

Vergaderjaar 1995–1996

**22 954**

## **Bestrijding van de polio-epidemie**

**Nr. 4**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 28 augustus 1996

Bij brief van 11 december 1995 heb ik u het rapport van de Gezondheidsraad over de **preventie en bestrijding van poliomyelitis** doen toekomen. Met deze brief doe ik u mijn standpunt op dat rapport toekomen.

#### **1. Inleiding**

De polio-epidemie van september 1992 tot april 1993 is aanleiding geweest voor een aantal beleidsmatige activiteiten. Centraal hierbij stonden een procesmatige en een inhoudelijke evaluatie, het tot stand komen van de Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektenbestrijding en de advisering en standpuntbepaling over het al dan niet verplicht stellen van vaccinatie. Op deze onderdelen wordt hierna kort ingegaan.

Onmiddellijk na het einde van de epidemie is een procesmatige evaluatie uitgevoerd van de bestrijding van de epidemie. In reactie hierop is de Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektenbestrijding (LCI) tot stand gekomen. De LCI heeft o.a. tot taak om draaiboeken en protocollen op te stellen en om tijdens een crisissituatie te zorgen voor de inhoudelijke advisering over de noodzakelijke maatregelen en deze bestuurlijk af te stemmen. Voorts is een voorstel tot wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden (Kamerstukken II, 1995–1996, nr. 24 748). Deze wijziging beoogt een aanwijzingsbevoegdheid voor de Minister te creëren voor het treffen van maatregelen ter bestrijding van een epidemie van infectieziekten. Daarnaast is in het Besluit uitvoering collectieve preventie expliciet de bestrijding van epidemieën als taak van gemeenten opgenomen (Stb. 1995, 35).

Naar aanleiding van de polio-epidemie werd ook de vraag weer actueel of moest worden overgegaan tot het verplicht stellen van vaccinatie.

Hierover is eind 1992 advies gevraagd aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Dit advies is onder de titel «Vaste prik?» in 1993 uitgebracht. Naar aanleiding hiervan is een kabinetsstandpunt opgesteld en aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden (Kamerstukken II 1993–1994, nr. 22 894, nr. 4). Hierin is aangegeven dat vanwege twijfel aan de effectiviteit – problemen met de handhaafbaarheid en de mogelijk averechtse werking van een verplichting – niet wordt gekozen voor een vaccinatieplicht. Voor nadere informatie hierover verwijs ik naar het kabinetsstandpunt.

Ten behoeve van de inhoudelijke evaluatie van de bestrijding van de polio-epidemie heeft mijn ambtsvoorganger, de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur bij brief van 29 juni 1993 de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de stand van de wetenschap met betrekking tot de epidemiologie en bestrijding van polio.

Concreet is de Gezondheidsraad verzocht om in te gaan op de volgende vragen:

1. Acht u op basis van de stand van de wetenschap en van de bevindingen bij de epidemie van 1992 een inhoudelijke bijstelling van het draaiboek Poliomyelitis van 1982 noodzakelijk?
2. Zijn er naar uw mening maatregelen aan te geven voor de inrichting en uitvoering van het vaccinatieprogramma, die zouden bijdragen aan de optimalisering van de bestrijding en eradicatie van polio, conform de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie? Ik vraag u hierin het volgende te betrekken:
  - Het gebruik in het Rijksvaccinatieprogramma van oraal vaccin (OPV), parenteraal geïnactiveerd vaccin (IPV), of een combinatie van OPV en IPV.
  - Het introduceren van een herhalingsoproep – op latere leeftijd – aan hen die in eerste instantie geen gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid tot vaccinatie.

Bij brief van 12 november 1993 zijn hieraan de volgende vragen toegevoegd:

1. Acht u het mogelijk om op basis van monitoring van de wilde viruscirculatie in het milieu maatregelen te nemen ter voorkoming van een epidemie?
2. Zijn er naar uw mening onderdelen van de tijdens de recente polio-epidemie uitgebrachte circulaire over «preventieve maatregelen voor personeel en patiënten in instellingen voor gezondheidszorg» die aanpassing behoeven?

In december 1995 heeft de Gezondheidsraad mij het rapport «Poliomyelitis» aangeboden dat ingaat op bovenstaande vragen. Dit rapport heb ik u op 11 december 1995 toegezonden.

In het navolgende geef ik aan welke maatregelen ik naar aanleiding van het rapport van de Gezondheidsraad zal nemen of reeds genomen heb. Hierbij heb ik, anders dan de Gezondheidsraad, gekozen voor een indeling naar onderwerp, waarbij zo nodig binnen het onderwerp (bijvoorbeeld vaccinatie) onderscheid wordt gemaakt tussen het beleid buiten en tijdens een epidemie.

## **2. Draaiboek Poliomyelitis**

De Gezondheidsraad acht inhoudelijke bijstelling van het draaiboek poliomyelitis uit 1982 wenselijk. Hierbij dient aandacht te bestaan voor omstandigheden die een indicatie kunnen zijn voor een ophanden zijnde epidemie en die derhalve aanleiding geven voor verhoogde waakzaamheid, definiëring van het startpunt van de bestrijdingscampagne en voor alle logistieke facetten van vaccinbevoorrading en vaccindistributie.

Sinds de polio-epidemie van 1992–1993 is een landelijke coördinatie-structuur voor de infectieziektenbestrijding tot stand gebracht. Binnen deze structuur is het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI) werkzaam. Dit is een professioneel overleg, bestaande uit deskundigen op het terrein van de infectieziektenbestrijding, waaronder artsen infectieziektenbestrijding van GGD'en. Het LOI heeft ondermeer tot taak om zorg te dragen voor het opstellen van draaiboeken en protocollen voor de infectieziektenbestrijding. Ik zal de voorzitter van het LOI vragen om in overleg met de IGZ het draaiboek poliomyelitis uit 1982 bij te stellen en ter toetsing voor te leggen aan de Gezondheidsraad.

De bijgestelde versie zal ik t.z.t. ter wetenschappelijke toetsing voorleggen aan de Gezondheidsraad.

### **3. Optimaliseren Rijksvaccinatieprogramma**

#### *3.1 Deelname Rijksvaccinatieprogramma*

De commissie acht het van groot belang dat het huidige vaccinatiepercentage onder zuigelingen ten minste wordt gehandhaafd en zo mogelijk nog wordt verhoogd. Hiervoor acht zij het belangrijk om ouders te motiveren voor deelname via voorlichting. Dit geldt met name voor de gebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft bij het landelijk gemiddelde van 95%. Ook het vaststellen van de oorzaken van dit achterblijven en hoe deze kunnen worden weggenomen acht de commissie van belang.

Conform het kabinetsstandpunt over verplichte poliovaccinatie constateert de commissie dat op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 16-jarigen zelfstandig kunnen beslissen zich alsnog te laten vaccineren. Dit vereist een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen. Met betrekking tot het introduceren van een herhalingsoproep voor hen die op 16-jarige leeftijd nog niet zijn gevaccineerd geeft de commissie in overweging eerst op regionaal niveau te onderzoeken of hierdoor ook daadwerkelijk winst te behalen is.

Tevens geeft zij in overweging om een herhalingsoproep uit te voeren in de vorm van een «16-jarigen consult». Dit zou dan niet alleen moeten dienen ten behoeve van vaccinatie, maar aangeboden moeten worden aan alle 16-jarigen en tevens benut worden voor het bespreken van mogelijkheden voor preventie van andere infectieziekten die zich onder jongvolwassenen kunnen voordoen.

Centraal in het huidige beleid ten aanzien van polio staat het Rijksvaccinatieprogramma. Handhaven van het huidige hoge deelnamepercentage heeft dan ook prioriteit. De meest recente gegevens (per 1-1-1995) geven aan dat de landelijke vaccinatiegraad, ondanks een lichte daling in de basisimmunisatie van zuigelingen voor D(K)TP van 95 naar 93%, nog ruim boven de 90% blijft. De Inspectie schrijft de daling toe aan de invoering van een nieuw administratiesysteem, waardoor de registratie nauwkeuriger plaatsvindt. Het is echter van belang dit goed te blijven bewaken. Gezien het blijvend hoge deelnamepercentage acht ik de huidige opzet van het vaccinatieprogramma nog adequaat en zie ik geen aanleiding om de wijze van voorlichting binnen het reguliere programma te wijzigen. Er zijn hierop echter twee uitzonderingen. Een mogelijke daling van het deelnamepercentage zou het gevolg kunnen zijn van veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking. Om na te gaan wat mogelijke sociale en culturele factoren zijn die bijdragen aan een mogelijk lagere vaccinatiegraad en vaccinatietrouw onder kinderen van immigranten in Nederland heb ik onderzoek hiernaar in 1996/1997 mogelijk gemaakt. De tweede groep betreft de kinderen van mensen die om principiële redenen vaccinatie afwijzen en in het bijzonder degenen bij wie dit berust op godsdienstige overtuiging. Hoewel deze groep niet in aantal toeneemt, blijft gezien de hechte sociale structuur bij

introductie van het poliovirus het risico van een epidemie aanwezig. Het Nederlands beleid is en blijft dat vaccinatie op basis van vrijwilligheid dient te geschieden. Het blijft daarom van belang om via voorlichting te blijven wijzen op de voordelen van vaccinatie. Ik ben van mening dat de huidige aanpak doeltreffend is en dat van aanvullende voorlichting gericht op volwassenen niet veel extra te verwachten is. Maatregelen dienen daarom vooral gericht te zijn op gedragsverandering ter voorkoming van introductie en besmetting. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 5. Wel acht ik voorlichting aan jongeren van belang. Op basis van de WGBO mogen jongeren vanaf 16 jaar zelfstandig beslissen of zij zich al dan niet laten vaccineren. Om deze beslissing weloverwogen plaats te laten vinden is voorlichting over de voor- en nadelen van vaccinatie van belang. Een extra stimulans kan gegeven worden door een herhalingsoproep aan de niet of onvoldoende gevaccineerde 16-jarige. De suggestie om het effect hiervan eerst op regionaal niveau te onderzoeken lijkt mij zinvol. Ik zal een dergelijk proefproject in gang zetten. Een prudente aanpak hierbij is geboden. Voorkomen moet worden dat de ouders een herhalingsoproep zullen ervaren als een inbreuk op hun verantwoordelijkheid.

Ter ondersteuning hiervan is goede voorlichting over de voor- en nadelen van vaccinatie, o.a. via de ontwikkeling en introductie van lespakketten op scholen wenselijk.

De suggestie om een consult voor alle 16-jarigen in te voeren is in feite meer gericht op het bestrijden van andere infectieziekten dan polio. Daarom wil ik hier in dit kader geen uitspraak over doen. Momenteel vindt een evaluatieonderzoek plaats naar de kwaliteit van de Jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen. Hierover zal eind dit jaar gerapporteerd worden. Ik zal deze suggestie op basis van de resultaten van dit onderzoek opnieuw bezien.

### *3.2 Vaccinatiestrategie*

#### Vaccinatie buiten een epidemie

Momenteel wordt in het Rijksvaccinatieprogramma het geïnactiveerde poliovaccin (IPV) gebruikt in de combinatievaccins DKTP en DTP. Dit dient naar de mening van de Gezondheidsraad onverkort gehandhaafd te worden. Toepassing van het orale poliovaccin (OPV), anders dan tijdens een polio-epidemie wijst zij af op grond van medische, ethische en juridische overwegingen. Een van de redenen hiervoor is dat het levende OPV-virus na passage en vermenigvuldiging in de darm met de faeces wordt uitgescheiden en zo ook anderen kan besmetten. Hiermee kunnen anderen onvrijwillig worden geïmmuniseerd. Daarnaast kan vaccinatie met OPV door terugkeer naar virulentie van een van de vaccinvirussen in een zeer gering aantal gevallen resulteren in vaccin-geassocieerde paralyse.

Ook bij een combinatiestrategie van OPV en IPV bestaat een klein risico op vaccin-geassocieerde paralyse doordat tijdelijke uitscheiding van het vaccivirus plaatsvindt. Hiervoor gelden dus dezelfde nadelen als voor gebruik van alleen OPV.

Ook het gebruik van IPV kent nadelen. IPV zal bij eenmalige toediening minder goed scoren bij het opwekken van darmimmunitet dan OPV. Om dit verschil te verkleinen moet IPV meermalen worden toegediend. Ten aanzien van de seroconversie geeft het in Nederland gebruikte IPV zeer goede resultaten.

Bij afweging van de verschillende mogelijke strategieën bepleit de Gezondheidsraad handhaving van uitsluitend IPV in het Rijksvaccinatieprogramma op basis van de veiligheid en effectiviteit van het vaccin en de hiermee verkregen optimale bescherming van het individu.

Bij de keuze van een vaccin ten behoeve van het vaccinatieprogramma staat naast de effectiviteit de veiligheid van het vaccin voorop. Gezien de kans van terugkeer naar virulentie bij OPV acht ik toepassing hiervan in een niet epidemische situatie niet acceptabel. Tevens ben ik van mening dat de onvrijwillige immunisatie die plaats kan vinden bij gebruik van OPV niet in overeenstemming is met het Nederlandse beleid van vrije keuze voor vaccinatie.

Het grootste nadeel van toepassing van IPV is dat de mucosale immuniteit minder snel wordt opgebouwd dan met OPV. Doordat in het Nederlandse schema IPV zes maal wordt toegediend wordt deze achterstand verkleind. De Raad stelt dat het gebruik van IPV in het Rijksvaccinatieprogramma zeer veilig en effectief is gebleken en optimale bescherming geeft aan het individu.

Op grond van het bovenstaande onderschrijf ik de conclusie van de Gezondheidsraad dat het geringe voordeel dat toevoeging van OPV aan de huidige IPV-strategie met zich meebrengt niet opweegt tegen de grotere nadelen. Ik zal daarom geen wijziging aanbrengen in het binnen het Rijksvaccinatieprogramma toegepaste poliovaccin.

#### Vaccinatie tijdens een epidemie

Tijdens een epidemie is de afweging van de voor- en nadelen van het gebruik van IPV en OPV anders dan buiten een epidemie. Tijdens een epidemie is de bestrijding vooral gericht op de inperking van de circulatie van wild poliovirus en is snelle opbouw van immuniteit van belang. Ook is tijdens een epidemie het risico van vaccin-geassocieerde paralyse relatief zeer gering ten opzichte van het risico van paralyse na besmetting met wild virus. Tenslotte speelt de kans op provocatieparalyse bij een intramusculaire injectie bij gelijktijdige besmetting met wild poliovirus een rol.

De commissie concludeert uit het bovenstaande dat tijdens een epidemie OPV het vaccin van keuze is voor de vaccinatie van niet eerder gevaccineerde religieus bezwaarden.

Vaccinatie binnen het Rijksvaccinatieprogramma moet gewoon doorgang vinden bij degenen die aan de oproep van de entgemeenschappen gehoor geven.

De commissie geeft hiernaast nog een aantal richtlijnen ten aanzien van de te vaccineren groeperingen en speciale risicogroepen, te weten immuno-gecompromitteerden en pasgeborenen van ongevaccineerde moeders.

De argumentatie op basis waarvan de commissie komt tot de keuze voor het gebruik van OPV tijdens een epidemie kan ik onderschrijven. Ik zal de voorzitter van het LOI vragen om hiermee en met de andere richtlijnen ten aanzien van de vaccinatiestrategie bij het bijstellen van het draaiboek rekening te houden.

#### Financiering

Ik heb de Ziekenfondsraad gevraagd om te adviseren over de wijze waarop de kosten van immunisatie ten tijde van een epidemie vergoed kunnen worden. De Ziekenfondsraad heeft in haar Rapport over organisatie en financiering van preventie-activiteiten volksgezondheid conform mijn verzoek voorgesteld om in voorkomende gevallen een regeling te treffen ten laste van de AWBZ. In mijn standpunt op het betreffende rapport zal ik hier nader op ingaan.

#### Revaccinatie ouderen

Momenteel is niet geheel duidelijk of het gewenst is om bij een lage

antistoftiter over te gaan tot revaccinatie. De commissie acht het wenselijk dat de immunestatus van de volwassen Nederlanders regelmatig en in een voldoende grote steekproef wordt vastgesteld om zo uiteindelijk wellicht een antwoord te kunnen geven op de vraag of revaccinatie op latere leeftijd wenselijk is.

In 1995 is het PIENTER-project van het RIVM van start gegaan. Hierin worden sera verzameld bij een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking voor de opbouw van een serumdatabank. Met behulp hiervan zal onderzoek worden verricht naar de immunestatus van de bevolking.

De Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap onderzoeken momenteel of bij de revaccinatie van ouderen aangesloten kan worden bij soortgelijke activiteiten op het gebied van de programmatische preventie in de huisartsenpraktijk.

#### Vaccinatie van reizigers

Terwijl in Nederland de besmettingsdruk laag is kunnen reizigers naar het buitenland te maken krijgen met een veel grotere infectiedruk. De commissie acht het daarom wenselijk dat niet of onvoldoende gevaccineerde reizigers, afhankelijk van het land van bestemming, zich laten vaccineren. Hiertoe wordt aan reisbureaus gevraagd om hun cliënten te informeren over de gezondheidsrisico's bij reizen naar en verblijf in het buitenland.

Het huidige beleid is reeds dat reizigers naar polio-endemische en polio-epidemische gebieden het advies krijgen zich te laten vaccineren indien de laatste vaccinatie meer dan 10 jaar geleden is. Hiertoe is met de reisbureaus overeengekomen hun cliënten op de risico's te wijzen. Het huidige beleid ten aanzien van reizigersvaccinatie blijft van kracht.

#### Personen die blootstaan aan extra risico

De commissie geeft een aantal specifieke aanbevelingen voor categorieën van personen die bij besmetting met poliovirus blootstaan aan een extra risico. Dit betreft:

- personen met een verworven verminderde immuniteit;
- personen met aangeboren immunodeficiëntie en
- personen met een normaal immuunsysteem die ingevolge hun werkzaamheden aan besmetting met poliovirus (kunnen) blootstaan. Ik zal de Voorzitter van het LOI vragen om hier bij het herzien van het draaiboek rekening mee te houden.

#### **4. Surveillance**

Omdat wild poliovirus in de mens of in het milieu aanwezig kan zijn zonder dat de ziekte zich voordoet ziet de commissie de surveillance van polio en poliovirus buiten epidemische perioden als tweede belangrijke pijler voor de (snelle) bestrijding van poliomyelitis. Hiertoe zijn klinische, serologische en virologische surveillance noodzakelijk.

Via een goede klinische surveillance van acute slappe verlamming en laboratoriumdiagnostiek kan een definitieve diagnose van poliomyelitis zo snel mogelijk gesteld worden.

Bij virologische surveillance denkt de commissie enerzijds aan controle op import van poliovirus waarbij de mens als drager fungeert en anderzijds aan systematisch onderzoek van riool- en afvalwater. Introductie van poliovirus is mogelijk via het milieu, bijvoorbeeld via afvalwater. Het is niet aangetoond dat in Nederland door introductie van virus via het milieu besmetting of ziekte tot stand is gekomen en de commissie

acht het niet waarschijnlijk dat door onderzoek van riool- en afvalwater het voorkomen van een epidemie mogelijk zal zijn. Wel zal het bij kunnen dragen aan een vroege herkenning van de dreiging van een te verwachten epidemie, zodat men zich hierop kan voorbereiden.

Ik onderschrijf het belang dat de commissie hecht aan de verschillende onderdelen van surveillance zoals aangegeven. De klinische en serologische surveillance maken reeds onderdeel uit van de activiteiten van het RIVM. Serologisch onderzoek ter bepaling van de beschermingsgraad van de bevolking tegen poliomyelitis vindt plaats in het eerder genoemde PIENTER-project. Ook met betrekking tot het systematische onderzoek naar poliovirus in riool en afvalwater is het RIVM reeds gevraagd om activiteiten te ontwikkelen. Op virologisch onderzoek naar de import van wild virus door mensen wordt hieronder nader ingegaan.

## **5. Andere maatregelen**

Vermindering van de kans op introductie

In Nederland is buiten epidemische perioden geen circulatie aangetoond van wild poliovirus. Wel vindt regelmatig introductie van wild poliovirus plaats door iemand die buiten Nederland besmet is geraakt met het virus. Hierbij zijn drie groepen van personen van belang:

- Nederlandse reizigers naar het buitenland die behoren tot de ongevaccineerde gemeenschap;
- adoptiekinderen afkomstig uit gebieden waar polio endemisch is en die geadopteerd worden binnen de ongevaccineerde gemeenschap en
- buitenlanders, afkomstig uit gebieden waar poliomyelitis voorkomt, die Nederland bezoeken en langere tijd contact hebben met personen uit de ongevaccineerde gemeenschap.

Maatregelen om introductie van het virus tegen te gaan zijn vooral bedoeld ter bescherming van degenen die behoren tot de groeperingen van de religieus bezwaarden.

De commissie stelt daartoe een aantal maatregelen voor.

Reizigers uit de groep der religieus bezwaarden die risico hebben gelopen op besmetting met wild poliovirus kunnen direct na terugkomst in Nederland hun ontlasting laten onderzoeken op de aanwezigheid van wild poliovirus. Tot de uitslag bekend is zouden ze hun sociale contacten binnen de ongevaccineerde gemeenschap moeten beperken tot het eigen gezin. Ook is serologisch onderzoek mogelijk naar reeds aanwezige immuniteit.

Adoptiekinderen kunnen vóór opname in een gezin worden nagekeken op de uitscheiding van wild poliovirus. Opname in een gezin zou uitgesteld moeten worden zolang dit onderzoek niet is gedaan.

Ook voor buitenlanders die deel gaan uitmaken van de ongevaccineerde gemeenschappen zou onderzoek op virusuitscheiding raadzaam zijn.

Tegengaan van verspreiding om de omvang van een epidemie te beperken

Maatregelen die leiden tot minder en minder intensieve contacten tussen de leden van de risicogroep zullen volgens de commissie in theorie kunnen leiden tot vermindering van de besmettingsdruk en de transmissie van wild poliovirus ten tijde van een epidemie. Zij stelt daarom een aantal maatregelen voor die van belang zijn in situaties waarin vaccinatie op grond van geloofsovertuiging niet wordt aanvaard.

Ten aanzien van gelegenheden voor kinderopvang en scholen kan gezien de kans op overdracht van wild poliovirus volgens de commissie overwogen worden tijdens een epidemie kinderen uit risicogroepen thuis te houden of om eventueel tot sluiting over te gaan.

Ten aanzien van drukbezochte sociale evenementen, bijvoorbeeld bruiloften kan afhankelijk van het aantal deelnemers, hun herkomst, de duur en intensiteit van het contact en de mate waarin kinderen deelnemen volgens de commissie overwogen worden de betreffende evenementen uit te stellen. Als dit niet mogelijk is, is extra aandacht voor hygiëne wenselijk.

Ten aanzien van andere activiteiten in groepsverband (buiten het gezin) kan de commissie gezien het veelsoortige karakter van de activiteiten geen algemene stelregel formuleren maar doet zij met name aanbevelingen voor de toilethygiëne.

De aard van de genoemde maatregelen om introductie en verspreiding van wild poliovirus tegen te gaan spreekt mij aan. Dergelijke maatregelen leggen de verantwoordelijkheid bij de groeperingen zelf. Daarom heb ik reeds een aantal activiteiten ondernomen die gericht zijn op het nemen van maatregelen zoals door de Gezondheidsraad aangegeven. In het kabinetsstandpunt over het beleid inzake poliovaccinatie is reeds gesproken over het houden van een enquête onder de groepen die om principiële redenen vaccinatie weigeren om na te gaan in hoeverre men bereid zou zijn tot het nemen van sociale en hygiënemaatregelen. Een dergelijke enquête is niet mogelijk gebleken, maar wel heb ik laten onderzoeken in hoeverre men in de kring der bevindelijk gereformeerden bereid zou zijn om mee te werken aan het ontwikkelen en implementeren van bovengenoemde maatregelen. Via contacten met sleutelfiguren van de betreffende groeperingen is men hiertoe bereid gevonden. Ik zal dan ook de activiteiten in nauwe samenspraak met de betreffende groeperingen voortzetten.

## **6. Instellingen voor gezondheidszorg**

De Gezondheidsraad geeft aan dat de circulaire over «preventieve maatregelen voor personeel en patiënten in instellingen voor gezondheidszorg» op enkele kleine punten wijziging behoeft. De commissie acht het wenselijk ook aandacht te geven aan de (zeer beperkte) mogelijkheid van het toepassen van immunoglobulinen binnen het geheel van preventieve maatregelen. In tegenstelling tot wat de circulaire vermeldt merkt de commissie op dat er geen contra-indicatie is voor de vaccinatie van zwangeren met OPV.

Ik zal de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg vragen de circulaire met het oog op deze opmerkingen te herzien.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers