

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
113514-102890-PG

Bijlagen
1

Datum 28 mei 2013
Betreft Kamervragen

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Wolbert (PvdA) en Bouwmeester (PvdA) over onnodige sterfte door Hepatitis B en C (2013Z08065).

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Wolbert (PvdA) en Bouwmeester (PvdA) over onnodige sterfte door Hepatitis B en C .
(2013Z08065)

1

Kent u het bericht "Onnodige sterfte door Hepatitis B en C", waarin vermeld wordt dat het aantal sterfgevallen door deze ziekten tussen 1996 en 2010 met ongeveer 30% gestegen is? 1)

Ja.

2

Wat is de ontwikkeling van dit sterftcijfer na 2010?

In 2011 zijn er 49 personen overleden met virale hepatitis als doodsoorzaak en zijn er 567 personen overleden aan kanker aan de lever of galwegen (CBS data). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de cijfers uit 2009 en 2010. Uit de CBS data valt niet op te maken welk deel van het aantal sterfgevallen aan leverkanker wordt veroorzaakt door hepatitis B en C. De auteurs van bovengenoemd stuk hebben hiervan een schatting gemaakt op basis van een percentage uit een internationale publicatie. Het is echter onbekend of dit percentage één op één toepasbaar is op de Nederlandse situatie. Het percentage hangt mede af van de prevalentie van hepatitis B en C voorafgaand aan deze periode en maatregelen die genomen zijn ter bestrijding van hepatitis infecties.

3

Wat is volgens u de oorzaak van deze stijging, terwijl effectieve therapie beschikbaar is? Kunt u dit toelichten?

Chronische virale hepatitis wordt gekenmerkt door klachten die pas in een laat stadium optreden. Als mensen zich niet bewust zijn van hun infectie voor die tijd, komen zij pas bij een arts/specialist terecht als de aandoening in een vergevorderd stadium verkeert. Therapie kan dan leverschade of mortaliteit niet altijd meer voorkomen. Toegenomen immigratie uit gebieden waar hepatitis B of hepatitis C veel voorkomen voorafgaand aan (en gedurende) de periode 1996-2010 draagt bij aan stijging van de mortaliteit in die periode.

4

Waar liggen volgens u de risico's met betrekking tot Hepatitis B, nu vaccinatie sinds 2011 is opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma voor pasgeborenen, maar mensen in Nederland die al geïnfecteerd zijn vooral uit eerste generatie migranten bestaat?

Risico voor het oplopen van hepatitis B in het land van herkomst hangt af van de prevalentie en maatregelen, etc. in het betreffende land.

Voor bepaalde risicogroepen bestond er voor het RVP al langer een screenings/vaccinatie programma:

Sinds 1989 is er een screeningsprogramma (prenatale screening van zwangeren op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie (PSIE) voor zwangere vrouwen. Dit programma heeft onder andere tot doel besmetting van het kind bij de geboorte te voorkomen. Kinderen van drager-moeders worden direct na de geboorte

gevaccineerd en wanneer nodig wordt de moeder antiviraal behandeld. Dit programma bereikt vrijwel alle zwangere vrouwen, waardoor besmetting van kinderen zeer zeldzaam is. Tweede generatie migranten hebben hierdoor een zeer laag risico op een infectie met hepatitis B, ondanks de relatief hoge prevalentie in eerste generatie migranten.

De vaccinatieprogramma's en de screening van zwangere vrouwen hebben als bijeffect dat er chronische dragers worden gevonden (de gevaccineerde personen worden daarop getest). Bij deze dragers wordt ook hun omgeving (huishouden en/of partner) gevaccineerd. Eerste generatie migranten uit mediterrane en Aziatische gebieden worden dus niet specifiek als risicogroep betrokken, maar dit screeningsprogramma bereikt een groot deel van deze groepen wel.

Daarnaast worden personen die extra risico lopen op infectie (en/of het doorgeven daarvan) door veelvuldig contact met mogelijke patiënten en/of bloed(producten) gevaccineerd. Hieronder vallen beroepsgroepen, waaronder medici, die door de werkgever gevaccineerd worden, conform het Arbeidsomstandighedenbesluit, en gebruikers van medische producten (waaronder hemofiliepatiënten, maar bijvoorbeeld ook dialysepatiënten). Daarnaast worden in dit kader al meer dan tien jaar mannen, die seks hebben met mannen (MSM) en sekswerkers gevaccineerd. In deze groep zien we momenteel een daling in het aantal nieuwe gerapporteerde hepatitis B-infecties.

5

Is het beleid voor risicogroepen voor Hepatitis B alleen gericht op hemofiliepatiënten, mannen die seks hebben met mannen en sekswerkers, of zijn er ook andere risicogroepen vastgesteld? Worden de risicogroepen eerste generatie migranten uit mediterrane en Aziatische gebieden betrokken in het beleid voor risicogroepen? Zo nee, waarom niet?

De belangrijkste risicogroep voor wat betreft hepatitis B dragerschap en consequenties daarvan zijn eerste generatie migranten. VWS verkent (met het RIVM) momenteel in hoeverre een regionaal of nationaal screeningsprogramma gericht op eerste generatie migranten uit hoogendemische gebieden opportuun is. De resultaten van kleinschalige screeningsprojecten voor eerste generatie migranten, zoals het hieronder genoemde "China in de lage landen", zullen hierbij worden betrokken. Zonodig zal de Gezondheidsraad om een advies gevraagd worden.

6

Wat zijn de resultaten van het project "China in de lage landen", waarbij door het Nationaal Hepatitis Centrum (NHC) en GGD'en samen met de Chinese gemeenschap campagne wordt gevoerd om Chinezen in Nederland ervan bewust te maken dat ze een hoog risico hebben op besmetting met Hepatitis B, waarin nieuwe infecties werden opgespoord en nieuwe besmettingen voorkomen? Op welke wijze wordt dit project voortgezet?

In het pilotproject "China in de lage landen" zijn in een aantal GGD-regio's (tot en met april 2013) 4486 personen getest, waarbij 268 dragers van hepatitis B (6%) en 6 dragers van hepatitis C zijn gevonden.

Het project wordt afgerond met een subsidie van ZonMw en de resultaten en ervaringen worden meegenomen in de in antwoord 5 genoemde verkenning naar de mogelijkheid voor regionaal of landelijk beleid.
Zie ook vraag 5.

7

Welke lessen kunnen uit dit project worden geleerd? Welke mogelijkheden ziet u om soortgelijke campagnes te voeren voor andere etnische groepen?

Het project "China in de lage landen" is nog niet formeel afgerond, waardoor er nog geen definitieve conclusies mogelijk zijn. Er zijn vergelijkbare projecten elders uitgevoerd, zoals screening bij de Turkse gemeenschap in Arnhem. Zoals in het antwoord op vraag 5 is aangegeven, verken ik momenteel of een screeningsprogramma opportuun zou zijn.

8

Krijgen migranten uit mediterrane of Aziatische gebieden die naar Nederland komen informatie over het feit dat zij tot een risicogroep voor Hepatitis B behoren en over de mogelijkheden om gescreend, gevaccineerd of behandeld te worden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze?

Nee, migranten uit mediterrane of Aziatische gebieden krijgen momenteel geen specifieke voorlichting over of screening op hepatitis B. Zie antwoord 5.

Sinds augustus is hepatitis B vaccinatie voor alle kinderen opgenomen in het RVP. Het RVP bereikt ook kinderen (tot 18 jaar) van asielzoekers. Al voor deze tijd werden zwangere vrouwen gescreend op hepatitis B (en waar nodig behandeld) en werden kinderen van dragers gevaccineerd. Conform een eerder advies van de Gezondheidsraad werden vanaf maart 2003 als doelgroep voor vaccinatie in het programma ook zuigelingen opgenomen van wie de moeder geen drager is, maar die een verhoogd infectierisico hebben door de sociale omgeving waarin zij opgroeien, omdat één of beide ouders uit een hepatitis B-endemisch land komen.

9

Wat zijn de eerste resultaten van het Project Bibhep (Bewustzijn Identificatie en Behandeling van chronische virale hepatitis)?

Het pilotproject voor bewustzijn over hepatitis bij beroepsgroepen in de zorg is inmiddels afgelopen. Er zijn verschillende workshops gehouden voor hepatitis specialisten en huisartsen. Het heeft geleid tot vier publicaties in medische tijdschriften. Uit dit project blijkt, volgens de uitvoerders, dat het bewustzijn over dit gezondheidsprobleem bij medici zeer laag is. Dit kan volgens hen verklaren dat er een afnemende aantal positieve testen hepatitis B of C gevonden wordt. Wel constateerden de uitvoerders van het programma dat de bereidheid tot het gezamenlijk aanpakken van dit probleem bij de beroepsgroepen groot is, vooral wanneer de daartoe vereiste inspanning in de normale workflow wordt ingepast. De uitvoerders van het Biphep willen het project daarom ook voortzetten. Ik vind het een sympathiek initiatief vanuit de beroepsgroep zelf. Aan de uitvoerders heb ik reeds laten weten dat ik bepaalde bewustwordingsonderdelen uit het programma financieel zal steunen. Dit staat naast het uitzoeken of screening van mogelijke dragers opportuun is, zoals aangegeven in vraag 5.

10

Kunt u deze vragen beantwoorden voor het algemeen overleg Preventiebeleid op 30 mei 2013?

Ja. Hiermee geef ik u antwoord op de gestelde vragen.

1) Medisch Contact, 24 februari 2012