

Reactie op vragen rondetafelgesprek ‘Vaccineren’, visie Patricia Bruijning-Verhagen

Hoe ziet de doorlooptijd eruit vanaf het besluit tot opname / aanbieden vaccinatie naar voldoende vaccins in voorraad tot ter beschikkingstelling aan mensen?

De totale doorlooptijd is afhankelijk van het vaccin, de doelgroep en de aanbiederingsroute en kan variëren van enkele maanden tot meerdere jaren. Na een besluit tot vaccinatie wordt een aanbestedingsprocedure gestart voor het te verkrijgen vaccin. Voorts is de leveringsduur van het gekozen vaccin afhankelijk van de benodigde hoeveelheden en productietijden. Parallel wordt door het RIVM een uitvoeringsplan opgesteld in samenspraak met betrokken zorgprofessionals, zoals JGZ-artsen, huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen en worden professionele vaccinatierichtlijnen ontwikkeld. In toenemende mate worden vaccinaties voor specifieke risicogroepen geïntroduceerd, zoals rotavirusvaccinatie, griepvaccinatie en kinkhoestvaccinatie voor zwangeren. Hiervoor is afstemming met meerdere beroepsgroepen en aanbieders van vaccinatie nodig (JGZ, huisarts, verloskunde, tweede lijn, werkgevers). Dit verhoogd de complexiteit en daarmee de duur van dit proces. De totale doorlooptijd zou kunnen worden verkort door de vaccin-aanbestedingsprocedure te integreren in het evaluatie- en adviseringsproces door de Gezondheidsraad commissie vaccinaties (GR). Een tweede voordeel hiervan is dat de beoordeling van kosteneffectiviteit, een belangrijk criterium in het evaluatieproces, gebaseerd is op de werkelijk gerealiseerde vaccinprijs, i.p.v. de ‘veronderstelde vaccinprijs na aanbesteding’.

Hoe vindt de beoordeling plaats of een vaccin al dan niet in aanmerking komt voor opname in het basispakket en hoe verloopt de samenwerking tussen Zorginstituut, GR en RIVM?

In 2013 is een GR advies uitgebracht over ‘het individuele, collectieve en publieke belang van vaccinatie’. Geadviseerd werd voortaan één beoordelingskader en -instantie te hanteren voor elke vaccinatie waarmee bepaald wordt voor welke doelgroep en waar, een vaccin het beste geplaatst kan worden: publiek programma, basispakket of individuele zorg voor eigen rekening. Deze taak is neergelegd bij de GR. Sinds de nieuwe werkwijze zijn er echter geen adviezen uitgebracht waarbij de geadviseerde keuze voor een vaccinatie ‘opname in het basispakket’ betrof. Het ging enkel om adviezen voor wel/geen opname in een publiek programma. De inbreng van het Zorginstituut is tot op heden daardoor moeilijk te evalueren. De samenwerking met het RIVM bestaat eruit dat zij over het betreffende onderwerp wetenschappelijke input levert aan de GR.

Een adviesaanvraag over een infectieziekte en vaccinatie daartegen wordt geïnitieerd door VWS. Zij zijn de opdrachtgever. De bevoegdheid hiertoe zou echter ook bij de GR zelf gelegd kunnen worden, zodat zij op eigen initiatief een advies kunnen uitbrengen. Het voordeel hiervan is dat de expertise van de GR ruimer wordt benut voor het selecteren en prioriteren van onderwerpen, en kan sneller worden ingespeeld op actuele ontwikkelingen.

Vanzelfsprekend dient de GR voor efficiënte advisering en voor het actief signaleren van belangrijke vaccinatieonderwerpen te beschikken over ruime expertise en ervaring t.a.v. microbiologische, medische, immunologische en epidemiologische aspecten van infectieziekten en vaccinaties. Eenzelfde rol, het initiëren van adviesaanvragen, zou kunnen worden overwogen voor het RIVM. Het monitoren van infectieziekten in de samenleving behoort tot haar kerntaken. Relevante infectieziektensignalen en potentiële nieuwe dreigingen kunnen een versnelde advisering gewenst maken. Een meer directe samenwerking hierin tussen RIVM en GR, zonder noodzakelijke tussenkomst van VWS, kan dergelijke processen bespoedigen.

Op welke financieel-economische gronden worden besluiten genomen en hoe staan die in verhouding tot meer ethische afwegingen?

Het financieel-economische criterium is de kosteneffectiviteit: de verhouding tussen gezondheidswinst (bij vaccinatie veelal het voorkomen van gezondheidsverlies) en de kosten die daarvoor gemaakt worden. Er wordt gerekend met een generieke maat voor gezondheidswinst: de kosten per gewonnen levensjaar in goede gezondheid (QALY). Om te bepalen of een vaccinatie kosteneffectief is wordt doorgaans de grens van 20.000 EUR per QALY gehanteerd. Internationaal bezien is deze grens vrij strikt, ook in verhouding tot de gehanteerde grenzen in de curatieve geneeskunde (80.000EUR/QALY). De vraag is of deze strenge grens voor vaccinaties in alle gevallen recht doet aan de uitgebreidheid van de problematiek. Met name voor infectieziekten waarbij sprake is van plots en ernstig gezondheidsverlies (bijvoorbeeld meningokokken) is het werkelijke ‘verlies’ vaak groter dan enkel de directe gezondheid van het getroffen individu. Het heeft grote impact op zowel het individu, zijn directe omgeving en soms zelfs op de brede samenleving. Een ruimere grens voor kosteneffectiviteit, of het anderszins meewegen van deze gevolgen voor de omgeving, zou bij ernstige infectieziekten te rechtvaardigen zijn.

Hoe vindt de oproep voor vaccinatie plaats? In hoeverre komen mensen / ouders van kinderen op en welke ontwikkelingen zijn daarin zichtbaar?

Ouders/verzorgers van kinderen worden hiertoe automatisch opgeroepen via de JGZ. Wanneer ouders niet verschijnen op geplande consulten wordt er vanuit het consultatiebureau contact gezocht met ouders. De opkomst voor afspraken bij het consultatiebureau is doorgaans hoog en al jaren vrij stabiel.

Op welke wijze vindt informed consent plaats?

Ouders ontvangen standaard informatie over vaccinaties. Deze is in meerdere talen beschikbaar. Daarnaast is er tijdens het consult ruimte voor vragen/informatie. Bij uitgebreide vragen of twijfels is er mogelijkheid om zonder kosten voor ouders een extra consult in te plannen. Expliciete toestemming van ouders voor vaccinatie is overigens niet vereist.

Hoe kan de informatie zorgvuldiger met de Kamer worden gedeeld?

Het RIVM brengt jaarlijks een openbaar rapport uit over de ontwikkelingen omtrent het RVP, een goede en complete bron van informatie, ook voor de Kamer. Voor actuele ontwikkelingen m.b.t. uitbraken, verspreiding en toenames in infectieziekten in binnen- en buitenland is er wekelijks het RIVM signaleringsoverleg. De signalen uit dit overleg worden wekelijks in een overzicht verspreid onder aangesloten professionals van oa. GGD, ziekenhuizen, laboratoria. Dit overzicht zou ook voor de Kamer relevant kunnen zijn om de actualiteiten te volgen.

Een deel van de vaccins is wel via de huisarts verkrijgbaar op eigen kosten, maar daar wordt nauwelijks gebruik van gemaakt. Hoe komt dat? En welke mogelijkheden zijn er om dit te veranderen?

In Nederlands worden vaccinaties van het rijksvaccinatieprogramma toegediend door de JGZ. Door deze inrichting valt vaccinatie niet onder het primaire takenpakket van de huisarts (uitgezonderd de griepvaccinatie). Zij hebben er daarom weinig ervaring mee en vaak ontbreekt specifieke kennis. Er is voor wat betreft vaccinaties buiten het reguliere programma geen actief beleid vanuit de overheid of de beroepsvereniging van huisartsen om deze te promoten of hierover te adviseren. Door het thema vaccinaties uitgebreider te behandelen in de huisartsenopleiding kan de kennis van huisartsen, en daarmee de toegang voor patiënten tot vaccinatieadvies, verbeterd worden. Een tweede belangrijk argument om de vaccinatiekennis onder huisartsen te bevorderen is dat zij bij uitstek de geschikte zorgverlener zijn om twijfelende ouders te adviseren over het rijksvaccinatieprogramma. Zij hebben immers een langdurige vertrouwensrelatie met hun patiënten. Hetzelfde geldt overigens voor verloskundigen t.a.v. vaccinatie in de zwangerschap.