

Advies van de ZonMw commissie Infectieziekten & Resistentie aan het bestuur van ZonMw met betrekking tot de vraag van VWS over de motie Bushoff

10 november 2025

Op 18 juni 2025 is de motie Bushoff aangenomen door de Tweede kamer waarin de regering werd verzocht *“in kaart te brengen hoeveel mensen afzien van behandeling om financiële redenen en wat de financiële impact is om de diagnostiek en behandeling van het MRSA-virus uit te sluiten van het eigen risico”* (Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 29 689, nr. 1301).

Aan ZonMw is door VWS gevraagd om een advies uit te brengen over wat er voor nodig is om de vragen uit de motie Bushoff te kunnen beantwoorden. Het ZonMw bestuur heeft de ZonMw-commissie I&R (Infectieziekten en Resistentie) gevraagd om de door VWS gestelde adviesvraag te beantwoorden. De commissie I&R is door het ZonMw bestuur ingesteld en bestaat uit een onafhankelijke groep experts met relevante kennis op onder andere infectieziektebestrijding en AMR.

De werkwijze die de commissie heeft gevolgd is als volgt. De vragen uit de motie zijn opgeknipt in verschillende deelvragen en aan de commissieleden voorgelegd middels een online tool. Aan de hand van de verkregen antwoorden en input is een concept advies geschreven, welke op 30 oktober jongstleden in een commissievergadering is bediscussieerd en verder aangescherpt. Na een laatste feedbackronde is dit advies op 10 november gefinaliseerd. Het advies van de commissie I&R is op 12 november toegestuurd naar het Dagelijks Bestuur van ZonMw. Deze bijlage is de weergave van het advies.

Uitgangspunten commissie I&R

De commissie behandelt in dit advies de afwegingen, kaders en voorwaarden met betrekking tot het verzoek uit de motie Bushoff. Zij geeft geen mening over het nut of de noodzaak van het al dan niet uitsluiten van diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap uit het eigen risico.

- Allereerst merkt de commissie op dat het hier gaat om de MRSA-bacterie en niet om een virus.
- Ten tweede merkt de commissie op dat niet alle MRSA-dragers klachten hebben en een risico lopen of vormen voor anderen. Het *search and destroy* (diagnostiek en behandeling) betekent niet dat actief gezocht wordt naar alle MRSA-dragers in Nederland. Het beleid is erop gericht MRSA-uitbraken en verdere verspreiding van MRSA te voorkomen. Daarom worden alleen personen getest die hiervoor een risico vormen. Waarschijnlijk zijn daarom de meeste MRSA-dragers niet gediagnosticeerd. Wanneer wordt gesproken over MRSA-dragerschap in dit document zal dit derhalve verwijzen naar gediagnosticeerde MRSA-dragers, tenzij anders aangegeven.
- Ten derde stelt de commissie dat gediagnosticeerde MRSA-dragers in voorkomende gevallen, maar niet altijd, het advies krijgen zich te laten behandelen.
- Tot slot, gezinsleden of medebewoners van een gediagnosticeerde MRSA-drager die het advies heeft gekregen zich te laten behandelen, kunnen het advies krijgen zich te laten testen en indien nodig te laten behandelen. Niet alle gezinsleden of medebewoners zullen in dit advies meegaan.

In Annex I is een uiteenzetting gegeven betreffende de probleemstelling van het MRSA-dragerschap en de geadviseerde behandeling.

Uitwerking

Om tot een gedegen advies te komen zijn de vragen uit de motie opgeknipt in 4 onderdelen. Het advies van de commissie I&R is per vraag uitgewerkt, bovengenoemde uitgangspunten in acht nemend.

1. Hoe kom je erachter hoeveel gediagnosticeerde MRSA-dragers met advies tot behandelen zich niet hebben laten behandelen?

Het is naar de mening van de commissie, gezien de inrichting van het huidige zorgstelsel, onmogelijk retrospectief te bepalen hoeveel gediagnosticeerde MRSA-dragers zich niet hebben laten behandelen.

Om de doelgroep die de motie aanspreekt in kaart te brengen is inzicht in de volgende groepen vereist:

- hoeveel MRSA-dragers gediagnosticeerd zijn;
- hoeveel gediagnosticeerde MRSA-dragers het advies hebben gekregen zich te laten behandelen;
- hoeveel daarvan vervolgens af hebben gezien van behandeling.

Deze informatie wordt niet structureel en eenduidig geregistreerd. Derhalve is een deel van de benodigde data niet aanwezig en de wel aanwezige data zijn niet volledig en niet representatief.

Onderbouwing:

- a. Er zijn allerlei verschillende databases waar verschillende gegevens in staan. Denk aan gegevens van microbiologische diagnostische laboratoria, zorgverzekeraars, zorginstellingen en het RIVM. Er is niet één algemene centrale database, waardoor er geen totaaloverzicht is.
- b. MRSA-dragerschap kent geen eigen DBC (diagnose-/behandelcombinatie), het valt onder de DBC 'huidinfecties'. Hierdoor is het met de huidige zorgverzekeringsdatabestanden niet mogelijk het aantal behandelde MRSA-dragers te achterhalen. In bestanden van zorgverzekeraars kan men wel vinden hoeveel mensen zorg hebben geclaimd dat valt onder de DBC code 'huidinfecties', maar het is niet te bepalen of en hoe dit gerelateerd is aan MRSA-dragerschap.

2. Wie zijn de gediagnosticeerde MRSA-dragers die zich niet hebben laten behandelen?

Om de vragen in de motie te kunnen beantwoorden, moeten gediagnosticeerde MRSA-dragers geïdentificeerd en benaderd worden. De commissie stelt dat het vrijwel onmogelijk is te achterhalen wie alle gediagnosticeerde MRSA-dragers zijn bij wie behandeling geadviseerd is. Laat staan dat men kan achterhalen wie van hen gekozen heeft af te zien van behandeling. De AVG-wetgeving belemmert inzage in individuele, persoonsgebonden gegevens waardoor deze populatie niet benaderd kan worden.

Volgens de commissie is de groep die in aanmerking komt voor het actieve *search and destroy* beleid voor MRSA-dragerschap te verdelen in vijf categorieën:

1. Personen die in de zorg werken en daar in dienst zijn, waarvan de werkgever kosten van *search and destroy* vergoedt;
2. Personen die in de zorg werken en daar in dienst zijn, waarvan de werkgever de kosten van *search and destroy* niet vergoedt;

3. Personen die in de zorg werken als ZZP'er, waarbij kosten van *search and destroy* voor eigen rekening komen. Denk hierbij ook aan misgelopen inkomsten omdat er niet gewerkt mag worden in de zorg totdat ze negatief getest zijn;
4. Personen die zorg behoeven en in aanmerking komen voor *search and destroy*.
5. Huisgenoten en contacten van gediagnosticeerde MRSA-dragers uit bovenstaande categorieën die in aanmerking komen voor *search and destroy*.

De complexiteit van de categorieën en de grote verschillen in registratiesystemen (zie ook antwoord op vraag 1), maakt het onuitvoerbaar te achterhalen welke personen in Nederland gediagnosticeerd MRSA-drager zijn en wie zich, ondanks advies daartoe, niet heeft laten behandelen.

3. Hoe kom je erachter hoe groot het aandeel “om financiële redenen” is bij MRSA-dragers die hebben afgezien van behandeling?

Naar de mening van de commissie is het aandeel “om financiële redenen” niet te bepalen. Het beantwoorden van deze vraag vergt kwalitatief (motieven) én kwantitatief (het aandeel) onderzoek. Hiervoor is een representatieve steekproef nodig, wat gezien de antwoorden bij vraag 1 en 2 onhaalbaar is.

Kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de verschillende motieven voor het afzien van meewerken aan het *search and destroy* van MRSA-dragerschap. Kwalitatief onderzoek kan bijvoorbeeld worden uitgevoerd via enquêtes met gevalideerde vragenlijsten, via het organiseren van focusgroepen en/of diepte-interviews met respondenten uit de doelgroep. Dit is met betrekking tot MRSA-dragerschap echter onmogelijk, er is namelijk geen toegang tot de doelgroep.

Daarnaast kan worden opgemerkt dat de keuze voor wel of niet deelnemen aan de *search and destroy* activiteiten vaak het gevolg is van vele verschillende afwegingen. Zelden is slechts één afweging, zoals aanspraak op het eigen risico, doorslaggevend. De commissie wijst erop dat onderzoek naar zorgmijding aantoont dat naast financiële overwegingen ook persoonlijke overtuiging, angst voor behandeling, onwetendheid of wantrouwen, en andere persoonlijke of algemene factoren een rol kunnen spelen.

Een publieke wervingscampagne via sociale media en/of patiënten- of gezondheidsfora kan mogelijk toegang geven tot gediagnosticeerde MRSA-dragers en hun huisgenoten die ervoor gekozen hebben zich niet te laten behandelen. Deze groepen zou de vraag kunnen worden gesteld of ze willen deelnemen aan een onderzoek om inzicht te krijgen in de verschillende motieven voor keuze om al dan niet afzien van behandeling. Onder de voorwaarde dat de groep die zichzelf aanmeldt gevarieerd genoeg is, kan een breed overzicht in mogelijke motieven, waaronder financiële redenen, worden verkregen. Hiermee kan echter niet het aandeel bepaald worden van enig motief.

Kwantitatief onderzoek

Om het aandeel “om financiële redenen” correct te kunnen berekenen is een representatieve steekproef van gediagnosticeerde MRSA-dragers met advies tot behandeling nodig om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen. Een representatieve steekproef MRSA-dragers moet voldoende diversiteit bevatten op basis van onder andere leeftijd, geslacht, regio, etniciteit, opleiding, health literacy en inkomensgroepen.

Op basis van het aantal ingestuurde isolaten (opgekweekte MRSA-bacteriën) bij het RIVM is de grove schatting dat er jaarlijks in Nederland 3.000 á 4.000 nieuwe gediagnosticeerde MRSA-dragers bij komen. Hoe groot de steekproef van niet-behandelde gediagnosticeerde MRSA-dragers en hun huisgenoten moet zijn voor een betrouwbare uitspraak over het aandeel “om financiële redenen” is momenteel niet te berekenen, omdat niet bekend is hoe groot deze populatie is.

Een niet-wetenschappelijk onderbouwde aanname is dat jaarlijks 100 á 200 gediagnosticeerde MRSA-dragers of huisgenoten afzien van behandeling. Deze aantallen zijn gebaseerd op een uitvraag in de praktijk en geven een subjectief, niet-gevalideerd beeld weer. Data over het aantal personen dat “om financiële redenen” besluit af te zien van behandeling of die de behandeling voortijdig beëindigt ontbreekt volledig.

Om de vragen uit de motie te kunnen beantwoorden is een complex en langdurig prospectief onderzoek nodig, onder andere om een representatieve steekproef op te zetten. De opzet en uitvoering zal, na goedkeuring van een onafhankelijke Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METc) of de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), naar verwachting enkele jaren duren. Dit is mede afhankelijk van hoe snel de inclusie voor de steekproef kan worden bereikt. De commissie pleit niet voor dit onderzoek, omdat de kosten-baten analyse hiervoor zeer ongunstig is. Het vinden van financiering voor een dergelijk onderzoek zal moeilijk zijn.

4. Wat is de financiële impact van het uitsluiten van de diagnostiek en behandeling van het MRSA-dragerschap uit het eigen risico?

De commissie is van mening dat het beantwoorden van deze vraag onmogelijk is. Er is een volledige financiële impact analyse nodig om deze vraag te kunnen beantwoorden.

Een volledige financiële impact analyse van het uitsluiten van diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap uit het eigen risico moet minstens de volgende elementen bevatten:

- **Kostenanalyse:** Bereken de kosten van de verwachte gezondheidsproblemen, uitbraakbeheersing en verzuim bij uitsluiten van diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap uit eigen risico, versus de kosten bij niet uitsluiten van diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap uit eigen risico.
- **Gezondheidsuitkomsten:** Betrek het effect van MRSA-dragerschap op gezondheid, zoals extra ziekenhuisopnames, infecties, langere ziekteduur en de gevolgen van antibioticaresistentie door al dan niet behandelen.
- **Arbeidsproductiviteit:** Modelleer de gevolgen van de gezondheidsuitkomsten op de kosten van het verzuim en/of productiviteitsverlies van werknemers.
- **Zorgkosten:** Modelleer het gevolg van het uitsluiten van diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap uit het eigen risico op de zorgkosten.

Gezien de complexiteit is dit een niet-uitvoerbaar proces, mede doch niet uitsluitend omdat gevalideerde data over aantallen ontbreken.

Conclusie commissie I&R

Alles overwegend is de commissie van mening dat de vragen uit de motie niet retrospectief te beantwoorden zijn met de huidige inrichting van het zorgstelsel en de daaruit voortvloeiende beschikbare kennis en data.

Het is niet te bepalen hoeveel gediagnosticeerde MRSA-dragers met advies tot behandeling zich vanwege financiële redenen niet laten behandelen, laat staan afzien van *search and destroy* na MRSA-infectie van huisgenoten. Er zijn namelijk geen representatieve en/of beschikbare persoonsgebonden data over:

- aantallen gediagnosticeerde MRSA-dragers,
- noch over aantallen MRSA-dragers met een indicatie tot behandeling,
- noch over het aantal huisgenoten dat het advies krijgt zich te laten testen,
- noch over aantallen MRSA-dragers die zich niet laten behandelen of de onderbouwing van de keuze daartoe.

De financiële impact en de gezondheidsgevolgen van het uitsluiten van diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap uit het eigen risico vergt een complexe en niet-uitvoerbare analyse en zijn daarmee niet te bepalen, mede doch niet uitsluitend omdat gevalideerde data over aantallen ontbreken. Het is daardoor ook niet te modelleren hoeveel mensen zich wél zouden laten behandelen als de financiële drempel verdwijnt.

Overige overwegingen

De commissie erkent het feit dat door het afzien van behandeling van sommige gediagnosticeerde MRSA-dragers en hun huisgenoten bepaalde risicogroepen, bijvoorbeeld mensen met een kwetsbare gezondheid, geraakt kunnen worden. In hoeverre financiële redenen een rol spelen bij het afzien van behandeling is naar de mening van de commissie onduidelijk, maar dat kosten in sommige gevallen een rol zullen spelen vindt de commissie plausibel.

De motie is erop gericht de financiële drempel weg te nemen, met de aanname dat meer mensen dan zullen deelnemen aan *search and destroy* maatregelen. De commissie erkent de wens van het zo laag mogelijk houden van de kosten voor individuen als het gaat om diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap. Toch vraagt zij zich af of het wegnemen van financiële drempels MRSA-dragers voldoende motivatie geeft voor het kiezen voor behandeling. Dit gezien de complexiteit van die behandeling waarbij ook andere overwegingen - anders dan financiële - een rol spelen.

In feite wordt aan individuen waarvan het eigen risico nog niet geheel is aangesproken gevraagd om kosten te dragen voor eigen diagnostiek en behandeling van MRSA-dragerschap voor een algemeen belang. De commissie wijst erop dat er meer infectieziektebestrijdingsmaatregelen zijn, waarbij aan individuen gevraagd wordt bij te dragen aan het algemeen belang (groepsimmuniteit, publieke gezondheid), naast het eigen belang (ziekte). In voorkomende gevallen worden de daarmee gepaard gaande kosten gedragen door de overheid. Voorbeelden hiervan zijn:

- De gratis influenzavaccinatie bij zorgpersoneel. Waarbij opgemerkt moet worden dat minder dan de helft van de zorgmedewerkers zich ook daadwerkelijk laat vaccineren, ook al kost het hen niets.
- Momenteel wordt onderzocht of en hoe een gratis influenzavaccinatie aangeboden kan worden aan personen die werken in de pluimveesector. Dit is met name van belang om te voorkomen dat een recombinant influenzavirus met pandemische potentie ontstaat uit een

ontmoeting tussen aviaire influenzavirussen en humane influenzavirussen, naast dat het ziekte bij de persoon zelf voorkomt.

- Het gratis aanbieden van SOA-tests door GGD'en.
- Het gratis aanbieden van verschillende vaccinaties bij risicogroepen; corona vaccinatie, influenzavaccinatie, pneumokokkenvaccinatie.

Als laatste, maar niet minder belangrijk, kan het gebruik van antibiotica een effect hebben op de ontwikkeling van resistentie. Bij de afwegingen voor het gebruik van antimicrobiële middelen dient potentie voor resistentieontwikkeling ten alle tijden meegenomen te worden.

Annex I - Uiteenzetting betreffende de probleemstelling van het MRSA dragerschap en de behandeling

Naar schatting is 0,1 tot 0,2 % van de Nederlandse bevolking drager van de MRSA – bacterie. Dat betekent tussen de 18.000 en 36.000 mensen. De prevalentie ligt hoger bij personen die werkzaam zijn in de veeteelt en hun familieleden. Bij een deel van de algemene bevolking verdwijnt de bacterie spontaan na enige tijd, bij een ander deel blijft de bacterie lang aanwezig. Dat geldt ook voor mensen die werkzaam zijn in de veeteelt en hun familie. Daar kan ook rekolonisatie optreden.

Het is geen beleid om alle mensen met MRSA-dragerschap actief op te sporen en te behandelen. Het zogenaamde *search and destroy* beleid wordt wel toegepast op:

- Personeelsleden in de zorg en hun familie
- Patiënten in het ziekenhuis met een klinisch beeld dat overeenkomt met een MRSA-infectie en hun gezinsleden;
- Patiënten met een verhoogd risico op MRSA-dragerschap. Dit zijn onder andere personen werkzaam in de veeteelt, na verblijf in een ziekenhuis in het buitenland of na contact met een bekende MRSA-drager.

Alleen clusters van MRSA-infecties buiten het ziekenhuis (minimaal twee bevestigde infecties, klinische klachten, en aanwijzingen voor onderlinge besmetting of besmetting vanuit een gemeenschappelijke bron) zijn meldingsplichtig en moeten gemeld worden bij de GGD. Dergelijke clusters worden heel sporadisch gemeld (5 – 10 per jaar over heel Nederland).

Huisartsen hebben nauwelijks met dragerschap te maken. Inventariserende onderzoeken kunnen zich daarom beperken tot de algemene ziekenhuizen, aangezien die de meeste behandeling, screening en diagnostiek uitvoeren. Jaarlijks zijn er enkele clusters of individuele patiënten in de intramurale ouderenzorg, maar die zijn voor het *search and destroy* beleid niet relevant.

Er is een onderscheid tussen de dragerschapsbehandeling van ongecompliceerd en gecompliceerd dragerschap.

Ongecompliceerd dragerschap

Men spreekt van **ongecompliceerd MRSA-dragerschap**, wanneer dit voldoet aan onderstaande punten:

- individu zonder actieve infectie met MRSA **en**
- MRSA is *in vitro* gevoelig voor de toe te passen antibiotica **en**
- er zijn geen actieve huidlaesies **en**
- er is geen lichaamsvreemd materiaal dat een verbinding vormt tussen milieu interieur en milieu exterieur (bijvoorbeeld urine katheter, fixateur externa) **en**
- dragerschap is uitsluitend in de neus gelokaliseerd.

De **behandeling** van ongecompliceerd dragerschap bestaat uit het volgende:

- ✓ Mupirocine neuszalf 3 dd gedurende 5 dagen.
- ✓ Gedurende de behandeling worden huid en haren dagelijks met een desinfecterende zeep (Chloorhexidine zeep oplossing 40 mg/ml of betadine shampoo 75 mg/ml) gewassen, bij voorkeur onder de douche (niet in bad).
- ✓ Dagelijks schoon ondergoed, schone kleding, schone washandjes en handdoeken gebruiken.

- ✓ Op dag 1, 2 en 5 van de kuur beddengoed volledig verschoenen. Bij het naar bed gaan dient tevens gedurende de behandeling schoon ondergoed dan wel pyjama te worden aangetrokken.
- ✓ Nagaan of sprake is van een reservoir in de thuissituatie (mens of dier).
- ✓ Als een reservoir in de thuis situatie aanwezig is, dan dient deze gelijktijdig te worden mee behandeld.

Gecompliceerd dragerschap

Er is sprake van gecompliceerd dragerschap, wanneer dit voldoet aan de onderstaande punten:

- dragerschap bevindt zich in keel, perineum of huidlaesies, onafhankelijk van neusdragschap **en/of**
- er zijn actieve huidlaesies en/of er is lichaamsvreemd materiaal dat een verbinding vormt tussen milieu interieur en milieu exterieur **en/of**
- MRSA is in vitro ongevoelig voor het antibioticum mupirocine **en/of**
- eerdere behandelingen volgens de adviezen bij ongecompliceerd dragerschap hebben gefaald.

Behandeling van gecompliceerd dragerschap begint met de behandeling van de feitelijke besmettingen. Dragschap wordt behandeld met systemische antibioticakuur gedurende minstens 7 dagen met een combinatie van 2 middelen. De keuze van de middelen wordt primair bepaald door de in vitro gevoeligheid van de betreffende MRSA. In principe wordt orale behandeling toegepast. Daarnaast moet het protocol van ongecompliceerd dragerschap worden gevolgd. Uiteraard moet ook achteraf worden getest of de bacterie is verdwenen.