

**G r A A D M E T E R # 2** Redactioneel <sup>3</sup>; ‘Riskante tendensen signaleren en daarover een mening vormen’ <sup>5</sup>; Presidiumcommissie <sup>10</sup> / Gezondheidszorg <sup>11</sup>; Gezondheidsraad adviseert Kamer over ouderenbeleid <sup>12</sup>; Bij een griep пандemie iedereen met symptomen vroeg behandelen <sup>14</sup>; Opsporing en behandeling van mensen met hepatitis C <sup>16</sup>; Standpunt van de minister van VWS over variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob en bloedtransfusie <sup>19</sup> / Voeding <sup>21</sup>: Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen <sup>22</sup> / Milieu <sup>23</sup>: Hebben we stilte nodig? <sup>24</sup> / Arbeidsomstandigheden <sup>25</sup>: Openbaar conceptrapport over beroepsmatige blootstelling aan benzo(a)pyreen en PAK <sup>26</sup>; Advies gevraagd ter voorbereiding van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) <sup>27</sup>.

Graadmeter is een uitgave van het secretariaat van de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad is ingesteld in 1902. De raad heeft als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand van wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid' (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesaanvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer; Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, wanneer hij ontwikkelingen of trends signaleert die van belang kunnen zijn of worden voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad worden in bijna alle gevallen opgesteld door een multidisciplinair samengestelde commissie van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen. De adviezen zijn openbaar.

## Redactioneel

MVL In 1997 werd de Kaderwet Adviescolleges van kracht. Die wet regelt de taak, samenstelling en tot op zekere hoogte ook de werkwijze van de adviesorganen die er onder vallen. Dat gold ook voor de Gezondheidsraad. Voor de raad veranderde er materieel echter weinig, want een wijziging van de Gezondheidswet maakte het ons mogelijk te blijven functioneren zoals dat al vele jaren het geval was. Nieuw was dat de raad niet meer uitsluitend adviseerde aan de regering, maar nu ook aan het parlement.

In de zomer van 2004 kregen wij voor het eerst een rechtstreekse adviesvraag van de Tweede Kamer. De Themacommissie Ouderenbeleid legde de Gezondheidsraad een groot aantal vragen voor, waarop men graag vóór het eind van het jaar een antwoord wilde. Tegelijk werden dezelfde of verwante vragen gesteld aan de SER, de VROM-raad en de RMO (Raad voor maatschappelijke ontwikkeling). De verlangde adviestermin was kort, maar dankzij een forse krachtsinspanning van een aantal medewerkers van de raad kon op 28 februari 2005 het advies *Vergrijzen met ambitie* worden aangeboden aan de Kamer. Het ministerie van VWS gaf een financiële ondersteuning die het mogelijk maakte het RIVM in te schakelen voor het leveren van enkele gegevens.

De raad is tevreden het parlement op deze manier van dienst te zijn geweest. Het kan zijn dat het niet bij deze ene keer blijft. Wel is het goed zich alvast te realiseren dat hier iets bijzonders aan de hand is: na meer dan honderd jaar adviseert de Gezondheidsraad niet meer uitsluitend de regering, maar ook het orgaan dat diezelfde regering controleert. Het gezag van de raad – dat berust op onafhankelijkheid, objectiviteit en deskundigheid – zal moeten waarborgen dat hij daarbij geen partij wordt in de politieke dynamiek.

In het juist verschenen rapport *Spelen met doorwerking* worden de resultaten beschreven van een onderzoek door de Universiteit van Tilburg en het bureau Berenschot naar de ‘werking van doorwerking van de adviezen van adviescolleges in het Neder-

landse openbaar bestuur'. De onderzoekers onderscheiden daarin strategische en technisch-specialistische adviescolleges. De Gezondheidsraad scharen zij onder de laatste categorie, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) onder de eerste. Van de strategische adviescolleges verwacht men, volgens de onderzoekers, een belangrijke *countervailing power*. Het 'Gezondheidsraadmodel' vindt men niet geschikt voor de strategische adviesorganen, maar juist wel voor de technisch-specialistische. Steeds meer ontdekt men namelijk dat, wat het Gezondheidsraadmodel is gaan heten, de overheid tegen de laagst denkbare kosten adviezen van topkwaliteit levert.

Ook in de visie van *Spelen met doorwerking* blijft de Gezondheidsraad dus buiten het politieke spel. Het zou echter naïef zijn te denken dat het in de praktijk ook altijd zo uitpakt. Natuurlijk spelen Gezondheidsraadadviezen een rol in de politieke besluitvorming; dat is althans te hopen. Het valt ook te hopen dat het onderscheid tussen advies en adviseur voor iedereen altijd duidelijk zal zijn. Wij zijn ons er terdege van bewust dat dit eisen stelt aan de kwaliteit en de formulering van de adviezen, en aan de communicatie erover. Kritische opmerkingen, ook van *Graadmeter*-lezers, beschouwen wij als belangrijke *feedback*.

#### Nieuwe vice-voorzitter

Kort voor het ter perse gaan van deze *Graadmeter* werd bekend dat de ministerraad besloten heeft prof. dr ir D Kromhout bij Hare Majesteit de Koningin voor te dragen als vice-voorzitter van de Gezondheidsraad.

De heer Kromhout is directeur van de sector Voeding en Consumentenveiligheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en hoogleraar Volksgezondheidsonderzoek bij de vakgroep Humane Epidemiologie en Gezondheidsleer van de Wageningen Universiteit en Researchcentrum. Bij het aanvaarden van het vice-voorzitterschap beëindigt de heer Kromhout zijn functie bij het RIVM. De raad is verheugd dat door deze benoeming voorzien wordt in de vacature die ontstond door het afscheid, eind 2004, van prof. dr JGAJ Hautvast.

# ‘Riskante tendensen signaleren en daarover een mening vormen’

Gesprek met prof. dr Jos van der Meer over de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit

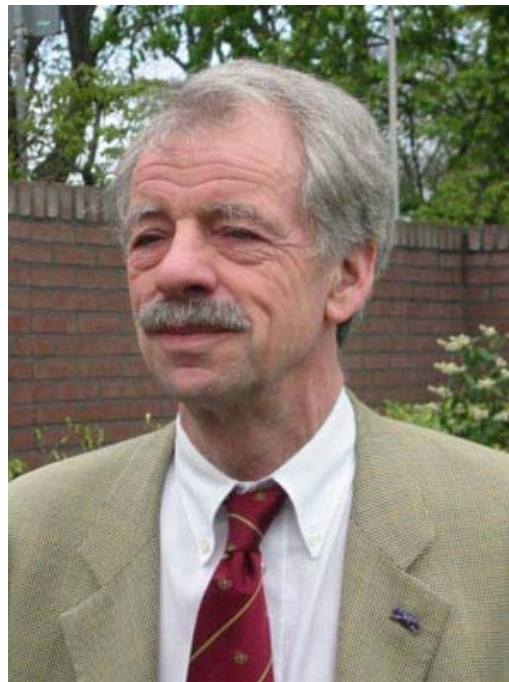
MdW De internist prof. dr Jos van der Meer is een zeer actief lid van de Gezondheidsraad. Tot 31 maart ongesteld zal hij in twee beraadsgroepen, was hij vice-voorzitter van de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit en maakte hij als vice-voorzitter tevens deel uit van de Presidiumcommissie van de Gezondheidsraad. In verband met zijn benoeming tot voorzitter van de Afdeling Natuurkunde van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen nam Van der Meer op 31 maart afscheid van de beraadsgroep Infectie en Immuniteit, en daarmee ook van zijn presidiumlidmaatschap.

## Beraadsgroep

De Gezondheidsraad heeft acht beraadsgroepen die elk de conceptadviezen op hun vakgebied toetsen voordat ze de buitenwereld in mogen. Ook signaleren beraadsgroepen nieuwe ontwikkelingen waaraan de Gezondheidsraad in de toekomst aandacht zou moeten besteden.

## Infectieziekten terug van weg geweest

‘Toen ik in 1989 in de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit kwam, bestond die uit een aantal senior-zwaargewichten onder voorzitterschap van Els Borst. In de buitenwereld leefde op dat moment het idee dat infectieziekten overwonnen waren. Wij wisten dat dit beeld niet klopte: sinds begin jaren tachtig was er een explosie geweest van nieuwe infectieziekten: aids als belangrijkste, maar daarnaast ook legionellose en de ziekte van Lyme. Het beleid in die tijd liep achter bij de feiten. Het infectieziektenonderzoek van het RIVM stond onder druk, en van de medewerkers die vertrokken werden de plaatsen niet opgevuld. Ik herinner mij heftige discussies in de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit over het belang van infectieziektenonderzoek tussen Elzinga (in die tijd de tweede man op



het RIVM), Coutinho (toen GGD Amsterdam, MdW), Huisman (toen Erasmus en GGD Rotterdam, MdW) en mijzelf (Katholieke Universiteit Nijmegen, MdW). De laatste polio-uitbraak in Nederland – in 1992/1993 - heeft de infectiebestrijding weer onder de aandacht gebracht. De beraadsgroep heeft een belangrijke rol gespeeld bij het signaleren van riskante tendensen en bij de meningsvorming. We stimuleerden dat er goede mensen in commissies kwamen en dat die zich bezighielden met actuele vraagstukken. Begin jaren negentig zijn er verschillende HIV-adviezen verschenen, en ook werd er geadviseerd over het Haemophilus influenzae type b vaccin en over difterie. Wat dat laatste betreft: de val van de muur opende de grenzen met het voormalige Oostblok, waar het gezondheidszorgsysteem was ingestort. Een weidse verspreiding van difterie was niet denkbeeldig. Binnen de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit werden de ontwikkelingen op de voet gevolgd en werd er heftig gediscussieerd over infectieziekten, vleesetende bacteriën, voedselveiligheid. De beraadsgroep droeg daarmee in belangrijke mate bij aan de meningsvorming op dit gebied in Nederland. Inmiddels is het tij gekeerd. Je merkt het aan de adviesvragen die binnenkomen bij de Gezondheidsraad en aan de instelling van het Centrum Infectieziekten i.o. waarin alle betrokken organisaties vertegenwoordigd zijn en waarvan beraadsgroeplid Coutinho de directeur is geworden.’

### Beraadsgroepen verschillen

‘Door mijn lidmaatschap van twee beraadsgroepen heb ik gemerkt dat ze onderling sterk van elkaar kunnen verschillen. De Beraadsgroep Infectie en Immuniteit bestaat uit mensen die elkaar ook in allerlei andere gremia tegen komen. Weliswaar met eigen specialisaties, bijvoorbeeld regelgeving of ziekenhuishygiëne, maar toch complementair. In Nederland hebben we maar weinig microbiologen. Verdwijnt er iemand, dan valt er een gat. De I&I-beraadsgroepleden kennen elkaar door en door, kunnen goed met elkaar overweg en zijn niet bang voor een scherpe discussie. De Beraadsgroep Geneeskunde beslaat een veel breder terrein, en telt

per onderwerp dan ook maar één of twee echte deskundigen. Er is een groot verschil van pluimage: er zit een psychiater naast een statisticus, een radioloog naast een internist. Ook karakterologisch vind ik de verschillen groter, en de belangen lopen meer uiteen. Bij de Beraadsgroep Geneeskunde is de toezichtfunctie op adviezen groter, bij Infectie en Immuniteit de onderlinge meningsvorming.

Wat betreft dat proces van meningsvorming: daarbij is de rol van de secretaris niet uit te vlakken. Jarenlang was Hans Sekhuis de vaste secretaris van de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit. Hij screende de literatuur grondig, al in de tijd dat er nog geen PubMed was. Relevante artikelen voegde hij ter kennisgeving bij de vergaderstukken, en niet zelden leidden die tot goede discussies. Zo heb ik ook een prachtige artikelenverzameling kunnen opbouwen. Sekhuis is inmiddels met pensioen maar buitengewoon goed opgevolgd door twee jongere secretarissen.’

#### Als het moet, kan advisering snel

‘Er wordt soms geklaagd dat de Gezondheidsraad zo lang nodig heeft om tot een advies te komen. Ik weet uit ervaring dat het ook anders kan. Indertijd kwam er een melding vanuit de Inspectie voor de Volksgezondheid dat het aantal kinderen met kinkhoest toenam. Er moest uitgezocht worden hoe dat kwam. We zijn toen met een ad hoc commissie onder voorzitterschap van prof. Henk Visser twee dagen ondergedoken. Vanuit de Gezondheidsraad zaten daarin: Visser, Huisman, secretaris Sekhuis en ikzelf. Ook waren er een Canadees, een Française, een Duitser en een Zweed in genodigd... allen kinkhoestexpert. Aan het eind van de tweede dag wisten we waar het probleem zat. Het vaccin dat het RIVM kon leveren, was suboptimaal. Wij adviseerden om er verbeteringen in aan te brengen. Dat advies had beperkt resultaat. Dus kwam de Gezondheidsraad na verloop van tijd met een tweede advies van gelijke strekking: er moest zo snel mogelijk gewerkt worden aan een beter vaccin, en tot die tijd moest er maar acellulair vaccin worden ingekocht in het buitenland. Toen ook dat advies niet werd opgevolgd is het recente derde aangescherpte advies verschenen,

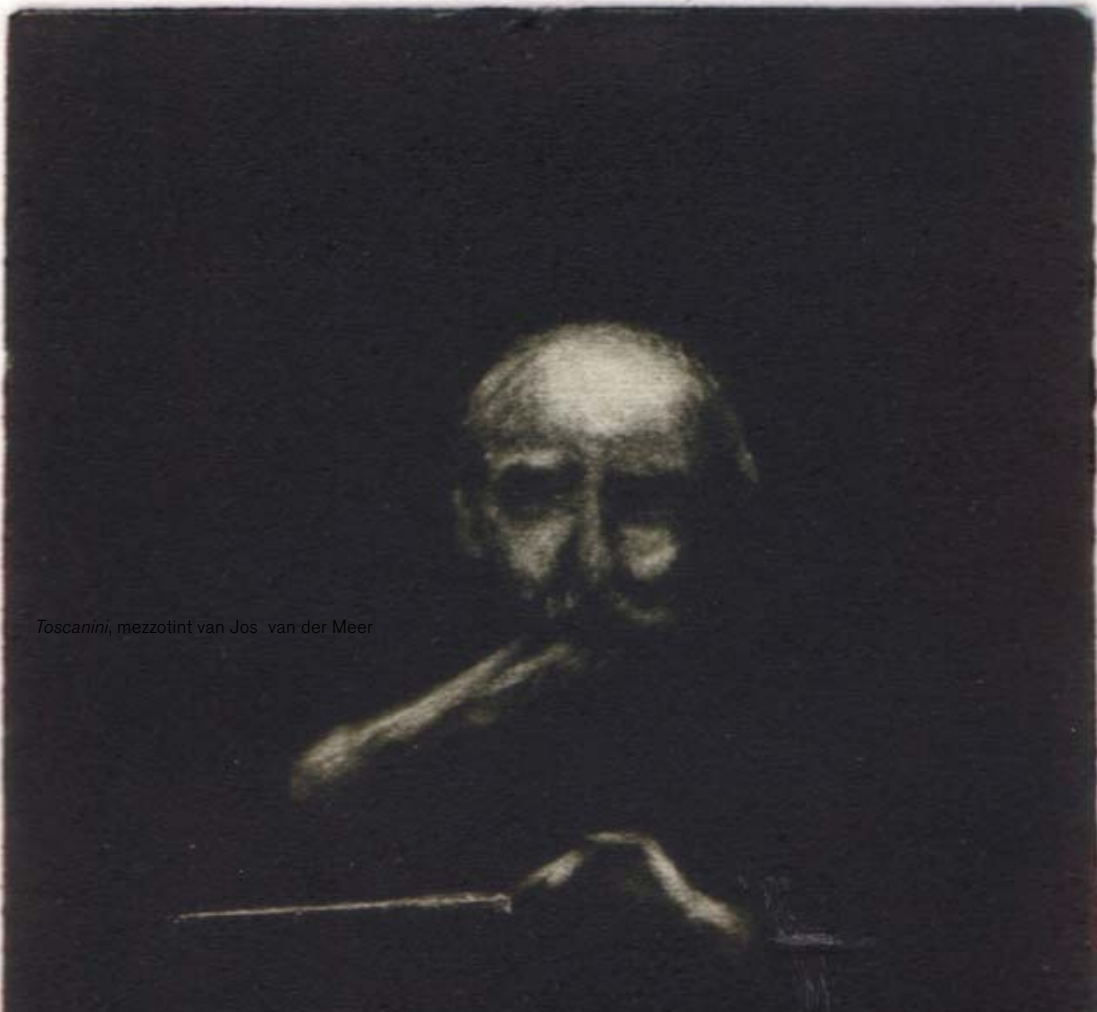
waarin werd gezegd dat er nu snel een ander vaccin moest komen. Die raad is wel opgevolgd. Wat de kinkhoestadviezen mij hebben geleerd: met een Beraadsgroep als Infectie en Immuniteit kun je als het moet heel snel een goed advies afleveren.’

### Een andere naald

Binnenkort kunnen bezoekers van het secretariaat van de Gezondheidsraad kennismaken met een andere Jos van der Meer. Behalve een gedreven internist is hij in zijn vrije tijd ook een enthousiast graficus. In de gang bij de vergaderzaal van de Gezondheidsraad zijn in de maanden april en mei etsen van zijn hand te zien.

De Beraadsgroep Infectie en Immuniteit tijdens de honderdste vergadering, op donderdag 31 maart 2005.  
Staande van links naar rechts de dames en heren: Van Leeuwen, Conyn-van Spaendonck, Van der Noordaa, Hoogkamp-Korstanje, Groeneveld, Verbrugh, Kretzschmar, Knottnerus, Houweling, Van den Bosch, Ruitenbergh, Van der Meer, Coutinho, Van Wijngaarden, Daha. Zittend van links naar rechts de heren en dame: Ottenhoff, Van Eden, Kuijpers, Van 't Bosch.  
Afwezig waren de heren en dames Claassen, Desmyter, Osterhaus, Paardekooper en De Visser.





*Toscanini, mezzotint van Jos van der Meer*

## Presidiumcommissie

In een eerder nummer van *Graadmeter* stond deze foto van de Presidiumcommissie ook al afgebeeld. Toen was echter een deel van de toelichting weggefallen. Daarom nog een keer de complete tekst.

De presidiumcommissie van de Gezondheidsraad telt elf leden. Ten eerste zijn dat de voorzitter en twee vice-voorzitters die de dagelijkse leiding hebben over het advieswerk van de raad. In de presidiumcommissie laten deze drie zich bij belangrijke inhoudelijke en strategische vragen adviseren door de vice-voorzitters van de acht beraadsgroepen van de raad.

V.l.n.r.: dr M van Leeuwen, prof. dr JGAJ Hautvast, prof. dr NL Leschot, prof. mr JKM Gevers, prof. dr JWM van der Meer, prof. dr HR Büller, dr WRF Notten, prof. dr JA Knottnerus, prof. dr M de Visser, prof. dr WF Passchier, prof. dr D van Norren, ir A Wijbenga, prof. dr HJP Eijsackers, afwezig: prof. dr ir WHM Saris. Foto: Gerlo Beernink.

# Gezondheidszorg

## Gezondheidsraad adviseert Kamer over ouderenbeleid

MdW Er is nog volop ruimte voor ambitie om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van mensen tot op hoge leeftijd te bevorderen. Die boodschap ligt al besloten in de titel van het advies *Vergrijzen met ambitie* dat de Gezondheidsraad op 28 februari 2005 aanbood aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer.

De publicatie *Vergrijzen met ambitie* (nr 2005/06) is te downloaden vanaf [www.gr.nl](http://www.gr.nl) en – zolang de voorraad strekt – in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad.

De Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer is bezig met het ontwikkelen van een visie op het ouderenbeleid voor de middellange en lange termijn. Ter voorbereiding daarvan vroeg de commissie vier raden om advies over deelvragen op dit brede terrein. De vragen aan de Gezondheidsraad gaan in grote lijnen over de afhankelijkheid van en de vraag naar allerlei zorg- en welzijnsvoorzieningen. Ook wil de Themacommissie weten hoe ouderen langer gezond en zelfstandig kunnen blijven, zodat het beroep op zulke voorzieningen tussen nu en 2030 te beheersen valt.

De Gezondheidsraad stelt in zijn advies vast dat de sterftecijfers – een goede afspiegeling van de gezondheidstoestand van ouderen – in ons land minder snel dalen dan in verscheidene andere geïndustrialiseerde landen. Er zijn echter tal van kansen om de gezondheid van ouderen te verbeteren en hun zelfstandigheid te bevorderen. Het advies geeft een overzicht van mogelijkheden op het gebied van preventie, behandeling en het tegengaan van beperkingen. Ook wijst de raad op de verantwoordelijkheid van het zorgsysteem voor het bevorderen van welzijn, in het bijzonder van ouderen die volledig van zorg afhankelijk zijn. Het advies doet aanbevelingen voor het benutten van de kansen voor de toekomst en benadrukt het belang van een inhaalslag in praktijk, beleid en kennisontwikkeling.

Het advies is opgesteld door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad, bestaande uit:

prof. dr JA Knottnerus; Gezondheidsraad, Den Haag, *voorzitter*  
 prof. dr HR Büller, hoogleraar interne geneeskunde; AMC, Amsterdam, *vice-voorzitter*  
 prof. dr ID de Beaufort, hoogleraar medische ethiek; Erasmus MC, Rotterdam  
 prof. dr DJ Gouma, hoogleraar heilkunde; AMC, Amsterdam  
 prof. dr JDF Habbema, hoogleraar medische beslistkunde; Erasmus MC, Rotterdam  
 prof. dr JJ Heimans, hoogleraar neurologie; VUMC, Amsterdam  
 drs FrCA Jaspers, lid Raad van Bestuur; UMC Groningen  
 prof. dr JH Kingma, inspecteur-generaal; Inspectie voor de Gezondheidszorg, *adviseur*  
 prof. dr ALM Lagro-Janssen, hoogleraar vrouwenstudies; UMC Nijmegen  
 dr M van Leeuwen, algemeen secretaris Gezondheidsraad, Den Haag, *adviseur*  
 prof. dr WPThM Mali, hoogleraar radiologie; UMC Utrecht  
 prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar interne geneeskunde;

UMC Nijmegen  
 prof. dr HGM Rooijmans; psychiater; voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag  
 prof. dr JJ Sixma, emeritus hoogleraar haematologie  
 prof. dr P Smits, hoogleraar klinische farmacologie; UMC Nijmegen  
 prof. dr SP Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; LUMC Leiden  
 prof. dr M de Visser, hoogleraar neurologie; AMC, Amsterdam; vice-voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag  
 prof. dr EGE de Vries, hoogleraar medische oncologie; UMC Groningen  
 prof. dr JW Wladimiroff, hoogleraar obstetrie en gynaecologie; Erasmus MC, Rotterdam  
 prof. dr FG Zitman, hoogleraar psychiatrie; LUMC, Leiden

De projectgroep van het secretariaat van de Gezondheidsraad bestond uit:

dr PMM Beemsterboer; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*  
 DCM Gersons-Wolfensberger, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

dr JND de Neeling; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*  
 drs EJ Schoten; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*  
 dr MS de Waal; Gezondheidsraad, Den Haag; *redacteur*



## Bij een griep pandemie iedereen met symptomen vroeg behandelen

Griepgolven komen met grote regelmaat voor. Anders ligt dat bij griep pandemieën. Dit zijn onvoorspelbare, wereldwijde epidemieën, veroorzaakt door een nieuw type griepvirus. Als zo'n pandemie ontstaat en ons land bereikt, kan tot dertig procent van de bevolking ziek worden. Mensen met ziekteverschijnselen die duiden op griep moeten dan behandeld worden met antivirale middelen, binnen 48 uur na het ontstaan van de klachten. Om daar in te kunnen voorzien is aanleggen van een voorraad met vijf miljoen kuren antivirale middelen nodig. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 14 februari 2005 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een griep-pandemie* (nr 2005/05) kan worden gedownload van de website ([www.gr.nl](http://www.gr.nl)) of – zolang de voorraad strekt – worden besteld bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

In Azië wordt al een tijd een nieuw type griepvirus gevonden, dat zeer besmettelijk is voor pluimvee. In een aantal gevallen zijn door besmetting met dit virus ook mensen ziek geworden of zelfs overleden. Als het virus overdraagbaar wordt van mens tot mens, kan dat leiden tot een griep pandemie. Een pandemie kan overigens ook elders in de wereld ontstaan.

Het beste middel om mensen tegen besmetting te beschermen is vaccinatie, maar het maken van vaccins tegen nieuwe griepvirussen duurt geruime tijd. Zolang een vaccin ontbreekt, zijn bij een griep pandemie dan ook andere maatregelen nodig.

De Gezondheidsraad adviseert tijdens een massale uitbraak iedereen die ziek wordt te behandelen met het antivirale middel oseltamivir, een zogeheten neuraminidaseremmer. Behandeling verkort de ziekte duur en vermindert de besmettelijkheid voor anderen. Uitgaande van een percentage zieken van maximaal dertig procent, zouden we in Nederland moeten beschikken over vijf miljoen kuren van dit middel.

Ten tijde van de eerste Nederlandse zieken adviseert de Gezondheidsraad deze zieken te behandelen en hun naasten uit voorzorg antivirale middelen te geven, vóórdat zij ziek worden. Dat kan verdere verspreiding van het virus tegengaan. Bij een grotere uitbraak vindt de Gezondheidsraad het geven van een kuur aan iemand die niet ziek is niet doelmatig. Mensen bouwen dan geen immuniteit op en kunnen later alsnog besmet raken. Een uitzondering kan gemaakt worden voor bijzondere groepen, zoals ouderen of hulpverleners.

Aanvullende maatregelen bij massale besmetting zijn het sluiten van scholen en beperken van grootschalige evenementen. Dat gaat verspreiding van het virus tegen, maar kan ook grote maatschappelijke en economische gevolgen hebben. Als massale besmetting optreedt, is zorgvuldige afweging dan ook geboden.

Tijdens een pandemie moet de overheid deskundigen inschakelen, bijvoorbeeld van het Centrum Infectieziekten i.o.. Als de pandemie eerder in andere landen is opgetreden, moeten gegevens uit die landen gebruikt worden. De scenario's met maatregelen moeten verder regelmatig geactualiseerd worden op basis van nieuwe gegevens.

#### Samenstelling commissie:

prof. dr J van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; <i>voorzitter</i>	prof. dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus MC, Rotterdam
prof. dr GJ Bonsel, hoogleraar sociale geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam	dr RRR Huijsman-Rubingh, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; <i>adviseur</i>
dr PJ van Dalen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; <i>adviseur</i>	prof. dr EJ Ruitenbergh, hoogleraar internationale volksgezondheid; Vrije Universiteit, Amsterdam
prof. dr JT van Dissel, hoogleraar infectieziekten; Leids Universitair Medisch Centrum	prof. dr P Smits, hoogleraar farmacologie; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
dr GA van Essen, huisarts; Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde; Universitair Medisch Centrum Utrecht	dr EW Steyerberg; Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam
prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar inwendige geneeskunde; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen	drs ACG Voordouw; College ter beoordeling van geneesmiddelen, Den Haag
	dr K Groeneveld, Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>

# Opsporing en behandeling van mensen met hepatitis C

Op 22 september 2004 bracht de Gezondheidsraad een advies uit over opsporing en behandeling van mensen met hepatitis C. De Gezondheidsraad adviseerde eerder over dit onderwerp in 1997. Sterk verbeterde behandelingsmogelijkheden waren de aanleiding het advies tegen het licht te houden.

Dr H Houweling is secretaris bij de Gezondheidsraad.

## Het advies in 1997

De vraag van de minister in de jaren negentig was of in Nederland alle personen die vóór invoering van de bloedtest op infectie met het hepatitis C-virus (HCV) – dus voor 1992 – een bloedtransfusie hadden ondergaan, opgeroepen en onderzocht zouden moeten worden op HCV-infectie (een zogeheten generale *look-back*). Tevens vroeg de minister naar de mogelijkheden voor screening van andere risicogroepen, en verzocht zij de gezondheidswinst af te wegen tegen de kosten.

De kern van het advies in 1997 was dat niet zozeer een generale *look-back*, maar een voorlichtingsstrategie noodzakelijk is. Een belangrijke overweging daarbij was dat een gerichte opsporing van ontvangers van bloedproducten in ons land op grote praktische bezwaren stuitte.

## Het advies opnieuw bezien

In het licht van de betere behandelingsmogelijkheden heeft de Gezondheidsraad in 2004 de aanbevelingen uit 1997 opnieuw overwogen. De raad komt daarbij tot drie conclusies. Ten eerste verdient een generale *look-back* onder alle ontvangers van bloedtransfusies vóór 1992 ook nu geen aanbeveling. De



redenen zijn dezelfde: de geringe efficiëntie van die benadering, ervaringen in het buitenland en nog steeds geldende onoverkomelijke praktische bezwaren.

Ten tweede blijft voorlichting belangrijk. De Gezondheidsraad adviseert met nadruk om de risicogroepen voor HCV-infectie te informeren over de verschijnselen en de mogelijke gevolgen van HCV-infectie en over de nu sterk verbeterde behandelingsmogelijkheden. Hierbij zal men deels gebruik kunnen maken van gerichte informatiekanalen, maar deels ook terug moeten vallen op algemene communicatiemiddelen.

Ten derde pleit de Gezondheidsraad ervoor epidemiologisch onderzoek te laten verrichten. Ook op dit moment bestaat nog grote onzekerheid over het aantal HCV-geïnfecteerde mensen in Nederland. In het advies uit 1997 werd hun aantal geschat op enkele tienduizenden.

Een relatief grote groep mensen die met HCV geïnfecteerd is, bestaat waarschijnlijk uit personen die besmette bloedtransfusies hebben ontvangen in de periode vóór 1992, toen donaties nog niet gescreend werden op het hepatitis C-virus. In het advies uit 1997 werd hun aantal geschat op 1360 à 13 600. Het is niet bekend hoeveel mensen uit deze groep op dit moment nog in leven zijn. Ook over de omvang van andere risicogroepen bestaat niet altijd duidelijkheid, terwijl de nieuwe behandelingmethoden juist voor hen ook belangrijk kunnen zijn. Epidemiologisch onderzoek is van belang om de omvang van het probleem te kunnen bepalen en als basis voor een efficiënte voorlichtingsstrategie.

#### Reactie van de minister van VWS

In zijn reactie van 17 februari 2005 onderschrijft de minister het advies om meer voorlichting te geven aan (huis)artsen en risicogroepen. De inspanningen om de beroepsgroep te informeren zijn volgens hem tot op heden niet succesvol genoeg geweest, waardoor de patiënt niet altijd de juiste behandeling aangeboden krijgt. De minister wil de voorlichting over de verbeterde behandelingsmogelijkheden nu samen met de beroepsgroep vorm gaan geven.

Wat betreft de voorlichting aan de risicogroepen en de algemene bevolking constateert de minister dat het moeilijk is om de mensen met een mogelijke HCV-besmetting te bereiken. Hij heeft het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) gevraagd om na te gaan hoe een voorlichtingscampagne opgezet zou kunnen worden en wat de verwachte kosten en opbrengsten hiervan zijn. Het voorstel van het NIGZ is in het voorjaar van 2005 klaar. Aan de hand van de uitkomsten van deze studie zal hij besluiten of ZonMw de opdracht wordt gegeven zorg te dragen voor een voorlichtingscampagne gericht op zowel risicogroepen als de algemene bevolking. De uitvoering hiervan zou vanaf eind 2005 kunnen plaatsvinden.

De minister neemt het advies om – nieuw – epidemiologisch onderzoek te laten doen niet over. De minister verwijst hierbij naar epidemiologisch onderzoek van het RIVM in 1998 (het Pienter-onderzoek). In dat onderzoek werd een prevalentie gevonden van ongeveer 0,1 procent. Doordat het aantal geteste personen relatief klein was, konden echter geen betrouwbare uitspraken gedaan worden over het werkelijk aantal besmette personen. Ook verwijst de minister naar literatuur- en modelleringsonderzoek van het RIVM uit 2004. De minister onderschrijft dat het nuttig is om betrouwbaarder gegevens te verkrijgen, maar reserveert liever geld voor een daadwerkelijke voorlichtingscampagne op korte termijn.

# Standpunt van de minister van VWS over variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob en bloedtransfusie

KG De variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (vCJD) is één van de bij de mens voorkomende prionziekten. Dit zijn neurologische aandoeningen die worden gekenmerkt door degeneratieve veranderingen in de hersenen, veroorzaakt door afwijkende prioneiwitten. In 2001 bracht de Gezondheidsraad advies uit over vCJD en bloedtransfusie. De minister van VWS gaat nu, na de beschrijving van twee mogelijke gevallen van overdracht van vCJD via bloedtransfusie in het Verenigd Koninkrijk, alsnog akkoord met één van de aanbevelingen van de commissie.

## Eerdere advisering

In 2001 adviseerde de Gezondheidsraad over vCJD en bloedtransfusie. Eén van de aanbevelingen van de commissie die het advies opstelde was om, uit voorzorg, bloeddonsors die zelf een transfusie van cellulaire bloedproducten hadden ontvangen van verdere donatie uit te sluiten. Volgens de commissie was het niet uit te sluiten dat vCJD via bloedtransfusie overdraagbaar zou zijn, en de commissie wilde circulatie van het verantwoordelijke agens via bloed en bloedproducten tegengaan. De minister van VWS nam deze aanbeveling destijds niet over.

## Casusrapportages

Van de patiënten die in het Verenigd Koninkrijk aan vCJD overleden is niet alleen de ziektegeschiedenis maar ook de periode daarvoor nauwkeurig in kaart gebracht. Zo bleek dat vijftien patiënten vóórdat bij hen vCJD werd vastgesteld bloeddonor waren. Ook de ontvangers van de bloedproducten die van deze patiënten afkomstig waren, zijn geregistreerd.

Begin 2004 verscheen er in de *Lancet* een artikel over het optreden van vCJD bij een ontvanger van een cellulair bloedproduct, afkomstig van een van de vijftien vCJD-patiënten die bloeddonor zijn geweest. De ontvanger kreeg de ziekte op een leeftijd die hoger was dan die van de meeste andere vCJD-patiënten. De auteurs stellen dat de kans op het optreden van vCJD – als overdracht via bloedtransfusie buiten beschouwing wordt gelaten – tussen de 1 op 15 000 en 1 op 30 000 ligt.

Een half jaar later werd in de *Lancet* een tweede persoon beschreven die een cellulair bloedproduct had ontvangen dat afkomstig was van een van de vijftien patiënten. Deze persoon was overleden aan een andere aandoening dan vCJD. De auteurs kwamen desalniettemin tot de diagnose ‘preklinische vCJD’ omdat bij obductie afwijkende prioneiwitten werden aangetroffen in de milt – maar niet in de hersenen. Opvallend was dat deze persoon tot een andere genetische subpopulatie behoorde dan (tot nu toe) alle vCJD-patiënten.

De Beraadsgroep Infectie & Immunitet heeft tijdens opeenvolgende vergaderingen de beide casusrapportages besproken. De meldingen bevestigden volgens de beraadsgroep het belang van de eerder genoemde aanbeveling van de commissie.

#### Alsnog uitsluiting

Na de eerste casusrapportage diende de stichting Sanquin Bloedvoorziening, in Nederland verantwoordelijk voor de bloedtransfusie, bij het ministerie van VWS het verzoek in om bloeddonors die na 1 januari 1980 zelf een transfusie van een cellulair bloedproduct hadden ontvangen als donor uit te sluiten. Na de tweede casus heeft de minister daarmee ingestemd en per 1 februari van dit jaar is de maatregel ingegaan.

# Voeding

## Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen

Op 31 december 2004 liep het mandaat af van de Commissie Veiligheidsbeoordeling Nieuwe Voedingsmiddelen (VNV) bij de Gezondheidsraad. In het kader van de Europese wetgeving op dit terrein (Verordening 258/97) adviseerde de commissie sinds 1999 over de veiligheid van individuele nieuwe voedingsmiddelen. Daartoe beoordeelde zij de gegevens uit veiligheidsdossiers die door de aanvragende firma's waren opgesteld. De adviezen van de commissie waren gericht aan de minister van VWS (de Nederlandse bevoegde autoriteit in de Europese procedure) en aan de minister van LNV. In totaal produceerde de commissie VNV 32 adviezen, waaronder één meer algemeen advies over de werkwijze en ervaringen van de commissie (dat in oktober 2002 is uitgebracht). Deze adviezen zijn te vinden op de website van de Gezondheidsraad. Binnenkort wordt nog een vervolg uitgebracht op het laatstgenoemde advies, als laatste product onder de vlag van de Gezondheidsraad.

De beoordelingstaak voor de veiligheid van nieuwe voedingsmiddelen is sinds 1 januari 2005 overgegaan naar het Agentschap ten behoeve van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Bij deze taakoverdracht stond het behoud van de bestaande expertise en ervaring centraal. Daarom is aan de leden van de commissie VNV gevraagd opnieuw zitting te nemen in een nieuw op te richten onafhankelijke commissie van deskundigen, die zal worden ondersteund door het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen bij het CBG. Dit bureau wordt gevormd door drie medewerkers die van het secretariaat van de Gezondheidsraad naar het CBG zijn overgegaan. Het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen is gehuisvest bij het CBG, Kalvermarkt 53 te Den Haag. Meer informatie is te vinden op [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl) en binnenkort ook op een afzonderlijke website: [www.nieuwevoedingsmiddelen.nl](http://www.nieuwevoedingsmiddelen.nl).

Dr CMA van Rossum werkte tot voor kort als secretaris bij de Gezondheidsraad. Samen met dr M Rutgers en drs CL Vuijst – beiden eveneens afkomstig van de Gezondheidsraad – is hij werkzaam bij het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen bij het Agentschap CBG in Den Haag.

# Milieu

## Hebben we stilte nodig?

MvdB Staatssecretaris Van Geel van het ministerie van VROM heeft de Gezondheidsraad om advies gevraagd over stiltegebieden. Deze gebieden staan volgens de staatssecretaris om twee redenen weer volop in de belangstelling. Ten eerste verplicht de Europese Richtlijn Omgevingslawaaï (2002/49) de lidstaten om hun stille gebieden te beschermen. Ten tweede zijn er aanwijzingen dat natuurgebieden via hun recreatieve functie van belang kunnen zijn voor gezondheid en welbevinden. Verstoring van de stilte in die gebieden zou afbreuk kunnen doen aan die functie.

Zowel vanuit nationaal als vanuit EU-perspectief bestaat er behoefte meer zicht te krijgen op de voordelen van stiltegebieden. Enerzijds ter onderbouwing van de noodzaak, anderzijds ter verbetering van de definiëring en indeling van stiltegebieden. De staatssecretaris van VROM legt de Gezondheidsraad de volgende vragen voor:

- 1 Welke invloed kunnen stille gebieden hebben op gezondheid, gedrag en welbevinden? Omdat naar verwachting de kennis over dit onderwerp beperkt is, wordt ook gevraagd wat voor nader onderzoek er nodig is.
- 2 Kan aangegeven worden hoe groot de behoefte in de bevolking is aan stiltegebieden?
- 3 Zijn er relatief kwetsbare of gevoelige groepen aan te wijzen?
- 4 Met welke maten en criteria kan 'stilte' geoperationaliseerd worden ten behoeve van de beoordeling van gebieden in de praktijk?



# Arbeidsomstandigheden

# Openbaar conceptrapport over beroepsmatige blootstelling aan benzo(a)pyreen en PAK

De Gezondheidsraad heeft een conceptrapport openbaar gemaakt, waarin de Commissie WGD van de raad de gezondheidsrisico's analyseert van blootstelling aan benzo(a)pyreen en polycyclische aromatische koolwaterstoffen afkomstig van steenkool. De beschouwingen van de commissie monden uit in berekeningen van de kansen op kanker wanneer mensen op hun werk aan deze stoffen worden blootgesteld.

Het rapport is voor commentaar aangeboden aan de Subcommissie MAC-waarden van de Sociaal-Economische Raad en aan deskundigen uit kringen van werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen commentaar leveren op de conceptrapporten. De commentaartermijn loopt tot 4 juli 2005.

Het definitieve rapport zal worden aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, die het zal betrekken bij het vaststellen van wettelijke grenswaarden.

Dr JM Rijnkels is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Het conceptrapport *Benzo[a]pyrene and unsubstituted non-heterocyclic polycyclic aromatic hydrocarbons from coal-derived sources* is te downloaden via [www.gr.nl](http://www.gr.nl) of te verkrijgen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad (telefoon 070 340 7520).

# Advies gevraagd ter voorbereiding van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

Binnenkort zal de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bij het parlement het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) indienen. De WIA zal de WAO gaan vervangen voor de personen die vanaf 2006 een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In de nieuwe wet staat niet langer het verstrekken van een uitkering centraal, maar het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid en het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheid om te werken.

Dr JND de Neeling is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Ter voorbereiding van de invoering van de WIA heeft minister De Geus – mede namens zijn collega van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – de Gezondheidsraad gevraagd om een overzicht van de stand van wetenschap over begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid. Ook vraagt hij de raad om op grond van deze wetenschappelijke inzichten en op grond van wat binnen de curatieve en sociaal-geneeskundige gezondheidszorg al aan standaarden en richtlijnen beschikbaar is, een ‘plan van aanpak’ op te stellen. Er moet namelijk een set behandelings- en begeleidingsstandaarden en beoordelingsprotocollen worden ontwikkeld die houvast biedt bij de behandeling, de preventie, de verzuimpreventie en de begeleiding van verzuimende werknemers, de reïntegratie en de beoordeling van arbeidsmogelijkheden. In het advies moet beschreven worden welk stramien deze standaarden en protocollen zouden moeten hebben, welke procedure bij de opstelling gevolgd moet worden en welke actoren hierbij betrokken zouden moeten zijn.

De minister vraagt de Gezondheidsraad het advies waarin dit ‘plan van aanpak’ is uitgewerkt voor juli 2005 af te ronden. In het advies moeten ook de vervolgactiviteiten – het daadwerkelijk opstellen, beoordelen en formaliseren van de standaarden en protocollen – beschreven worden die hun beslag zullen krijgen in de loop van 2005 en 2006.

De hieronder vermelde publicaties zijn te downloaden van de website ([www.gr.nl](http://www.gr.nl)) of – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag, tel: 070 3406728, fax: 070 3407523, e-mail: [order@gr.nl](mailto:order@gr.nl)

## Gezondheidszorg

2004

- Omstreden Herinneringen. 2004/02.  
 Vaccinatie tegen kinkhoest. 2004/04.  
 Antivirale middelen bij een griep пандemie; gebruik bij schaarste. 2004/05.  
 Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. 2004/06.  
 Screenen op chlamydia. 2004/07.  
 Bewaartermijn patiëntengegevens. 2004/08.  
 Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. 2004/10.  
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2004 \_ Gezondheidsraad. 2004/12.  
 Screening op type 2 diabetes. 2004/16.  
 Emergeng zoonoses / Opduikende zoönosen. 2004/18.  
 Kunstmatige ondersteuning bij leverfalen. 2004/19.  
 European primary care. 2004/20E.

2005

- Het chronische-vermoeidheidssyndroom. 2005/02.  
 Vergrijzen met ambitie. 2005/06.  
 Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een griep пандemie. 2005/05.

## Voeding

2004

- Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen. 2004/11.  
 Isomaltulose. 2004/01VNV.  
 Lycopeen/Lycopene. 2004/02VNV.  
 Nonisap (2). 2004/03VNV.  
 Nonisap (3). 2004/04VNV.  
 Chiazaad. 2004/05VNV.

2005

- Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. 2004/22.

## Milieu

2004

- Elektromagnetische velden. 2004/01.  
 Natuur en gezondheid. Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden. 2004/09.  
 TNO-onderzoek naar effecten van GSM- en UMTS-signalen op

- welbevinden en cognitie. Beoordeling en aanbevelingen voor nader onderzoek. 2004/13.  
 Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid. 2004/14.  
 Risico van bodemverontreiniging voor de mens: bodem-onderzoek, modellen en normen. 2004/15.

2005

- Mutageniteitstests met reporter genen bij dieren/The use of reporter genes for mutagenicity testing in animals. 2005/01.  
 Briefadvies Mobiele telefoons en gezondheid. 2005/03.

## Arbeidsomstandigheden

2004

- Nitrogen dioxide; Health-based recommended occupational exposure limit. 2004/01OSH.  
 Wheat and other cereal flour dusts; An approach for evaluating health effects from occupational exposure. 2004/02OSH.  
 Herevaluatie van oude mac-waarden: Ammonium chloride (fume); Benomyl; Benzenethiol; Calcium hydroxide; 2-Chloroacetophenone; (2-Chlorobenzylidene) malononitrile; 2-Chlorotoluene; Cyclohexene; 2,6-Di-tert-butyl-p-cresol; Iron salts, water-soluble; Methyl acetate; 4-Methylpent-3-en-2-one; Nicotine; Oxalic acid; Pentan-3-one; Perhydro-1,3,5-trinitro-1,3,5-triazine; Pindone; Potassium hydroxide; Strychnine; Warfarin. 2000/15OSH/093-1 t/m 2000/15OSH/112-1.  
 Herevaluatie van oude mac-waarden: Acetic acid; Carbon tetrabromide; 1-Chloro-1-nitropropane; Cyanogen chloride; Dibutyl hydrogen phosphate; 1,1-Dichloro-1-nitroethane; Disulphur dichloride; Ethanethiol; Ethyldimethylamine; Isopropylamine; Magnesium oxide (fume); Nitroethane; Nitrogen trifluoride; Oxygen trifluoride; Propyl nitrate; Propyne; Propyne-allene mixture (MAPP gas); Tantalum; Tetraethyl orthosilicate; Tetramethyl orthosilicate. 2000/15OSH/113-1 t/m 2000/15OSH/132-1.  
 Tetrachloroethylene (PER) - 2; Health-based recommended occupational exposure limit for short-term exposure. 2004/03OSH.  
 Bleomycin; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/04OSH.  
 Mitomycin C; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/05OSH.

Nitrogen Mustard (hydrochloride); Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/06OSH.

Methylchloride; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2004/10OSH.

Cyclohexanol; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2004/09OSH.

Ethylmethanesulphonate; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2004/08OSH.

Isopropylmethanesulphonate; Evaluation of the effects on

reproduction, recommendation for classification. 2004/07OSH.

Herevaluatie van oude mac-waarden: Cyanamide/calcium cyanamide; Liquefide Petroleum GAS (LPG), propane, butane; 3-Nitrotoluene; Pentan-2-one; Prop-2-yn-1-ol; Pyrethrum (pyrethrins); Sucrose; Sulphuryl difluoride; Zinc distearate. 2000/15OSH/133 t/m 2000/15OSH/142.



GRAADMETER # 2  
JAARGANG 21  
MAART / APRIL 2005

Redactie

M van Leeuwen (hoofdredacteur),  
MMHE van den Berg, W Bosman,  
ASAM van der Burght, K Groeneveld,  
M de Waal (eindredacteur)

Secretariaat/opmaak

M Javanmardi, J van Kan

Basisvormgeving

Noortje Hoppe, Rotterdam

Overname van artikelen is, met  
duidelijke bronvermelding, toegestaan.

Adres redactie en  
abbonementen

Gezondheidsraad  
Postbus 16052, 2500 BB Den Haag  
Telefoon - 070 340 75 20  
Fax - 070 340 75 23  
E-mail - [graadmeter@gr.nl](mailto:graadmeter@gr.nl)  
Internet - [www.gr.nl](http://www.gr.nl)  
[www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl)  
[www.healthcouncil.nl](http://www.healthcouncil.nl)

ISSN 0169-5211