screening: het taalgebruik is ingewikkeld en de informatie wordt nog te weinig ondersteund met plaatjes.
- In het protocol ontbreekt informatie over de omgang met privacy. Zo is van belang om de deelnemers te vertellen dat de uitslag van een positieve screeningstest aan de GGD zal worden doorgegeven (art. 22 lid 2 Wet publieke gezondheid). Bij gedetineerden en asielzoekers is voorstelbaar dat de uitslag gedeeld moet worden met meer mensen dan alleen de behandelend arts en de GGD.
- Bij een positieve uitslag moeten mensen vervolgdagnostiek en behandeling krijgen. In het protocol staat niet dat dit de deelnemers verteld moet worden.
- Het protocol geeft geen aanwijzingen hoe vooraf met de deelnemers de mogelijkheid en consequenties van foutpositieve uitslagen en nevenbevindingen te bespreken.

Klachtenprocedure

Bij de vergunning was als voorwaarde gesteld dat er een duidelijke en onafhankelijke klachtenprocedure moest zijn en de mogelijkheid tot klagen duidelijk in de informatievoorziening moest zijn opgenomen. Daarbij moest volgens de commissie rekening worden gehouden met anderstaligen, laaggeletterden en andere kwetsbare groepen.

De vergunninghouder heeft verbeteringen doorgevoerd in de klachten-

voorziening. De commissie vindt echter dat er meer aandacht nodig is voor anderstaligen en laaggeletterden:

- Er is voor asielzoekers een factsheet in vreemde talen, maar het is onduidelijk in hoeverre GGD'en deze gebruiken.
- Klachtenformulieren zijn vaak moeilijk te vinden voor anderstaligen en laaggeletterden, omdat ze alleen te benaderen zijn via diverse Nederlandstalige webpagina's en de informatie op deze pagina's moeilijk te begrijpen is.
- Op de verschillende GGD-websites wordt steeds verschillend verwezen naar klachtenprocedures, die per GGD lijken te verschillen.
- Een klacht kan alleen in het Nederlands of Engels worden ingediend. Betrokkenen die deze talen niet beheersen wordt geadviseerd hulp te vragen aan een familielid. De commissie vindt dat onafhankelijke ondersteuning (zoals een tolk) naar behoefte beschikbaar zou moeten zijn.

Overigens wijst de commissie erop dat de klachtenregeling per 1 januari 2017 moet zijn aangepast om te voldoen aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

05 conclusie en advies

De commissie concludeert dat de vergunninghouder belangrijke stappen heeft gezet. Zo is contact gezocht met het LRCB, dat de kwaliteit van



bevolkingsonderzoek waarborgt in het bijzonder op gebied van röntgenfotografie. Het LRCB heeft een grote rol gekregen bij het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de tuberculosescreening. Een belangrijke tot de verbeelding sprekende verbetering is dat het röntgenprotocol voor kinderen is aangepast, waardoor zij beduidend minder straling krijgen dan voorheen. Tegelijk constateert de commissie dat het veranderproces traag verloopt, waardoor nog steeds niet aan alle voorwaarden is voldaan. Zij vermoedt dat dit te wijten is aan de decentrale opzet van de GGD'en. De GGD'en zijn weliswaar verenigd onder de noemer GGD GHOR Nederland, maar dit leidt niet tot de standaardisatie die een kwalitatief hoogstaand landelijk programma voor bevolkingsonderzoek vraagt. Daarom adviseert de commissie de minister om:

- de tuberculosescreening onder landelijke regie te laten uitvoeren. De wijze waarop de landelijke bevolkingsonderzoeksprogramma's naar kanker zijn georganiseerd kan hierbij als voorbeeld dienen
- de vergunninghouder aan te moedigen zijn veranderproces voort te zetten en daaraan meer prioriteit te verlenen
- waar mogelijk landelijke standaardisatie te laten realiseren (zoals in de informatievoorziening en klachtenprocedure)
- de vergunninghouder vergunning te laten vragen voor de invoering van en onderzoek naar alternatieve of aanvullende screeningsmethodes in de tuberculosescreening (zoals IGRA). De Gezondheidsraad zal deze aanvraag dan toetsen aan de eisen van de wet en adviseren over

(onderzoek naar) de meerwaarde van de test en over verantwoorde implementatie ervan

- na te laten gaan of alle centra nu zijn overgegaan van analoge op digitale röntgenfotografie
- te laten waarborgen dat dubbelscreening van immigranten en illegalen wordt voorkomen, net zoals de vergunninghouder dat voor asielzoekers geregeld heeft
- in de informatie- en klachtenvoorziening meer aandacht te laten besteden aan de veelal kwetsbare doelgroepen van tuberculosescreening. Zo zijn meer gerichte voorzieningen voor anderstaligen en laaggeletterden nodig.

literatuur

- ¹ Brief van de Minister van VWS 10 april 2012 over WBO-vergunning TBC-screening. Den Haag 2012.
- ² Gezondheidsraad. Commissie WBO. Wet bevolkingsonderzoek: tuberculose. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999; publicatienr. 1999/01WBO.
- ³ Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: tuberculosescreening. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/06.
- ⁴ Paolo WF, Jr., Nosanchuk JD. Tuberculosis in New York city: recent



lessons and a look ahead. Lancet Infect Dis. 2004; 4(5): 287-93.

- ⁵ Brief directeur GGD aan de minister van VWS 23 december 2013 over Vergunningaanvraag bevolkingsonderzoek naar tuberculose. Den Haag 2013.
- ⁶ Brief van de minister van VWS 8 augustus 2014 aan GGD Nederland over Verlenging WBO-vergunning tuberculosescreening. Den Haag 2014.
- ⁷ RIVM. Tuberculose in Nederland 2013: Surveillancerapport. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM-rapportnummer: 2014-0106.
- ⁸ KNCV tuberculosefonds. Richtlijn Interferon Gamma Release Assays bij de diagnostiek van tuberculose 2010. Den Haag: 2010.



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 en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet). De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Milieu; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Economische Zaken. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. WBO: tuberculosescreening. Den Haag: Gezondheidsraad, 2017;
publicatienr. 2017/02.

auteursrecht voorbehouden

