

Vergaderjaar 2015–2016

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 30

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 20 november 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 oktober 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2015 inzake de aanbieding van het IGZ-rapport Infectieziekte en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar (Kamerstuk 25 295, nr. 26);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2015 met aanbieding van het rapport Antibiotica in ziekenhuizen: profylaxe en antibiotic stewardship van de Gezondheidsraad (Kamerstuk 32 620, nr. 155);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 april 2015 inzake het IGZ-rapport Instellingen in ouderenzorg nemen nog steeds onvoldoende actie om hygiëne en infectiepreventie te verbeteren (Kamerstuk 31 765, nr. 141);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 juni 2015 inzake de aanpak van antibioticaresistentie (Kamerstuk 32 620, nr. 159);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2015 inzake de stand van zaken van de aanpak van de ziekte van Lyme en het expertisecentrum (Kamerstuk 33 897, nr. 6);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2015 betreffende de beleidswijziging exotische vectoren (Kamerstuk 32 793, nr. 191);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juli 2015 inzake de aanbieding van het advies van het deskundigenberaad Hepatitis E (Kamerstuk 25 295, nr. 29);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 oktober 2015 met haar reactie op het verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake de zorgwekkende situatie rondom het stilvallen van de productie en levering van antibiotica aan duizenden long- en huidpatiënten (Kamerstuk 32 620, nr. 165);**

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 oktober 2015 inzake de zoönosebrief (Kamerstuk 28 286, nr. 844).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Van Gerven, Krol, Lodders, Wolbert en Ziengs,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Goedemorgen allemaal. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin vandaag het infectiepreventiebeleid aan de orde zal zijn. Ik heet de Minister, haar ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden en de mensen die het debat hier of op een andere manier volgen van harte welkom. Ik spreek met de leden een spreektijd van vier minuten af. In eerste termijn sta ik een tweetal interrupties toe. Ondanks het feit dat de heer Ziengs op de plek van de eerste spreker zit, zal de heer Van Gerven als eerste het woord voeren, omdat hij na zijn inbreng deze vergadering moet verlaten in verband met andere werkzaamheden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik dank u, mevrouw de voorzitter, en ook de heer Ziengs voor zijn bereidheid om mij voor te laten gaan. Voorzitter. Recentelijk werden wij opgeschrikt door het bericht dat de productie en levering van verschillende soorten antibiotica voor duizenden long- en huidpatiënten in Nederland grotendeels waren stilgevallen. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen noemde de situatie uitermate zorgwekkend. De specifieke antibiotica waren op. Er moest uitgeweken worden naar een breedspectrumantibioticum, maar dat gaat eigenlijk lijnrecht in tegen ons streven om antibioticaresistentie tegen te gaan. De producent geeft aan dat de productie de komende jaren waarschijnlijk niet op gang komt. Uit de reactie van de Minister wordt mij de precieze oplossing voor deze concrete situatie niet duidelijk. Is er genoeg van dit smalspectrumantibioticum? Hoe groot is het probleem? Moeten wij, als de markt niet levert, niet zelf het publieke initiatief nemen om dit voor de toekomst te voorkomen? Wij kunnen bedrijven bijvoorbeeld verplichten om een smalspectrumantibioticum te leveren en in het uiterste geval kunnen we zelf een bedrijf opstarten. Dit vraagstuk klemmt temeer, omdat er wereldwijd sprake is van een toename van de antibioticaresistentie.

De inspectie concludeerde dat er bij veel zorginstellingen nog onvoldoende urgentiebesef was en dat er een grotere inspanning nodig is, bijvoorbeeld voor samenwerking tussen instellingen en tussen verschillende sectoren in de zorg. De mobiliteit van patiënten neemt immers toe en op dit moment is de samenwerking niet sterk genoeg georganiseerd om resistentie toekomstbestendig te kunnen beheersen. Het veld is aan zet, zegt de Minister. Maar is dit signaal van de inspectie voldoende opgepakt? Pakken de gezondheidsministers uit de ons omringende landen hun rol op? Dat is erg relevant als je je realiseert dat in Duitsland maar liefst tot twintig keer meer antibioticaresistente bacteriën in zorginstellingen voorkomen en zowel patiënten als artsen voor werk of behandeling regelmatig de grens oversteken.

De GGD'en zijn verantwoordelijk voor de inspectie, de ziektebestrijding en de tuberculosebestrijding. De inspectie concludeert dat het over het algemeen goed gaat, maar dat we waakzaam moeten blijven, omdat we regelmatig met nieuwe ziekteverwekkers worden geconfronteerd. Hier gaat de Minister nauwelijks op in. Ik vraag de Minister dus of wij wel voldoende zijn voorbereid op deze nieuwe ziekteverwekkers, zeker omdat in veel regio's de investeringen in deze belangrijke onderwerpen

versoberd zijn. Dit heeft in enkele gevallen zelfs al tot concrete tekortkomingen geleid en zal in de toekomst tot meer risico's leiden. Er is een beperkt aantal deskundigen. Verder is een verbetering van de registratie en afspraken onderling nodig. Kan de Minister hierop ingaan? Wat zijn de gevolgen en de risico's van deze bezuinigingen? Hebben de gemeenten voldoende aandacht voor deze thema's? Kunnen we de aanpak van antibioticaresistentie bij de GGD in samenwerking met het RIVM neerleggen? Zo ja, gaan wij hier dan extra op inzetten? Welke ernstige tekortkomingen zijn er geweest en wat gaan wij eraan doen om dit soort risico's in de toekomst te voorkomen? Zijn alle GGD-regio's klaar voor een mogelijke uitbraak?

Tot slot vraag ik de Minister in het kader van de antimicrobiële resistentie-agenda om de oproep van het KNCV Tuberculosefonds, met prinses Margriet als beschermvrouwe, te steunen en een mondiale oproep te doen om tot een effectieve aanpak van de multiresistente vorm van tuberculose te komen. Het fonds heeft concreet de volgende verzoeken: het voorkomen van MDR-TB door goede opsporing en effectieve behandeling van gewone tbc, het drastisch uitbreiden van testen op resistente vormen van tbc, het versneld invoeren en gebruiken van nieuwe medicijnen, inclusief het goed monitoren van bijwerkingen zodat de patiënten de zware behandeling kunnen volbrengen, het moderniseren van de behandelingsaanpak – die moet kostenverlagend, effectiever en patiëntvriendelijker zijn, thuis en buiten de muren van het ziekenhuis – en als laatste het geven van een impuls aan research and development, dus de ontwikkeling van nieuwe vaccins, de verbetering van de diagnostiek en de zorg voor effectievere en minder toxische medicijnen.

De heer **Ziengs** (VVD): Voorzitter. We spreken vandaag over infectiepreventie met in het bijzonder aandacht voor de dreiging van antibioticaresistentie. Ik denk dat iedereen hier aan tafel de gevaren van resistente bacteriën voor onze volksgezondheid inziet. De VVD is daarom ook tevreden met de voortrekkersrol die Nederland, onder aanvoering van de Minister, vervult om deze dreiging zo veel mogelijk in te dammen. Wij zien daarnaast ruimte voor scherper beleid op een aantal punten, bijvoorbeeld profylaxe.

De Minister heeft ongetwijfeld net als ik in het advies van de Gezondheidsraad gelezen dat er weinig zicht is op de omvang van het gebruik van profylaxe, ook omdat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen het gebruik van antibiotica voor therapeutische en profylactische doeleinden. Ik haal uit het advies dat er niet eenduidig wordt gedacht over de balans tussen het belang van de individuele patiënt enerzijds en het belang van de volksgezondheid anderzijds oftewel de lagere kans op sterfte tegenover het gevaar van steeds meer resistente bacteriën. Dit is een buitengewoon lastige afweging. Ik vraag mij af hoe de Minister hier beleidsmatig mee omgaat. Kan de Minister toelichten welke ruimte zij ziet om deze knelpunten aan te pakken?

Hetzelfde geldt voor de problemen met de richtlijnen voor profylactisch antibioticagebruik. Volgens de Gezondheidsraad zijn er voor één handelwijze soms meerdere richtlijnen die niet altijd goed op elkaar aansluiten. Er bestaan ook interpretatieverschillen van richtlijnen. Soms worden de richtlijnen gewoon onvoldoende toegepast. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat richtlijnen eenduidig worden nageleefd? Graag krijg ik hierop een reactie van de Minister.

Een ander punt van aandacht is het gebruik van antibiotica in de veehouderij en de nieuwe Europese richtlijnen daaromtrent. Ik heb onlangs samen met mijn VVD-collega Lodders schriftelijke vragen gesteld over de nieuwe richtlijnen die minder verstrekkend zijn dan de strengere Nederlandse regels. Gezien het overstijgende belang zijn die strenge regels hier heel goed te rechtvaardigen, maar mijn fractie vraagt zich wel af wat de inzet van de Minister is om de regels in Europa gelijk te trekken. Kan de

Minister toelichten hoe de betreffende richtlijnen tot stand zijn gekomen? Hoe kijken andere lidstaten aan tegen de Nederlandse maatregelen? Zal de Minister zich tijdens het EU-voorzitterschap van Nederland inspannen voor het gelijktrekken van die regels?

Mijn volgende punt gaat over antibioticaresistentie. Uit rapportages van de IGZ blijkt dat bij veel instellingen in de ouderenzorg de persoonlijke hygiëne van het personeel en van de bewoners nog steeds onvoldoende is. Als ik de stukken lees, bekruipt mij het gevoel dat het urgentiebesef van de risico's niet optimaal is en dat er nog flinke stappen te zetten zijn. Ik lees ook over prachtige voorbeelden van regionale samenwerkingsverbanden waarbij er in een regio goede afspraken worden gemaakt over transparantie en kwaliteitscriteria. Ik denk dan aan het preventienetwerk REMIS+ in Noord-Nederland en de Society in Europe for Simulation Applied to Medicine (SESAM) van het UMCG en de Rijksuniversiteit Groningen. Die projecten laten zien dat nauwe samenwerking echt kan leiden tot een indamming van de prevalentie van bepaalde bacteriën. De Minister schreef al iets over dergelijke projecten in haar aanpakbrief antibioticaresistentie en ik ben dan ook benieuwd welke kansen zij ziet om succesvolle regionale samenwerkingsverbanden verder te stimuleren via landelijk beleid. Kan de Minister hierop reageren?

Nu ga ik in op de toegankelijkheid van vaccins. De VVD heeft in 2014 al het belang onderstreept van een goede beoordeling en toegankelijkheid van beschikbare middelen. Er zijn vaccins opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), maar daarnaast zijn er vele waardevolle vaccins die bijna niet gebruikt worden. De Minister heeft eergisteren antwoorden op vragen hierover naar de Kamer gestuurd en schrijft daarin onder meer over de beoordelingskamer vaccins (BKV). Ik krijg signalen die mij het gevoel geven dat deze BKV op papier misschien wel bestaat, maar dat er in de praktijk nauwelijks vorderingen zijn. De VVD denkt dat hier gezondheidswinst te behalen is en vindt het belangrijk dat er spoedig werk wordt gemaakt van de samenwerking. Ik verneem graag van de Minister hoe zij de totstandkoming van de BKV voor zich ziet. Wat is het tijdsplan en welke verantwoordelijkheden en mankracht moeten er worden ingericht bij de verschillende partijen?

Ik sluit af met de ziekte van Lyme, die veel leed veroorzaakt. Met name internationaal gezien gaan specialisten nog weleens verschillend om met de diagnostiek en de beschikbare wetenschappelijke richtlijnen. In Nederland richten vrijwel alle specialisten zich op de IDSA/CBO-richtlijn, terwijl er bijvoorbeeld in de Verenigde Staten ook aandacht is voor de ILADS-richtlijn. Als eenvoudig Kamerlid kan ik niet beoordelen welke richtlijn het beste is. Ik constateer wel dat er internationaal verschillend met de ziekte van Lyme wordt omgegaan en dat veel patiënten het vertrouwen in de IDSA/CBO-richtlijn zijn kwijtgeraakt. Kan de Minister toelichten wat de verschillen tussen de richtlijnen zijn? Hoe wordt in de ons omringende landen omgegaan met de ziekte van Lyme en de diagnostiek? Spreekt de Minister hierover met haar collega's in Europa? Staren de Nederlandse specialisten zich niet blind op de IDSA/CBO-richtlijn? Hoe staan de patiëntenverenigingen waar de Minister mee spreekt in deze problematiek? Wat is de stand van zaken ten aanzien van het expertisecentrum? Dit zijn veel vragen waarop ik graag een reactie krijg.

De heer **Krol** (50PLUS): Mevrouw de voorzitter. Wie het heeft over infectiepreventie heeft het ook over vaccinaties. Die zijn belangrijk vanwege de preventieve werking. Voorkomen blijft immers beter dan genezen. Daarom is het Rijksvaccinatieprogramma ook ingericht. Gisteren ontvingen wij de antwoorden op onze vragen over het rapport inzake vaccinatie van ouderen tegen gordelroos. 50PLUS was blij verrast. Het is duidelijk dat de Minister deze vaccinatie en die tegen longontsteking goed op haar netvlies heeft en bereid is om daarop actie te

ondernemen. Dat is goed nieuws. 50PLUS heeft enkele aanvullende vragen. De Minister spreekt binnenkort met de Gezondheidsraad over de prioritering van de vaccinatieadviezen in 2016. Is zij bereid, erop aan te dringen dat de adviezen inzake gordelroos en pneumokokken met de hoogste prioriteit worden behandeld?

50PLUS betreurt samen met de Minister het feit dat het RIVM tot dusver geen prioriteit heeft gegeven aan de voorlichting over beschikbare vaccinaties die buiten het Rijksvaccinatieprogramma vallen. Inmiddels is aangegeven dat het RIVM beziet hoe er aan vaccinaties die voor specifieke groepen van waarde kunnen zijn meer bekendheid kan worden gegeven. Gaat het hierbij ook om gordelroos en longontsteking? Wanneer wordt bekend hoe het RIVM dit wil bereiken? Wordt er in dit traject ook gesproken met huisartsen? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat alle ouderen worden bereikt? Op welke termijn kunnen wij stappen van de Minister verwachten? Graag krijg ik een toelichting.

Ik weet dat Minister Schippers niet op adviezen vooruit wil lopen, maar toch heb ik vragen over het volgende. 50PLUS heeft via een motie al eerder zorgen uitgesproken over de situatie van mensen in verpleeghuizen. Deze mensen worden steeds kwetsbaarder, omdat de indicatie voor hen is aangescherpt. Een 88-jarige bewoner van een verpleeghuis heeft gemiddeld een slechtere gezondheid dan een thuiswonende 70-jarige. De gevolgen van gordelroos of longontsteking kunnen bij hen dan ook veel groter zijn. Is er een mogelijkheid om voor deze groep een speciale regeling te treffen? Dat wil ik de Minister nu al vragen. Is zij bereid om dit in overweging te nemen?

Preventie is belangrijk. De Minister geeft aan dat er in het najaar van 2015 een maatschappelijk debat wordt georganiseerd om een beter antwoord te krijgen op de vraag wat preventie gericht op ouderen is. Kan de Minister toelichten wat ze wil bereiken met dit maatschappelijke debat? Helaas is de in juli 2013 aangekondigde beoordelingskamer vaccins nog steeds niet van de grond gekomen. De Minister geeft aan dat de Gezondheidsraad en het Zorginstituut inmiddels wel samenwerken. Op welke manier gebeurt dat? Hoe verhoudt deze samenwerking zich tot het oprichten van deze beoordelingskamer? Is het vormgeven hiervan nog het doel? Zo ja, vindt dit dan pas plaats na de voor juli 2016 geplande evaluatie?

Iets heel anders nu. Het rapport van de IGZ over het gebrek aan hygiëne in verpleeghuizen is al in juni in het AO Verpleeghuiszorg aan bod gekomen, maar 50PLUS heeft toen onvoldoende antwoord op enkele vragen gekregen. In het nationaal plan antibioticaresistentie is opgenomen dat het programma om hygiëne en infectiepreventie op een hoger niveau te brengen eind 2016 in verpleeghuizen in uitvoering zou moeten zijn. In de tussentijd controleert de Inspectie voor de Gezondheidszorg of er verbetering is in slecht scorende instellingen. Wat wordt bedoeld met «in uitvoering»? Aan welke eisen moet het programma concreet voldoen? Welke concrete resultaatverplichtingen bestaan er? En waarom moet dit pas eind 2016 zo zijn?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Drie jaar op rij concludeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat men zich nog onvoldoende bewust is van het belang van infectiepreventie. Van de 30 laatst bezochte instellingen voldeed er eigenlijk maar één aan alle getoetste normen. Opslag van medicijnen is niet aan de orde. De uiterste gebruiksdatum van materialen is verstreken en ook de regels voor de persoonlijke hygiëne van personeel en patiënten worden te vaak niet nageleefd. Ik schrok van de conclusies van de inspectie, want die schrijft gewoon keihard in het rapport dat patiënten in verpleeghuizen onnodig zieker worden dan ze al waren. Hieruit blijkt duidelijk dat het belang van infectiepreventie nog onvoldoende tussen de oren zit. In 2013 werd de motie-Bruins Slot aangenomen waarin de Minister werd opgeroepen om er in ieder geval

voor te zorgen dat verpleeghuizen zich houden aan de nieuwe norm voor deskundige infectiepreventie. Maar aan die norm wordt ook twee jaar later nog steeds niet voldaan in alle verpleeghuizen. Wat gaat de Minister doen om hier zo snel mogelijk verbetering in aan te brengen?

Voor ziekenhuizen geldt dat zij een meldplicht hebben voor het uitbreken van infecties, waardoor er wekelijks overzichten worden bijgehouden van alle uitbraken. Verpleeghuizen hebben nog niet zo'n meldplicht. Wil de Minister overwegen om een dergelijke meldplicht, bijvoorbeeld bij het RIVM of de GGD, ook voor verpleeghuizen in te voeren?

Antibioticaresistentie vormt een steeds groter risico voor de volksgezondheid. Het is goed dat dit een prioriteit van de Minister is. In hoeverre neemt zij mee dat het probleem van antibioticaresistentie steeds meer buiten de muren van zorginstellingen gaat spelen en daarmee ook een zaak van de publieke gezondheidszorg wordt?

Meldingen van dragerschap van resistente bacteriën gaan tegenwoordig rechtstreeks naar het RIVM. Volgens mij is het vervolgens eigenlijk afhankelijk van de individuele verhoudingen in de regio en de meldingsbereidheid van de laboratoria of deze gegevens ook gedeeld worden met de GGD. Dat is eigenlijk heel jammer, omdat juist de GGD een optimaal overzicht kan hebben van wat er speelt in de ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de thuiszorg in de regio. Is een meldingsplicht naar de GGD in het geval van antibioticaresistentie niet meer op zijn plaats dan alleen het signaleringsoverleg dat de Minister heeft ingesteld?

Net zoals de heer Van Gerven ga ik ook in op de smalspectrumantibiotica. Vorige week heb ik hier al een aantal vragen over gesteld. Omdat het hier om een acuut probleem van beschikbaarheid gaat, vraag ik de Minister wat zij op korte termijn kan doen om de tekorten weg te werken.

Tijdens het vorige overleg had ik het er met de Minister over dat alle verpleeghuizen een vergoeding van de Nederlandse Zorgautoriteit krijgen als er een uitbraak van MRSA is die meer van € 50.000 kost. Dat nodigt niet uit om de uitbraken van bijvoorbeeld klebsiella aan te pakken. Ik was toen wel heel tevreden met het antwoord van de Minister, want zij zei dat ze het ook wel een rare regeling vond en dat zij aan de Nederlandse Zorgautoriteit zou vragen om de regeling uit te breiden, zodat er ook een vergoeding zou komen voor andere uitbraken. Ze zou er nog op terugkomen of dit gelukt is. Is er inmiddels een verruiming van deze beleidsregel?

50PLUS en de VVD hebben al vragen gesteld over de beoordelingskamer vaccins. Ik deel die vragen en zou graag een reactie daarop krijgen van de Minister.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik begin met de inspectierapporten over infectieziekten en tbc-bestrijding. Zoals eerder gezegd, wordt geconstateerd dat de kwaliteit daarvan op zich op orde is, maar dat het een beetje dun is. Dat is eigenlijk de conclusie van de inspectie. Met name de kwaliteit van de netwerken van de GGD is eigenlijk te zwak. In sommige regio's functioneren die niet goed, terwijl je eigenlijk netwerken nodig hebt bij acute uitbraken. Op zo'n moment zou je niet nog eens een netwerk moeten opbouwen en afspraken moeten maken over wie wat doet. In algemene zin vraag ik wat de Minister doet met die opmerking van de inspectie. Verder vraag ik de Minister hoe wij dit moeten zien in het licht van de asielzoekerscentra die nu gebouwd worden. Zal daar geen capaciteitsprobleem ontstaan, omdat de GGD qua netwerkontwikkeling nu al een dunne organisatie heeft? Hoe zorgt de Minister ervoor dat er bij grootschalige uitbraken geen vertraging ontstaat doordat de netwerken niet op orde zijn?

Een andere aanbeveling van de inspectie in datzelfde kader is dat er eigenlijk te weinig artsen en verpleegkundigen zijn die deskundig zijn op het vlak van infectiebestrijding. In elke regio is er nog maar eentje, maar

als die persoon uitvalt, is er niemand meer. Ik vind dat een dunne en kwetsbare organisatie. Graag krijg ik daar een reactie op van de Minister. In hetzelfde onderzoek concludeert de inspectie ook dat de preventie- en bestrijdingsafdeling van infecties in ziekenhuizen bij elkaar zitten en dat dit bij de GGD's niet het geval is. De inspectie beveelt aan om dat wel te doen, omdat het vaak om dezelfde deskundigheden en activiteiten gaat. Ik ben benieuwd of de Minister die aanbevelingen gaat opvolgen.

De Partij van de Arbeid vindt het goed dat wij zo veel inzetten op One Health en antibioticaresistentie en dat de Minister op dat vlak in de hele wereld, zelfs tot in Korea toe, naam heeft gemaakt. Het is goed om te zien dat in het noorden goede en slimme samenwerkingsverbanden worden opgezet. De heer Ziengs refereerde daar ook al aan. Wat doet de Minister daarmee? Probeert zij dat model uit te rollen over Nederland of blijft het bij een mooi lokaal initiatief?

Als je ziet hoe goed dat gaat, is de staat van de hygiëne in de verpleeghuizen des te bedroevender. Daar is door veel mensen aan gerefereerd. Het is een schril contrast. De verpleeghuizen hebben een jaar de tijd gekregen om aan de hygiëne-eisen te voldoen en de vraag van mijn fractie is of er eind 2016 echt een stevig onderzoek komt. Want dan moet het gewoon overal in Nederland op orde zijn en niet alleen bij een op de dertig.

Ik dank de Minister voor de brief van de stand van zaken rond de ziekte van Lyme. Het is mooi dat er stappen worden gezet. Ik denk dat alle Kamerleden, net zoals ik, brieven krijgen van mensen die niet uit de voeten kunnen met de standaardbehandeling – waarbij standaard tussen aanhalingstekens zou moeten staan – die in Nederland wordt gegeven. Wordt er geluisterd naar die mensen? Wordt bekeken of er op experimentele wijze ook op andere manieren behandeld kan worden? Niet onbelangrijk daarbij is ook de vraag of dat dan ook vergoed wordt. Of moeten de mensen dan zelf betalen?

Over de beoordelingskamer vaccins hebben alle leden al iets gezegd en ik sluit mij bij de vragen daarover aan. Ik heb nog een aanvullende vraag. Hoe voorkomt de Minister dat de vaccins straks voor de happy few zijn? De Minister kan zo'n vraag natuurlijk verwachten van de Partij van de Arbeid. Ik wil daar graag mee afsluiten.

De voorzitter: Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de Kamer.

De vergadering wordt van 10.23 uur tot 10.35 uur geschorst.

De voorzitter: Ik heropen de vergadering. Laten wij afspreken dat iedereen de gelegenheid heeft tot twee interrupties. Ik geef het woord aan de Minister.

Minister Schippers: Voorzitter. Ik heb een ongelofelijk lange inleiding maar die ga ik niet houden, want de leden weten hoe belangrijk ik dit vind. Ik heb ontzettend veel brieven hierover gestuurd. Ik hecht net als de Kamer zeer aan dit onderwerp. De manier waarop ik met deze commissie en de vaste commissie voor Economische Zaken die zich bezighoudt met de landbouw, steeds zij aan zij kan optrekken bij dit beleid vind ik zeer plezierig. Wij dragen dat beleid ook internationaal uit. De One Health-benadering staat in de Nederlandse politiek eigenlijk niet ter discussie. Dat is internationaal overigens wel zo. Het is niet zo dat de Ministers van Volksgezondheid niet voor die benadering zijn, maar de Ministers van Landbouw, zeker van de landen waar ze antibiotica als groeiversneller gebruiken, willen nog weleens kritisch zijn op de One Health-benadering. Zij zien daardoor immers hun manier van veehouderij bedreigd. In Nederland is dat niet het geval. De Nederlandse veehouderij heeft echt een prestatie geleverd. Het wordt wel steeds moeilijker; dat heb je altijd

met dat soort maatregelen. Eerst heb je de grootste dalingen en dan wordt het moeilijker. Ik denk dat degenen in de Nederlandse samenleving die betrokken zijn bij dit onderwerp, echt schouder aan schouder werken om resultaten te blijven bereiken op het vlak van antibioticaresistentie. Dat is volgens mij ontzettend goed.

Een aantal leden heeft vragen gesteld over verpleeghuizen. De inspectie is kritisch op verpleeghuizen. Hoe gaan wij het structureel beter oppakken? Als niet duidelijk genoeg is wat ik in de brief heb proberen te schrijven, zal ik dat hier herhalen. Wij willen in Nederland grotere stappen zetten dan tot nu toe. Nederland wordt namelijk ingedeeld in netwerken. Er zijn veel patiëntenstromen. Iets bevindt zich niet alleen in één ziekenhuis of één verpleeghuis, omdat de mensen naar huis gaan, weer naar een ander ziekenhuis gaan en dan ook nog hier- of daarnaartoe gaan. Een patiënt is dus niet meer alleen ergens op een punt. Het veld, de mensen die het moeten doen, is heel druk bezig om Nederland helemaal in te regelen in netwerken. Een verpleeghuis hoeft dit probleem dus niet meer in zijn eentje op te lossen, want het maakt deel uit van een netwerk. Het kan dus meeliften op de expertise van een umc dat op een gegeven moment iets constateert in dat umc. Wij hebben goed gezien dat dit in Groningen al gebeurt. Groningen werkt al redelijk conform hetgeen wij in het netwerk willen gaan doen. Men weet elkaar daar heel snel te vinden. Men belegt ook meteen een vergadering als er iets geconstateerd is en daar wordt dan bekeken waar het vandaan komt. Men stelt vast: die patiënt komt uit dat verpleeghuis en is daar geweest. Op die manier kun je meteen veel beter zien hoe het in elkaar zit. Dat is echt een fundamentele stap die in de toekomst tot verbetering moet leiden.

Een andere vraag is: hoe kan het nou dat de hygiënemaatregelen zo slecht zijn? Ik denk dat dit heel veel te maken heeft met cultuur. Je kunt wetten en regels maken, maar de cultuur veranderen is heel lastig. De cultuuromslag in de verpleeghuiszorg moet echt nog plaatsvinden. Dat zien we niet alleen in de verpleeghuiszorg, maar ook in ziekenhuizen. Handen wassen lijkt zoiets simpels, maar het is heel moeilijk om mensen dat echt consequent te laten doen en dat vast te houden in een ziekenhuis. Ik ben ook op internationaal vlak gaan kijken hoe men dit probeert te regelen. Het is overal heel moeilijk. Het begint eigenlijk bij cultuur. Het is dus heel goed dat de inspectie hier zo bovenop zit en de resultaten zo strak monitort, zodat we kunnen bepalen hoe we daarmee omgaan. Natuurlijk zijn er richtlijnen. Die moeten gehandhaafd worden. Dat is voor veel van deze richtlijnen, die te maken hebben met dit soort gedrag, nog veel moeilijker dan voor andere richtlijnen. Natuurlijk moeten de verpleeghuizen in Nederland het programma om dit gedrag te verbeteren, uitvoeren. In de voortgangsrapportage zal ik de Kamer rapporteren over de wijze waarop dit is verlopen.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd of de meldingsplicht ook geldt voor MRSA. Verpleeghuizen melden vrijwillig ook uitbraken van andere resistente bacteriën. De meldingen gaan van de GGD naar het landelijk signaleringsoverleg. De netwerken verhogen de deelname van de verpleeghuizen, want die zitten straks allemaal in een netwerk. Dan gaat het automatisch veel strakker en beter. Als die netwerken daadwerkelijk actief zijn, kun je nagaan wat we nog apart zouden moeten regelen in de wet publieke gezondheid. Het opzetten van die netwerken heeft dus prioriteit. Vorig jaar is er wel een convenant afgesproken met zorginstellingen. Daarmee kreeg het signaleringsoverleg bij het RIVM, waar uitbraken worden gemeld, een formele status. De inspectie ziet toe op naleving van dit convenant. Dat is dus een vorm van meldingsplicht die al wordt ingevoerd. Hiermee heb ik de vragen over de verpleeghuizen beantwoord.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb twee vragen over de netwerken. Misschien heb ik het gemist, maar is hiervoor een planning of een plan van aanpak, zodat we weten wanneer deze functioneren in Nederland? Ik ben het met de Minister eens dat het een cultuurkwestie is in de verpleeghuizen, maar gaat het ook niet om het opleidingsniveau en de aard van de opleiding van de mensen die daar werken? Als het gaat om de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen constateren we vaak dat een en ander opleidingsgerelateerd is. In de afgelopen jaren is er steeds meer bezuinigd en beknipt op het budget om een bepaald niveau te garanderen. Gaat het niet ook om de vraag of de betrokken mensen wel deskundig genoeg zijn? In de verpleeghuizen is er juist een beweging de andere kant op, naar informelere zorg, kleinere groepen en een meer huiskamerachtige aanpak, waarin mensen zelf koken en de was opvouwen. Het gaat meer richting een huiskamercultuur in plaats van een verpleegcultuur en medische cultuur. Heeft het er niet mee te maken dat dit tegengestelde bewegingen zijn?

Minister **Schippers**: Daarom is het juist zo belangrijk dat we die netwerken gaan inrichten. Nu heb je grote instellingen met een bepaald beleid, dat al dan niet goed is. Grote ziekenhuizen doen het een stuk beter dan grote verpleeghuizen in die beweging naar een huiskamercultuur. Daarom vind ik die netwerken zo belangrijk. We moeten niet zeggen: een instelling heeft het zelf voor elkaar. Dat is heel belangrijk, maar bij infectieziekten heeft dat geen zin als je buurman het niet ook voor elkaar heeft. Ik wil niet zeggen «het veld», want dat vind ik zo'n rotwoord; daar voetbal je op, zeg ik altijd. Ik formuleer het anders: de mensen die erbij betrokken zijn, de deskundigen van ziekenhuizen en verpleeghuizen, hebben met elkaar gezegd dat ze regionale netwerken willen oprichten. Daarbij gaat het ook om de vraag hoe hiermee wordt omgegaan in de kleinere huizen. Als je met z'n zessen woont, is besmettingsgevaar van een andere orde dan in een groot tehuis. Het heeft allemaal voor- en nadelen. Hoe gaan we dit doen? Begin 2016 is de planfase, waar men nu in zit, afgerond. Dan komt de implementatiefase. Iedereen is ongelooflijk hard aan het werk om in netwerken te denken en niet te zeggen: we denken niet buiten de instellingsmuren. Ook kennis is daar een onderdeel van. In verpleeghuizen is de kennis veel minder dan in universitaire medische centra. Het is dus van belang dat er kennisuitwisseling plaatsvindt en er dingen aan elkaar worden verbonden. Misschien hoeft dat niet overal te hebben, maar je moet wel met elkaar in verbinding te staan. Dat proberen we veel slimmer te doen. Daarnaast wordt er in de opleidingen voor de langdurige zorg aandacht gevraagd voor infectieziektepreventie en de wijze waarop je met infectieziekten moet omgaan.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik vraag me af wat de inspectie eind 2016 gaat toetsen. Gaat ze dan toch weer de verpleeghuizen langs om na te gaan of de basishygiëne intern in orde is, of neemt ze ook de participatie in die netwerken mee? Dat laatste lijkt mij wel het meest logisch.

Minister **Schippers**: De inspectie is nauw betrokken bij de netwerkenplanning. Dat is goed. We moeten alle deskundigheid gebruiken. Uiteindelijk zal de inspectie nagaan of het beter gaat. Zij heeft daar al meerdere onderzoeken naar gedaan, dus op een gegeven moment kun je zien wat de daadwerkelijke effecten zijn. Ik vond de inspectierapporten interessant. Ik heb het al vaker gezegd: we denken dat we het in Nederland heel goed doen, maar de inspectie laat zien dat het veel beter moet; niet kan, maar moet. Hierop wordt nu dus volop actie ondernomen. Er wordt ontzettend veel gedaan op dit gebied. Sterker nog, ik heb met een deskundige gesproken die zei: we gaan nu echt een grote stap zetten voor de komende tien jaar en we zijn bezig met plannen die de infectiebestrijding enorm vooruit helpen doordat we in netwerken gaan werken, maar er zit

ook heel veel onder. Die planfase is nu aan de orde. Ik heb daar grote verwachtingen van, maar uiteindelijk zal in de praktijk moeten blijken wat het heeft bijgedragen aan verbetering.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt dat ze de verwachting heeft dat verpleeghuizen meer zullen melden welke uitbraken er zijn, bijvoorbeeld van ziekten door antibioticaresistente bacteriën, en welke infectiepreventie er is. Als ik met deskundigen spreek, is mijn indruk dat het bij verpleeghuizen toch nog een beetje hapsnap is. Alle ziekenhuizen hebben zich eraan gecommitteerd om het te melden, maar verpleeghuizen doen het nog vrij vrijwillig. Het is echt geen gemeengoed dat zij hiermee aan de slag gaan. Uit het antwoord van de Minister maak ik op dat alle verpleeghuizen hier nu wel mee bezig zijn. Graag krijg ik op dit punt een toelichting, want ik heb het idee dat er echt nog wel een slag gemaakt moet worden en dat de vrijwillige meldplicht echt ergens flink verankerd moet worden.

Minister **Schippers**: Ten eerste is er een convenant en een convenant geldt als een meldplicht. Ten tweede is de oplossing gelegen in de regionale netwerken. Nu ploetert iedereen voor zich; straks helpt iedereen elkaar, met deskundigheid, met het nagaan waar de zwakke plekken zitten. Als in het netwerk blijkt dat hetzelfde verpleeghuis steeds voor problemen zorgt, is dat aanleiding om na te gaan hoe dat verpleeghuis geholpen kan worden om dit in de toekomst te voorkomen. Ik vind die netwerkstructuur echt ongeloofelijk belangrijk voor zoiets als infectieziekten, die zich niet aan muren van instellingen houden. Daar zullen we uiteindelijk de slag moeten slaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt terecht dat het ook te maken heeft met de cultuur die er heerst. Een van de manieren om de cultuur te beïnvloeden, is om de werkwijze te veranderen. Je ziet, zeker bij verpleeghuizen, dat er weinig kennis van infectiepreventie is. In dat opzicht voldoen sommige verpleeghuizen niet aan de norm. Dat hoor ik als ik met deskundigen in hygiëne en infectiepreventie spreek. Welke mogelijkheden ziet de Minister om ervoor te zorgen dat verpleeghuizen dit soort deskundigheid wel meer in de organisatie trekken?

Minister **Schippers**: We gaan in netwerken werken. Dat is in eerste instantie uitgeprobeerd in Groningen, want het is niet zomaar op papier bedacht. Ik heb daar gesproken met mensen die in de verpleeghuizen actief zijn. Zij worden via het netwerk meegesleept in een andere organisatie. Als het in een verpleeghuis dat deel uitmaakt van een netwerk niet goed is geregeld en als daarover vaker een signaal is afgegeven, wordt het netwerk actief. Het verpleeghuis hoort via het netwerk dat dit zo is, of geeft zelf dat signaal aan het netwerk. Daardoor komt het bij de directie hoger op de prioriteitenlijst. Als je steeds het verpleeghuis bent waar de zaken niet goed geregeld zijn, heb je een probleem. De deskundigheid van een umc kan dan gedeeld worden met het verpleeghuis: het moet beter, hoe kunnen we daarvoor zorgen en waar zit nu precies het probleem? Het netwerk moet ook de zwakste schakel sterker maken. Dat is het allerbelangrijkste. Tot nu toe probeerde men de zaken binnen het eigen huis op orde te krijgen, maar in zo'n netwerk kijkt men over de muren heen om na te gaan hoe het beter kan. Ik geloof erin, niet alleen omdat ik het wil geloven, maar ook omdat ik zie dat het in de praktijk tot verbeteringen heeft geleid bij de verpleeghuizen in het netwerk. Zij worden erbij betrokken. Iedere keer als er een signaal is, wordt dit binnen het netwerk gedeeld. Men komt bij elkaar en bespreekt hoe hiermee moet worden omgegaan. Dit is volgens mij de beste weg om de zaken goed te borgen.

Dan kom ik op de surveillance. Moet die verder geoptimaliseerd worden? In het RIVM-advies Preventie en bestrijding van carbapenemresistentie in Nederland van juni 2014 – dat advies heeft de Kamer – staat dat de landelijke surveillance van carbapenemresistentie te langzaam gaat en te versnipperd is. Verspreiding tussen zorginstellingen kan daardoor onopgemerkt blijven. Daarom wordt nu met al deze partijen gewerkt aan een plan van aanpak om beter inzicht te krijgen in de verspreiding van bacteriën. Er wordt gebruikgemaakt van de bestaande systemen, maar ook dit plan zal in het netwerk een extra impuls krijgen.

Eenduidige naleving van richtlijnen is erg belangrijk. Het is goed om te beseffen dat er van richtlijnen afgeweken kan worden, maar ik zou het anders willen zeggen: het is goed om te beseffen dat richtlijnen er niet voor niets zijn. Het is van belang dat je de richtlijnen probeert na te leven. Natuurlijk kunnen er uitzonderingen zijn waardoor je ervan af kunt wijken, maar het is van groot belang om ze na te leven. Sommige richtlijnen behoeven wel wat verversing en aanscherping. Om duidelijk te maken dat antibioticaresistentie niet alleen een probleem van de dokter is en om deze zaak bij het brede publiek onder de aandacht te brengen, hebben we een Suske en Wiske gemaakt. Als je verkouden bent, kun je een antibioticum slikken, maar dat helpt werkelijk niets, dus je hoeft er ook niet om te vragen. Wat ik hierover aan opmerkingen teruggekregen heb van dokters, is dat het voor hen zelf ook goed is om dit weer eens vers en voor in het hoofd te krijgen. We moeten hierin niet verslappen. Ik denk dat dit zeker voor de dokters geldt. Antibiotic stewardship moet in aangepaste vorm in verpleeghuizen en in de eerste lijn veel effect sorteren. De regionale netwerken zullen een sturende werking moeten krijgen.

Er is gevraagd wat ik doe aan het tekort aan smalspectrumantibiotica. Ik heb de Kamer hierover vorige week een brief gestuurd. Penidural is niet meer verkrijgbaar omdat een van de hulpstoffen daarvan niet meer wordt geproduceerd. De registratiehouder heeft hierop besloten om de registratie van het product door te halen. Ook in andere landen is dit product dus niet meer verkrijgbaar. Dat is een onwenselijke situatie. Er is hard gewerkt aan een oplossing. In landen om ons heen zijn wel vergelijkbare producten in de handel. De oplossing is erin gelegen dat deze middelen, met toestemming van de inspectie, op een artsenverklaring kunnen worden geïmporteerd. De inspectie heeft aangegeven dergelijke aanvragen snel te kunnen behandelen. Overleg met verzekeraars heeft ertoe geleid dat zij die producten ook zullen vergoeden. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen overlegt met fabrikanten over snelle registratie van die buitenlandse producten in Nederland. Daarmee hoop ik een definitieve oplossing voor dit probleem te hebben gevonden. In zijn algemeenheid zijn wij in deze wereldmarkt soms afhankelijk van fabrieken die niet in ons land staan en die om allerlei verschillende redenen bepaalde geneesmiddelen soms tijdelijk of definitief niet produceren. Wij hebben een werkgroep die zijn uiterste best doet om hiervoor steeds weer maatwerkoplossingen te vinden.

Overigens ben ik er, zo zeg ik in reactie op de vraag van de heer van Gerven, die er niet is, zeer terughoudend in om te denken dat wij dan in Nederland zelf een bedrijf zouden kunnen oprichten dat zo'n product zou kunnen maken. Wij hebben het NVI (Nederlands Vaccin Instituut) verkocht. Het instituut leed grote verliezen. Jaar na jaar moesten wij er geld uit de premiegelden bijleggen. Wij hebben het vaccinbedrijf verkocht en nu wordt er veel meer geproduceerd dan wij ooit hadden gedaan. Er is weer werkgelegenheid. We zaten in een negatieve spiraal, maar in plaats daarvan zitten we nu in een positieve spiraal. De overheid is gewoon niet de beste eigenaar van zo'n soort bedrijf. Zij moet ook niet denken dat zij dat wel is. Zij moet nagaan hoe we in dit soort situaties snel oplossingen met elkaar kunnen bedenken.

Ik ga in op het individueel belang versus het publiek belang van het gebruik van profylaxe. Daar zit natuurlijk spanning tussen. Daar is

aandacht voor, niet alleen bij mij, maar ook bij de mensen die hiermee werken. Met het RIVM en de partijen in de publieke, curatieve en langdurige zorg die hiermee werken, brengen wij deze belangen samen en gaan wij na welke afwegingen je kunt maken en hoe je het kunt bekostigen. Begin volgend jaar zal ik de Kamer hierover informeren in een soort verzamelbrief over de antibiotica. Ik merk dat ik heel veel losse brieven moet schrijven, dus ik zeg nu maar vast dat het een verzamelbrief wordt.

Er is gevraagd naar het preventienetwerk. Kan Noord-Nederland als best practice dienen? Over de netwerken heb ik al het een en ander gezegd. Er is gevraagd of de Europese richtlijn om antibioticaresistentie door diergeneesmiddelen te voorkomen minder ver gaat dan de Nederlandse regelgeving. We moeten twee zaken onderscheiden. Ten eerste heeft de Europese Commissie Europese richtsnoeren voor zorgvuldig gebruik van antibiotica bij dieren gepubliceerd. Dat zijn niet-bindende richtlijnen voor het zorgvuldig gebruik van antibiotica bij dieren. Deze zijn bedoeld voor de lidstaten als hulpmiddel bij het inrichten van hun beleid. Doel daarvan is om antibioticaresistentie te verminderen en voorkomen. In dit document van de Commissie zijn veel elementen van de Nederlandse aanpak opgenomen; denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van een gevoeligheidsbepaling voorafgaand aan het gebruik van kritische antibiotica bij dieren.

Ten tweede heeft de Commissie een nieuwe Europese conceptverordening diergeneesmiddelen gepubliceerd. Die wordt nu behandeld in de werkgroepen van de Europese Raad. Deze verordening is verplichtend en zal een grotere harmonisatie van de regels voor de toelating van, de handel in en het gebruik van diergeneesmiddelen bewerkstelligen. In die verordeningen zijn door de Europese Commissie voorstellen gedaan om de kans op ontwikkeling van resistentie te verminderen en te voorkomen. De Nederlandse inzet is om zo veel mogelijk punten uit het huidige beleid in die verordening te krijgen, zoals de verplichte gevoeligheidsbepaling voor het gebruik van kritische antibiotica bij dieren. Met die inzet willen we op dit dossier een gelijk speelveld tussen de lidstaten realiseren, gericht op betere volks- en diergezondheid. Moeten we niet veel verder gaan? Hoe zorgen we ervoor dat Duitsland meer doet? We zetten ons er maximaal voor in om de antibioticaresistentie op de agenda te krijgen. Dat doe ik internationaal, ook in de Europese context. Ik heb daarover ook met mijn Duitse collega veel gesproken. Ik moet zeggen dat Merkel het onderwerp van de antibioticaresistentie zelf heeft geagendeerd voor de vergadering van de World Health Organization. Zij agendeert het ook bij de G7 en G20. Duitsland heeft zelf ook een nationaal plan geschreven om de terugdringing van antibioticagebruik daar voor elkaar te krijgen. In februari beleggen we een ministeriële conferentie van de Europese Unie. Dat doe ik samen met de Staatssecretaris van Economische Zaken. Wij nodigen dan niet alleen de Ministers van Volksgezondheid, maar ook alle Ministers van Landbouw uit. Het wordt de eerste gezamenlijke vergadering. Het is heel goed dat we dat doen, denk ik.

De heer **Ziengs** (VVD): Ik heb een aanvullende vraag. Komt het plan van Duitsland dat de Minister beschrijft, in de buurt van de wijze waarop Nederland het nu invult, of heeft de Minister daar een ander beeld van?

Minister **Schippers**: Je ziet dat alle plannen die nu worden vastgesteld veel overeenkomsten hebben. Ze hebben echter ook altijd verschillen. Dat is natuurlijk zo met nationale plannen. In februari willen wij proberen ervoor te zorgen dat de overeenkomsten zo groot mogelijk zijn door op Europees niveau echt afspraken te gaan maken. We hebben een joint action plan, een actieplan op Europees niveau gehad. Dat wordt nu geëvalueerd. In december is die evaluatie afgerond. Die evaluatie staat in februari op onze agenda. Nederland zal proberen om daar zo veel

mogelijk dingen in te krijgen om het gelijke speelveld te houden. Patiënten die in de grensstreek wonen, liggen de ene keer in een Duits ziekenhuis en de andere keer in een Nederlands ziekenhuis. Het is dus van groot belang dat wij met elkaar proberen om zo veel mogelijk eenduidig beleid in Europa te hebben. Daarbij is One Health voor ons echt heel belangrijk. Op het gebied van gezondheidszorg is er veel meer consensus. Op het gebied van landbouw hebben we nog wat discussies te gaan, zal ik maar zeggen. Nederland wil eigenlijk niet dat er een verbod komt op het gebruik van last resort antibiotica in de veehouderij. Die drempel zijn we nog niet over.

Dan kom ik op de vraag over het bij elkaar brengen van preventie en bestrijding bij de GGD. Het dichterbij elkaar brengen van afdelingen preventie en bestrijding is van belang. De inspectie heeft die aanbeveling gedaan en zal dit de komende tijd ook volgen bij de GGD's. Het is nog geen harde eis, maar de inspectie blijft er wel aandacht voor vragen bij de GGD's. Misschien kan ik nu dan ook het best de vragen over de GGD's beantwoorden. Er is een vraag gesteld naar aanleiding van een rapport van de inspectie. Daarin staat dat het functioneren van de netwerken wel dun is. De inspectie constateerde dat het op orde, maar wel kwetsbaar is. Ik wil benadrukken dat de inspectie heeft gezegd dat er wel oplossingen te vinden zijn die niet automatisch gelegen zijn in het uitgeven van meer geld. Zo kunnen de GGD's veel meer samenwerken. Het gaat bijvoorbeeld ook over oefenen. Het gaat over een heleboel dingen die we allemaal in het oog moeten houden. Dat is het eerste punt.

Het tweede is dat de GGD's op dit moment ook zelf een onderzoek uitvoeren, dat eind dit jaar wordt afgerond. Dat onderzoek lijkt de inspectie overigens behoorlijk te ondersteunen in haar conclusies. Er werd een link gelegd met de asielzoekers. Op dit moment wordt er met meerdere departementen een inventarisatie gemaakt met betrekking tot de extra uitdagingen waar we met elkaar voor staan. Of er extra kosten zijn als gevolg van de grotere instroom van asielzoekers, weten we niet. Daar doen we de inventarisatie voor.

Ik vraag mevrouw Wolbert om mij toe te staan beide zaken af te wachten alvorens de Kamer te berichten hoe ik hiermee omga. We hebben een inspectierapport. Dat bevat een heleboel elementen die geen geld kosten, dus ik zeg: doen. Daarnaast heeft de GGD nu een eigen inventarisatie en is er een interdepartementale inventarisatie. Wat daar uitkomt, zal ik heel serieus bekijken, want net als mevrouw Wolbert vind ik infectieziekten ongelofelijk belangrijk. Daarvoor moeten we de zaken goed op orde hebben. Als iets dun is en je het door organisatie-ingrepen kunt verbeteren, is dat mooi. Als iets dun is en je er extra in moet investeren, moeten we met elkaar afwegen of we dat doen. Als er echt noodzaak toe is, moeten we samen nagaan waar we elders geld vrij kunnen spelen. Ik vraag mevrouw Wolbert om dit even af te wachten.

De tuberculosebestrijding gaat goed. Zij behoort ook tot de corebusiness van veel GGD's. De voorbereiding op nieuwe ziekteverwekkers is een van de kwetsbare punten waaraan wordt gewerkt. Los van de inventarisatie moet daar sowieso aan worden gewerkt. Overigens is mij ook gevraagd naar tb. Komend jaar, wanneer wij het voorzitterschap van de EU uitoefenen, hebben wij een vergadering met antibioticaresistentie op de agenda. Onze opvolger, Slowakije, trekt dat door naar resistente tb. We proberen altijd één samenhangend pakket te hebben. Wij pakken de antibiotica en zij maken de slag naar tb. Ik ondersteun dan ook het KNCV Tuberculosefonds bij zijn wereldwijde werk. De situatie in Nederland is goed te noemen, maar kan altijd beter. Het KNCV, het RIVM en de GGD's werken samen aan het nieuwe plan voor Nederland waarin er zeker ook aandacht is voor de door de heer Van Gerven ingebrachte aanbevelingen. Ook in Nederland is er tb-resistentie, maar die houdt zich ook niet aan grenzen. Hieraan zullen wij in de tweede helft van 2016 onze bijdrage leveren.

Dan kom ik op de beoordelingskamer vaccins. Ik heb de Kamer een jaar geleden een brief geschreven waarin ik constateerde dat veel in Nederland geregistreerde vaccins niet worden gebruikt, waardoor er gezondheidswinst blijft liggen. In vervolg hierop werken de Gezondheidsraad en het Zorginstituut samen in de beoordelingskamer vaccins om een bredere afweging en een breder advies aan mij te geven. In 2016 adviseren zij mij over dat afwegingskader en de inrichting van de beoordelingskamer, maar zij werken in de praktijk in een pilot al met elkaar samen. De beoordelingskamer is dus niet officieel opgericht, maar men werkt wel in een pilot met elkaar samen. Op dit moment wordt er samengewerkt aan een advies over kinkhoest en gordelroos. Ik heb het RIVM gevraagd om meer bekendheid te geven aan de vaccins, zowel onder professionals als onder het brede publiek. Dat gebeurt. De eerste stap is dat het RIVM in november een toevoeging aan de website zal leveren, waar je die informatie goed kunt vinden. De tweede stap is dat met professionals gericht overleg wordt gevoerd om hen meer bekend te maken met deze vaccins. Voor de professionals is er een 24 uren telefonische vraagbaak ingericht. Het begint bij de huisarts. De huisarts kan ook die voorlichting geven. De derde stap is dat er een onderzoek loopt naar de informatiebehoefte. Hoe kunnen we de mensen die we willen bereiken – dat is een bepaalde groep – het beste bereiken? Aan de hand van de uitkomst van het onderzoek wordt dit verder ingevuld. De leden Krol en Ziengs hebben gevraagd hoe we dit stapsgewijs kunnen verbeteren. De eerste en tweede stap, gericht op de professionals, worden gezet. Voor de derde stap onderzoeken we hoe we de doelgroep het beste kunnen bereiken.

De heer **Ziengs** (VVD): Ik ben blij met de toezegging van de Minister dat er snelle stappen worden gezet in de informatievoorziening. Ik begrijp dat dat dit jaar nog gebeurt, in november. Een vraag die mij nog bezighoudt, is de volgende. Ik heb begrepen dat de Commissie Vaccinaties van de Gezondheidsraad eigenlijk al maanden bezig is met de prioritering. Ik hoor de Minister net zeggen dat er ergens in 2016 iets voorbij zal komen, maar 2016 is een breed begrip. Misschien heb ik het antwoord niet goed begrepen, maar wellicht kan de Minister de periode wat nader duiden. Die vaccins moeten zo snel mogelijk beschikbaar worden gemaakt. Hoe snel kan dat?

Minister **Schippers**: In het eerste kwartaal van 2016 krijgen we het advies over gordelroos. Het advies over pneumokokken wil ik ook volgend jaar ontvangen. Tegelijkertijd willen wij de beoordelingskamer inrichten. We kunnen natuurlijk wachten tot die beoordelingskamer is ingericht, maar dat doen we niet. In een pilot is die kamer al aan het werk. Voor juli 2016 geeft deze mij een algeheel en algemeen afwegingskader en een advies over de inrichting van de beoordelingskamer. Ondertussen is men in een pilot echter al wel begonnen. Het is en-en.

De heer Wolbert, excuus, mevrouw Wolbert sprak over vaccins voor de happy few. Wij hebben nu een Rijksvaccinatieprogramma. Daarover krijgen wij een gedegen afweging: wat moet erin en wat moet er niet in? Buiten wat er in het RVP zit, zijn er nog meer vaccins waar mensen ontzettend veel baat bij kunnen hebben. Iedereen die weet hoeveel last oudere mensen kunnen hebben van gordelroos, weet hoe belangrijk het is dat die mensen ook weten dat er een vaccin is hoewel dat niet in het Rijksvaccinatieprogramma zit. Daar wil ik dus meer over weten. Hoe gaan we daar nou mee om? Precies daarover gaat de dialoog die wij voeren. Als we een middel zo belangrijk vinden dat iedereen daar toegang toe moet hebben en het in het RVP hoort, dan moeten we het daarin ook opnemen. Dat blijft zoals het is.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dan blijft de vraag hoe je voorkomt dat de happy few geen gordelroos krijgen en de rest, die het vaccin niet kan betalen, wel.

Minister **Schippers**: Ja, dat is altijd een moeilijke afweging. Maar moeten we daarom zeggen: iets zit niet in het RVP en niet in het basispakket, dus we houden maar stil dat het er is? Dan heeft immers niemand het. Dat is een beetje de situatie waarin we nu zitten. Ik heb toevallig ontzettend veel contact gehad over dit onderwerp met ouderen, en het is bij heel veel mensen totaal onbekend dat er überhaupt iets is. We zijn nu bezig met een programma. Laten we eerst eens bekijken waaraan we meer bekendheid moeten geven. Hoe doen we dat nou? Hoe doen we de beoordeling beter? Daarvoor hebben we de beoordelingskamer opgezet. Die kijkt nu naar de gordelroos en daarover krijgen we in het eerste kwartaal uitsluitsel. We willen het dus beter opzetten dan we nu hebben gedaan.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb dit dilemma natuurlijk niet voor niks op tafel gelegd. Ik vind ook niet dat je vooral geheim moet houden wat er kan, maar er zijn misschien tussenwegen te bedenken. Je zou bijvoorbeeld voor mensen die meer risico lopen, wel kunnen nadenken over een vorm van vergoeding. De heer Krol noemde zonet verpleeghuizen, waar het besmettingsgevaar groter is. Wordt er dus bij de advisering ook op die manier nagedacht over wat er dan wel zou kunnen? Wat niet kan, weten we wel, maar ik ben benieuwd hoe we de doelgroep zo breed mogelijk kunnen houden. Het wel of niet kunnen betalen mag geen criterium zijn. Daar heb ik net zoveel moeite mee als met het op de plank laten liggen.

Minister **Schippers**: Dat is nou juist het advies. Wij vragen advies. Wat moeten wij hiermee? Moeten we hier bepaalde arrangementen voor gaan maken? Dat advies wachten we af. Ondertussen bestaan er heel veel vaccins, ook vaccins waar mensen niet van afweten maar misschien best iets mee kunnen. Het is een heel palet. We hebben vaccins, waarvan een deel in het Rijksvaccinatieprogramma zit. Een deel is nieuw. Hoe zorgen we er nou voor dat die nieuwe vaccins sneller een beoordeling krijgen zowel van het Zorginstituut Nederland, dat gaat over het pakket, als van de Gezondheidsraad? Daarom hebben we die twee samengevoegd. Zo kunnen we bekijken wat de baten, de kosten en de bijwerkingen zijn. Vaccins kunnen immers ook bijwerkingen hebben. Hoe gaan we met dat hele palet om? Daarnaast heb ik aan het RIVM gevraagd: hoe maken we überhaupt beter bekend dat er vaccins zijn, bij professionals en bij het brede publiek? Het RIVM heeft de drietrapsraket, waarvan in november het eerst resultaat zichtbaar zal zijn.

Ik schijn gezegd te hebben dat ik geen verbod op het gebruik van last resort-antibiotica in de veehouderij wil. Als ik dat heb gezegd, was dat verwarrend, want dat wil ik natuurlijk juist wel. Sorry. Een heleboel landen willen dat niet.

Wat verwacht ik van het maatschappelijke debat? We hebben het Nationaal Programma Grieppreventie. Op verzoek van de Kamer ben ik ook bezig met kijken naar preventie gericht op ouderen in relatie tot het nationaal preventieprogramma. Ik ben met ouderenbonden in gesprek gegaan om hierover door te praten. In het najaar van 2015 zal er een maatschappelijk debat plaatsvinden om met onder meer ouderenbonden, ouderen zelf en zeker de relevante partners van het netwerk Alles is gezondheid een antwoord te vinden op de vraag: wat is preventie gericht op ouderen? Waaraan moet je dan denken? Wat is daarin belangrijk? Zien we daarbij dingen over het hoofd? We hebben heel veel in gang gezet gericht op ouderen. Dat willen we graag adresseren en positioneren. De focuslijst die door de ouderenbonden is samengesteld, wordt daarin meegenomen.

Ik ga nu in op de ziekte van Lyme. Sinds begin september ligt er een nieuwe, verder uitgewerkte versie van het visiedocument dat is geaccordeerd door vier partijen, te weten de beide patiëntenverenigingen, het Radboudumc en het AMC. Dat is weer een volgende stap in de richting van de oprichting van een expertisecentrum. In het najaar wordt gesproken over de governance van die samenwerkingsvorm en over de financiering van de plannen. Als men daaruit is, kan eigenlijk het expertisecentrum al van start gaan. We zoeken dan natuurlijk een goed moment voor de officiële start. Het duurt langer dan de Kamer en ik hadden verwacht, maar het gaat wel gestaag. Men heeft nu dus iedereen erbij en men heeft de volgende stap gezet, die van het visiedocument. Dat was een moeilijke stap, maar die is gelukkig gezet. Ik ben tevreden over de voortgang en ik laat deze gang van zaken tussen de patiëntenverenigingen en de experts dus stapsgewijs voortgaan. Ik zie geen reden om daarin in te grijpen.

Een aantal leden hebben gevraagd naar de richtlijnen. Ik ga niet over richtlijnen. Dat doet de sector zelf. Bij ons buigen zich vele deskundigen erover. Ik heb ze net al genoemd: Radboudumc en AMC. Bij die richtlijnen zijn allerlei beroepsgroepen betrokken, zoals internisten, revalidatieartsen, dermatologen, kinderartsen, klinisch chemici, medisch microbiologen, neurologen, reumatologen, psychiaters en spoedeisendehulpartsen. Afijn, men doet zijn uiterste best om vast te stellen wat de beste behandeling is. Het kan zijn dat we van de richtlijn afwijken. Een richtlijn is een richtlijn; een individuele situatie kan er altijd voor zorgen dat je daarvan afwijkt. Dat moet je wel beargumenteren en documenteren. Alle energie wordt in het expertisecentrum gestoken. Dat is heel goed, omdat in dat expertisecentrum uiteindelijk alle kennis gebundeld is. Dan kun je ook zien of er veel afwijkt. Dan heb je veel beter zicht op wat er gebeurt.

In veel landen speelt dezelfde controverse over behandeling van de langdurige klachten als in Nederland. Die speelt dus niet alleen in Nederland. In Amerika vertegenwoordigt de International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS) de stem van kritische patiënten en medici. Daarnaast is er een officiële richtlijn van de beroepsgroep. De specialistische centra hebben natuurlijk contact met hun collega's in het buitenland. Dat zal natuurlijk ook gelden voor het expertisecentrum.

Overal wordt namelijk onderzoek gedaan, worden expertisecentra opgericht en worden richtlijnen gemaakt. We moeten geen simpele oplossing uit het buitenland verwachten. Er zal niet ineens een test uit de lucht komen vallen. Het is gewoon ongelofelijk complex.

Wat ik daarvan wil loskoppelen, is dat er altijd in de spreekkamer tussen arts en patiënt een verschil van mening kan zijn over wat de beste behandeling is. Daarin kunnen we niet bemiddelen. Het enige wat wij als overheid kunnen doen, is het expertisecentrum faciliteren en het onderzoek financieren. Daar zetten wij ook op in. ZonMw stelt samen met de patiënten een overzicht en een prioritering van de onderzoeksvragen vast. Dat is de bijdrage die wij als overheid kunnen leveren.

Voorzitter, ik hoop dat ik de vragen heb beantwoord.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister is ingegaan op de positie van de GGD, maar ik heb haar ook gevraagd in hoeverre zij in haar beleid meeneemt dat de problemen steeds meer buiten de muren van de zorginstellingen spelen en daarmee ook een zaak worden van de publieke gezondheidszorg. Daaraan is de vraag verbonden of een meldingsplicht aan de GGD in geval van antibioticaresistentie niet meer op zijn plaats is dan alleen het signaleringsoverleg dat de Minister heeft ingesteld. Ik hoor graag nog haar gedachten daarover.

Minister **Schippers**: Ten eerste was bij de oprichting van het signaleringsoverleg antibioticaresistentie de overweging dat informatie delen op basis van vertrouwen belangrijker was dan een verplichte melding. Bij het

oprichten van de regionale netwerken kijken we opnieuw naar de rol van de GGD hierin. De verpleeghuizen worden al bij het signaleringsoverleg betrokken. Dat is al een veldnorm. In de ziekenhuizen werkt dit al goed. Bij de oprichting van de regionale netwerken bekijken wij dus ook opnieuw de rol van de GGD's.

Ten tweede ben ik het met mevrouw Bruins Slot eens dat veel dingen niet meer binnen de instellingen gebeuren maar daarbuiten. Daarom denk ik dat die netwerken ook zo belangrijk zijn. Het is ook een van de redenen waarom ik vind dat wij hierbij de bevolking veel meer moeten betrekken. Wij moeten dit niet een ding laten zijn van de GGD alleen. De Suske en Wiske is een voorbeeld van hoe je dat kunt doen, maar er wordt nu ook nagedacht over het betrekken van de bevolking op andere manieren. Ik heb daarbij ook bekeken of wij niet een informatiecampagne moeten houden, om de meest basale kennis weer even tussen de oren van de bevolking te krijgen. Infecties voorkomen is altijd beter dan ze bestrijden. Er is nu bijvoorbeeld een campagne over hygiëne. Ik weet dat veel leden dat een uiterst lullige campagne vinden, om het huiselijk te zeggen. In die campagne zeggen we dat je je handen goed moet wassen en je vaatdoekjes moet verschonen. Ik heb alle grapjes gezien, zoals «de Minister van de vaatdoekjes», en het is ook iets waarbij je de vraag kunt stellen: moet de Minister dat nou doen? Ik heb dat nu overigens, ter geruststelling van de Kamer, uitbesteed aan het Voedingscentrum. Het is beter dat het Voedingscentrum met zijn microbiologen die boodschap geeft, dan ik als Minister voor de camera. Dan denkt de rest van Nederland namelijk: wat weet zij er nou eigenlijk van? Als er een microbioloog staat, denkt men: nou, die mevrouw of mijnheer heeft er verstand van. Ik doe het nu dus net iets anders, maar de boodschap is niet minder relevant. Die boodschap gaat natuurlijk over hygiëne in de keuken, maar daarnaast hebben we ten aanzien van antibioticaresistentie ook andere boodschappen, die bij mensen echt wel laag in het bewustzijn zitten. Dat speelt ook bij hygiëne in de keuken. Er zijn 2.000 voedselinfecties per dag als gevolg van gebrek aan hygiëne in de eigen keuken. Dat is veel. Verderop in het traject moet je daar weer die pillen en poeders instoppen. Zo is het ook ten aanzien van de andere kant.

Het is ongelofelijk belangrijk om de latente kennis die mensen eigenlijk wel hebben, naar boven te halen. Ten opzichte van andere landen zijn wij al een volk dat veel terughoudender is met pillen en poeders, maar toch zie je dat het er bij ons ook insluipt. We bekijken dus of we een campagne zullen starten om die latente kennis naar boven te halen. Ik heb eerste schetsen gezien. Heel veel mensen denken «ach, dat weet ik al», maar misschien is het belangrijk om het toch te doen, omdat ze dan toch weer even een reminder hebben gekregen. Wij buigen ons daarover, maar ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens dat dit geen ding is van de huisarts of de instelling, zeker niet omdat we steeds meer thuis doen, mensen steeds meer interactie hebben en patiënten van instellingen naar het ziekenhuis, naar thuis en naar de woongroep heen en weer gaan. We moeten het daarom veel breder aanpakken.

De voorzitter: Afrondend, mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als we vinden dat het veel breder moet worden aangepakt en veel zaken buiten instellingen gaan plaatsvinden, ben ik ook benieuwd wat er uit de herpositionering van de GGD en het regionaal netwerk komt. Wanneer kan de Minister hierover iets laten weten aan de Kamer?

Minister **Schippers**: De plannen worden nu gemaakt. De topdeskundigen van Nederland zijn daarmee bezig. Wij zitten er ook bij, om te bekijken of we de richting goed vinden. Ik vind de richting van de regionale netwerken ongelofelijk goed. Laten we dat proces even zijn gang laten

gaan. Als dat ei is gelegd, kan ik op hoofdlijnen aangeven hoe de plannen erin zitten. Dat zal ik weer doen in een verzamelbrief, want ik ga geen losse brieven meer schrijven. Daarin zal ik ook het punt van mevrouw Bruins Slot expliciet meenemen: welke positie hebben de GGD's erin gekregen? Het is moeilijk om daar precies een deadline voor vast te stellen, maar zij zullen begin volgend jaar in ieder geval een beeld hebben gekregen. Daarna, dus voor de zomer, weten we in ieder geval veel strakker hoe dat eruit ziet.

De **voorzitter**: Voor de zomer komt er dus een verzamelbrief op dit punt.

Minister **Schippers**: Het komt in een verzamelbrief. Ik ga verzamelbrieven maken.

De **voorzitter**: Dat is duidelijk. We gaan over naar de tweede termijn. Mevrouw Bruins Slot, kunt u uw vraag in tweede termijn stellen of hebt u hem nu bij de hand?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De vraag ging over de vergoeding van de regeling van de Nederlandse Zorgautoriteit van € 50.000 voor MRSA. Is die inmiddels al verbreed naar klebsiella en andere zaken? Het is ook een punt van vorig jaar.

Minister **Schippers**: Daar kom ik in tweede termijn op terug.

De **voorzitter**: Dat antwoord komt in de tweede termijn. Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording door de Minister in eerste termijn. Ik zie dat er bij de leden behoefte is aan een tweede termijn.

De heer **Ziengs** (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording. Die schept in elk geval wat licht in de tunnel. Het is prachtig om te horen dat het netwerk dat is opgestart in Groningen als voorbeeld dient. Dat is toch een beetje de omgeving waar ik vandaan kom, hoewel dat eigenlijk Drenthe is, maar dat ligt er vlakbij.

Wat betreft de antibioticaresistentie vind ik het geweldig dat de Minister een enorme inzet pleegt om een en ander gelijk te trekken in Europees verband.

Wat betreft de stappen die worden genomen rond de vaccins is nu voor mij helder en duidelijk welke data daarvoor gepland staan. We kunnen in ieder geval vaststellen dat er nu gelukkig schot in zit.

De beantwoording over Lyme was helder en duidelijk. Het expertisecentrum wordt gefaciliteerd en gefinancierd. Kortom, ik ben tevreden met de beantwoording.

De heer **Krol** (50PLUS): Mevrouw de voorzitter. Ik begon mijn bedrage al met een compliment aan de Minister. De beantwoording maakt mij nog complimenteuzer. Ik heb eigenlijk maar één vraag: stelt de Minister een Kameruitspraak op prijs bij haar gesprekken met de Gezondheidsraad en het RIVM?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik ben heel benieuwd naar het vervolg van de acties die worden ingezet.

Ik heb nog een vraag over het halen van de normen voor deskundige infectiepreventie, vooral in verpleeghuizen maar ook in ziekenhuizen. De Minister zegt dat zij heel veel verwacht van de regionale netwerken. Zij verwacht echt dat die een kwaliteitsslag met zich zullen brengen. Maar stel dat over twee jaar de inspectie weer concludeert dat we de stappen niet hebben gemaakt. Is die norm voor deskundige infectiepreventie een

veldnorm? Kan daarop gehandhaafd worden? Hopelijk is het niet nodig, maar mijn vraag aan de Minister is hoe dit precies in elkaar steekt. Ik kom op het antwoord van de Minister over smalspectrumantibiotica. Ik vind het heel goed dat zij voor Penidural heeft afgedwongen dat verzekeraars het nu vergoeden, maar er is ook een tekort aan twee andere middelen van smalspectrumantibiotica. Mijn uitspraak zal misschien niet helemaal kloppen, maar goed, ik ben jurist en geen medicus. Het zijn flucloxacilinecapsules en Broxil feneticillinedrank. Dat zijn ook smalspectrumantibiotica waaraan een tekort is. Wat doet de Minister met de vergoeding daarvan? Welke acties zijn daarop ondernomen? Hoe groot is eigenlijk de vertraging bij de smalspectrumantibiotica? Er moet toch op patiëntniveau toestemming worden gevraagd om ze uit het buitenland te halen? Of zijn het groepen patiënten? Op patiëntniveau zou ik het behoorlijk intensief vinden.

Ik had ook nog gevraagd om een verruiming van de beleidsregels, zodat de Nederlandse Zorgautoriteit niet alleen MRSA maar ook uitbraken van bijvoorbeeld klebsiella vergoedt.

De **voorzitter**: Misschien kunt u nog even de vraag herhalen over de vertraging.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt: als een middel uit het buitenland moet komen, proberen we ervoor te zorgen dat er zo snel mogelijk toestemming van de inspectie is. Maar volgens mij moet dat op patiëntniveau gebeuren en dat lijkt mij behoorlijk arbeidsintensief. Klopt dat?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn. Ik word echt blij van het plan om de regionale netwerken uit te breiden en ze in heel Nederland op te bouwen. Dat geeft ook een perspectief voor hoe je dit soort dingen zou willen doen in de toekomst. Het geeft ook een beetje lucht, zodat we van het oude denken af kunnen komen: iets gaat niet goed, de inspectie gaat erop af, er komt verscherpt toezicht enzovoorts, maar twee jaar later ben je eigenlijk in dezelfde cyclus bezig. Ik denk dat we er op die manier nooit uitkomen. Ik ben dus hartstikke blij met het idee om hier op een heel andere manier naar te kijken: hoe kunnen we samenwerken en hoe kunnen we elkaars kracht beter benutten en vanuit de inhoud de controle verbeteren? Ik denk dat dat veel beter werkt dan de klassieke inspectiecyclus. Die betekenen eigenlijk het failliet van de inhoudelijke ontwikkeling. Ik ben hier dus heel blij mee.

Het is mooi dat de GGD's ook zelf onderzoek doen. Ook is het fijn dat er tussen de departementen wordt bekeken wat de asielzoekerscentra opleveren aan extra inspanningen en extra werk op verschillende gebieden. Wanneer komt de Minister daarop terug, hoe komt dit eruit te zien en welke conclusies trekt zij?

De vergadering wordt geschorst van 11.27 uur tot 11.29.

De **voorzitter**: Ik geef nu het woord aan de Minister voor haar beantwoording in tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik kan tegen de heer Ziengs zeggen dat Drenthe voor een groot deel ook in dat netwerk zit, dus dat scheelt. Ik kom op de vraag over de Gezondheidsraad en de RIVM. Ik zit daarbovenop, dus een Kameruitspraak lijkt mij nu weinig zinvol. We krijgen het advies en op basis van dat advies neem ik een besluit. De Gezondheidsraad gaat daardoor namelijk niet sneller werken. Die is onafhankelijk. Ik zal hier echt bovenop zitten en wij komen er zeker nog over te spreken.

Mevrouw Bruins Slot vroeg nog naar de veldnorm. Als er over twee jaar niks verbeterd is, wat doen we dan? De inspectie controleert. Dit is ook periodiek zwaar onder de aandacht van de inspectie. Ik verwacht veel van de regionale netwerken, omdat het logisch is om op zo'n manier een echte verbetering tot stand te brengen. Als de inspectie nu al situaties tegenkomt, bijvoorbeeld in verpleeghuizen, die echt niet onder controle zijn en waarbij het de spuigaten uitloopt, dan kan zij nu ook al optreden. In de wat bredere onderzoeken kan de inspectie echter thematisch beter bekijken hoe het ervoor staat voor het land. Het is goed om dat tegen die tijd te bekijken, maar de inspectie zal zeker ingrijpen als zij denkt dat de situatie in een instelling zwaar onder de maat is. Dan moet die instelling nu al een verbeterplan maken.

Mevrouw Bruins Slot heeft twee smalspectrumantibioticamiddelen genoemd. De oplossing daarvan zit in dezelfde lijn als die van het andere smalspectrumantibioticum. Het zit in dezelfde werkgroep en de middelen lopen langs dezelfde lijn. Wordt het op patiëntniveau gedaan? Nu gebeurt het inderdaad op verzoek van de arts. Die kan in één aanvraag meerdere patiënten meenemen. Ik zal de werkgroep ook vragen of hiervoor een zo min mogelijk administratief belastende route te bedenken is. Ik leg dit dus terug in de werkgroep.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat laatste heel graag, want het zijn zieke patiënten en die kunnen niet heel lang wachten op hun middelen. Zeker omdat de tekorten toenemen, wordt de incidentie steeds groter. Er is dus belang bij het verzinnen van een slimme manier om dit snel voor elkaar te krijgen. Dat is even een hartenkreet aan het adres van de Minister. De Minister zegt ook dat voor beide middelen de oplossing in dezelfde lijn zit ...

Minister **Schippers**: Werkgroep.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): ... als in de werkgroep. Maar wil dat gewoon zeggen dat voor die twee middelen dezelfde aanspraken gelden als voor Penidural? Of zit het nog in de pijpleiding om tot dezelfde oplossing te komen? Dat is mij niet duidelijk.

Minister **Schippers**: Die worden volgens dezelfde lijn opgelost.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Oké, dus dat gaat geregeld worden.

Minister **Schippers**: Ja.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Op welke termijn?

Minister **Schippers**: Als het goed is, zijn ze daar nu mee bezig. Dat kan ik zo niet zeggen, maar aan mij wordt terug gerapporteerd dat die op dezelfde manier in dezelfde lijn worden opgelost. Dan ga ik ervan uit dat het opgelost wordt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Gelukkig krijg ik nog antwoorden op schriftelijke vragen. Daarin zal waarschijnlijk staan dat het dan opgelost is, hoop ik.

Minister **Schippers**: Ja.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Maar moet ik dan aan weken of aan maanden denken? Het zijn wel tekorten voor mensen die ontzettend ziek zijn, dus ...

Minister **Schippers**: Daarom zit men er ook snel op. Mevrouw Bruins Slot zegt dat het goed is dat dit snel wordt opgelost, omdat wij ons geen dralen kunnen veroorloven, maar de inspectie geeft bijvoorbeeld momenteel al heel snel antwoord. Ook hebben wij nog helemaal geen signalen van patiënten ontvangen dat er gezondheidsschade uit is voortgekomen. Het zijn situaties die we natuurlijk niet willen. We willen dat iedereen maximaal werk maakt van deze middelen. Dat wil ik van de werkgroep ook. Als we zoiets constateren, moeten we het dus zo snel mogelijk oplossen. Ik zal in de beantwoording van de Kamervragen ook aangeven wat er precies is gebeurd. En omdat we dit vaker zullen gaan zien, wil ik ook een efficiëntere oplossing dan hoe we het nu geregeld hebben. We zullen er dus iets structureler naar kijken dan tot nu toe. Wanneer is het onderzoek van de GGD afgerond? Dat is in januari. Het wordt getrokken door V en J. In januari hebben we én een GGD-onderzoek én de interdepartementale opbrengst. Dan zullen wij, net als andere departementen op hun terrein, bekijken wat een en ander betekent.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dan zou mijn suggestie zijn om dat niet in de verzamelbrief te rapporteren aan de Kamer, want die komt ergens voor de zomer. Als in januari de rondgang rond is, is het fijn als over dat onderdeel apart in overleg met Veiligheid en Justitie aan de Kamer wordt gerapporteerd.

Minister **Schippers**: Ik heb het vermoeden dat het wel een in verzamelbrief zit, maar dan die van V en J. Dat ministerie doet dit namelijk op al die terreinen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ook goed. Van die commissie ben ik ook lid, dus die zie ik vanzelf langskomen.

Minister **Schippers**: Het zal dus in die stroom meelopen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb nog één vraag, over de verruiming van de vergoeding van de beleidsregel van de NZa.

Minister **Schippers**: Ik heb daarover advies gevraagd aan de NZa. Dat advies aan mij staat ook op het werkprogramma van de NZa. De urgentie loopt ook op omdat er beroepzaken lopen. Een ander punt van overweging is dat de 1%-norm misschien te hoog is om dit beleid voldoende te faciliteren. Ik heb dus advies gevraagd aan de NZa. De urgentie hiervan loopt op. De NZa geeft mij een advies, op basis waarvan ik uiteindelijk zal besluiten.

De **voorzitter**: En de termijn?

Minister **Schippers**: Het is een onafhankelijk orgaan, dat daar zelf zijn tijd voor zal nemen, maar zoals gezegd zal de urgentie bij de NZa ook oplopen in dezen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Minister. Er zijn twee toezeggingen genoteerd.

- Er komt een verzamelbrief, onder andere over profylaxe en de positie van de GGD's in de regionale netwerken.
- Er komt voor de zomer van 2016 een verzamelbrief op hoofdlijnen over de inventarisaties van de IGZ en de GGD's en de interdepartementale inventarisaties.

Is er bij de leden behoefte aan een VAO? Dat is niet het geval. Dan rest mij de Minister en haar ambtelijke ondersteuning te bedanken. Ik dank ook de Kamerleden voor hun inbreng en uiteraard de mensen die dit debat hier of elders hebben gevolgd.

Sluiting 11.37 uur.