

**G r A A D M E T E R # 4** Adviseren en voorlichten <sup>3</sup>; ‘Transparantie is een groot goed’ <sup>4</sup>; Ethische bouwstenen voor beleidsagenda<sup>10</sup>; ‘Opsporing verzocht?’<sup>14</sup> / Gezondheidszorg <sup>24</sup>: Gezondheidsraad adviseert over arbeidsongeschiktheid <sup>25</sup>; Installatie commissie MRSA <sup>27</sup>; Nieuw advies gevraagd over pneumokokken<sup>29</sup> / Voeding<sup>31</sup>: Reactie minister op advies over alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding <sup>32</sup> / Milieu <sup>34</sup>: Gezondheid en milieu: mogelijkheden van monitoring <sup>35</sup>; Installatie commissie Stiltegebieden <sup>38</sup>; Beoordelingskader risicogroepen <sup>39</sup> / Arbeidsomstandigheden <sup>41</sup>: Risicoberekening geadviseerd voor compensatie bij longkanker na werken met asbest <sup>42</sup>; Blootstelling aan tin op de werkplek <sup>44</sup>; Onvoldoende gegevens voor vaststellen van limiet bij blootstelling aan nicotine op het werk <sup>45</sup>; Beroepsmatige blootstelling aan zwavelwaterstof<sup>46</sup>; Methanol, mierenzuur en trichloorazijnzuur (TCA) <sup>47</sup>; Openbaar conceptrapport over beroepsmatige blootstelling aan ethanol <sup>48</sup>; Openbaar conceptrapport over beroepsmatige blootstelling aan bitumen (damp en aërosol) <sup>49</sup>; Advies gevraagd over normering allergenen <sup>50</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.

# Adviseren en voorlichten

WFP De adviesraden staan weer in de belangstelling. Zo kopte *NRC-Handelsblad* op 13 juli 2005 in een eerste artikel van een serie over de ‘radenrepubliek’: ‘Schipperen tussen overbodig en ergerniswekkend’. Adviesraden zouden zich ontwikkeld hebben tot de zesde macht. De spelregels van het adviseren van beleid zijn niet helder, aldus de auteurs.

Ook de Gezondheidsraad behoort tot de radenrepubliek van de NRC-journalisten. Althans, dat volgt uit het aangehaalde artikel. Toch is het de vraag of dat juist is. De Gezondheidsraad adviseert immers niet óver het beleid, maar ten behoeve van het beleid. De raad licht namelijk voor over de stand der wetenschap volgens de in de Gezondheidswet vastgelegde taakstelling. Hij draagt wetenschappelijke bouwstenen aan (of wijst op het ontbreken van die stenen) die te zamen met politieke en bestuurlijke overwegingen bijdragen aan het volksgezondheidsbeleid in Nederland.

Kennis is macht, wordt wel gesteld. Maar geen zesde macht en bovendien niet in de eerste plaats macht voor wetenschappers, maar voor bestuurders. Voorlichten over de stand der wetenschap is een mooi, maar dienstbaar vak.

## Nieuwe algemeen secretaris

Inmiddels is de aanstelling van een nieuwe algemeen secretaris een feit. Ook vanaf deze plaats feliciteer ik mevrouw ir Anneke Wijbenga met deze mooie functie. In de nieuwe rubriek ‘Personalía’ kunt u met haar kennismaken.

## Nieuwe website

De website van de Gezondheidsraad ([www.gr.nl](http://www.gr.nl)) heeft een nieuw jasje gekregen. De inhoud is (uiteeraard) zoals u gewend bent: complete teksten van alle adviezen, nieuws over raad en raadswerk en algemene informatie. Nieuw is de rubriek ‘te verschijnen’, waarin de rapportages die binnenkort van de persen rollen, zijn opgenomen.

## ‘Transparantie is een groot goed’

Met ingang van 1 september 2005 wordt prof. dr ir D (Daan) Kromhout voor twee dagen per week vice-voorzitter van de Gezondheidsraad. Hij zal zich in die functie vooral richten op de aandachtsgebieden ‘voeding’ en ‘*public health*’. Daarnaast blijft hij werkzaam als hoogleraar volksgezondheidsonderzoek in Wageningen. In dit kennismakingsgesprek gaat het onder meer over de, soms betwiste, onafhankelijkheid van wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijke adviezen. Kromhout wijst op mogelijkheden om die onafhankelijkheid te waarborgen. Ook schetst hij enkele wetenschappelijke ontwikkelingen en stipt hij thema’s aan die wat hem betreft voor advisering in aanmerking komen.

Eerst even over de Gezondheidsraad zelf. Die kende u natuurlijk al als lid van de Beraadsgroep Voeding.

Inderdaad. Bovendien was ik destijds ook al lid van de Voedingsraad, die later als Beraadsgroep in de Gezondheidsraad is opgegaan. Wat me steeds heeft geboeid, is de veelzijdigheid van de voorgelegde vragen. Je moet telkens bij verschillende deskundigen te rade gaan om een stevig onderbouwd en goed afgewogen advies te kunnen opstellen. Van de discussies met wetenschappers uit andere vakgebieden heb

Drs EJ Schoten is secretaris bij de Gezondheidsraad.



ik veel geleerd. Ieder heeft zijn eigen inbreng, maar de meerwaarde zit in het elkaar bevragen. Je moet door zo'n proces van bevragen en beraadslagen heengaan om te kunnen bepalen waar je wetenschappelijk gezien nu eigenlijk staat.

Veel commissieleden zeggen die immateriële beloning waarderen. Hoe kijkt u aan tegen de houdbaarheid van dit consultatiesysteem?

Bij goede adviesaanvragen zal de intellectuele beloning zeker een wervend effect hebben. Vergeet ook niet dat het eervol is om lid te zijn van een commissie. Je kunt zo'n lidmaatschap zien als een wetenschappelijke onderscheiding. Wel zijn er ontwikkelingen binnen het wetenschapsbedrijf gaande die de ruimte voor deelname aan commissiewerkzaamheden kunnen beïnvloeden. Als onderzoeker ervaar ik dat geld voor wetenschappelijk onderzoek steeds moeilijker te verkrijgen is. Subsidies in de wacht slepen kost steeds meer tijd en energie. Volgens mij is het daarom belangrijk binnen de Gezondheidsraad flexibele werkvormen te ontwikkelen die inspelen op de veranderende omstandigheden in de wetenschappelijke wereld. Wetenschappers willen graag in commissies zitten, maar je moet het hun wel gemakkelijk maken.

Welk onderzoek leidt u zelf momenteel?

Ik heb diverse langlopende cohortonderzoeken onder mijn hoede. Eén daarvan is het Zutphen-onderzoek, dat deel uitmaakt van de zogeheten Zeven Landen Studie. Het gaat om een onderzoek naar voeding, leefstijl, chronische ziekten en kwaliteit van leven bij oudere mannen. Met financiële steun van de Nederlandse Hartstichting voert mijn team een omvangrijk interventie-onderzoek uit naar het verband tussen de inname van onverzadigde (omega-3-) vetzuren en de kans op hart- en vaatziekten. We zullen daarbij vier duizend hartinfarctpatiënten drie jaar lang volgen. De Amerikaanse NIH (National Institutes of Health) draagt ook bij

aan het benodigde budget (dat in totaal € 6 miljoen belooft). Unilever werkt aan het onderzoek mee door vier soorten margarine met uiteenlopende vetzuren samenstelling te ontwikkelen en beschikbaar te stellen.

Heeft de industrie daarmee een vinger in de pap?

Beslist niet. We hebben heldere afspraken gemaakt over de rol van de verschillende partijen. Het hele proces moet volstrekt transparant zijn en is dat ook: Unilever levert de margarine en wij zijn verantwoordelijk voor de opzet, de uitvoering, de analyse en de verslaglegging van het onderzoek. Daartoe behoort ook een precieze beschrijving van de betrokkenheid van de diverse spelers. Met andere woorden, er is geen sprake van verstrengeling van belangen. Tenslotte draagt een onafhankelijke stuurgroep de eindverantwoordelijkheid voor het onderzoek. Dat onderzoeksuitkomsten bruikbaar kunnen zijn voor bepaalde bedrijven of bedrijfstakken, is een ander verhaal. Maar dat heeft te maken met het streven om de gezondheid door goede voeding te bevorderen.

Voedingsonderzoek is dikwijls commercieel oninteressant, nietwaar?

Zeker. Daarop heeft Martijn Katan in de Gezondheidsraadlezing van vorig jaar al gewezen. Bedrijven investeren normaal gesproken alleen maar in onderzoek waarvan ze de kosten via hogere productprijzen kunnen terugverdienen. Het probleem is echter dat veel voedselbestanddelen bekende stoffen zijn, zodat er weinig te patenteren valt. Innovatie in het voedingsonderzoek moet het dus grotendeels hebben van publieke financiering. In de eerste plaats gaat het om overheidssteun, maar ook collectebusfondsen als de Nederlandse Hartstichting bieden mogelijkheden. Overigens vergt het meestal heel wat passen en meten om met het beschikbare budget een hoogwaardig onderzoek op te zetten dat iets toevoegt aan de bestaande kennis. Vooral voor kostbare voedingsinterventie-

studies met harde eindpunten is onvoldoende geld beschikbaar. Ik zinspeelde daar net al op.

Welke nieuwe inzichten zijn zoal te verwachten?

Je moet vooral denken aan een beter inzicht in verbanden waarover op hoofdlijnen al het nodige bekend is. Om enkele van die relaties te noemen: verzadigde- en transvetzuren vergroten de kans op coronaire hartziekten, onverzadigde vetzuren ( in het bijzonder omega-3-vetzuren) verkleinen die kans; de kans op obesitas neemt toe bij een hoge inname van energiedicht voedsel en juist af door de consumptie van volkoren graanproducten, groente en fruit. We willen graag preciezer weten hoe groot de invloed van de afzonderlijke factoren is en welke variatie zich tussen (groepen) mensen voordoet. Dat kan belangrijke aangrijpingspunten opleveren voor bevordering van de volksgezondheid via gerichte voedingsinterventies. Een andere kwestie die de laatste jaren toenemend aandacht vraagt, zijn de gezondheidsclaims van zogeheten ‘functionele voedingsmiddelen’. Consumenten tonen steeds meer interesse in deze specifieke gezondheidsbevorderende voedingsmiddelen (SGV’s). De voedingsindustrie speelt met een steeds groter assortiment aan SGV’s op die belangstelling in. Het onderzoek naar bewezen positieve en mogelijke negatieve effecten van deze producten staat echter nog in de kinderschoenen. Ook de regelgeving op dit vlak is nog volop in ontwikkeling.

Kennis over gezonde voeding is één ding, gezond gedrag is vers twee. Hoe valt dit laatste te bevorderen?

Zorgen dat mensen zich gezond gaan of blijven gedragen, is een onderzoeksterrein op zich. Het betreft complexe vraagstukken waarbij een groot aantal determinanten in het spel is. Neem het tegengaan van obesitas. In zekere zin is het doel simpel: de energiebalans moet kloppen. Van oudsher zijn er twee ‘scholen’. De ene zet in op het bereiken van het juiste evenwicht via de

voeding, de andere richt zich vooral op het bewegingspatroon. Naar de effectiviteit van maatregelen om obesitas te voorkómen is echter nog maar weinig onderzoek gedaan. Duidelijke conclusies zijn in ieder geval nog niet te trekken. De Nederlandse Hartstichting voert momenteel een nationaal onderzoeksprogramma uit met als doel gewichtsbeheersing. Als voorzitter van de programma-commissie ben ik daar nauw bij betrokken. In dit programma wordt via een geïntegreerde aanpak advies-op-maat gegeven. Persoonlijke voorkeuren van mensen hebben daarin ook een plaats. Als iemand erg veel van witbrood houdt, kan daar in een gedragsadvies rekening mee worden gehouden. De komende jaren zal blijken hoe kansrijk zulke interventies zijn.

Tot nu toe sprak u vooral als onderzoeker. Welke taken ziet u voor de Gezondheidsraad weggelegd?

Voor een strategische beschouwing is het misschien nog aan de vroege kant, maar enkele mogelijke thema's wil ik hier wel noemen. In het begin van dit gesprek zei ik al dat goede adviesvragen mijns inziens een veelzijdig karakter hebben. Die veelzijdigheid vloeit voort uit de beleidsmatige behoefte aan een samenhangend perspectief. Vanzelfsprekend hecht ik bijvoorbeeld veel waarde aan de preventie van obesitas, maar tegelijk acht ik het van belang om het totale spectrum in het oog te houden. Zo kan te sterke nadruk op het risico van overgewicht bij sommigen juist eetstoornissen in de hand werken. Aandacht voor dat totale spectrum en zaken in verhouding bezien vind ik typisch bij de Gezondheidsraad passen. Ook is het zinvol overgewicht en obesitas niet simpelweg over één kam te scheren, maar aan een gedifferentieerde analyse te onderwerpen. Verder zou in dit verband nog wel eens wat scherper naar de situatie bij kinderen kunnen worden gekeken. Hoe dan ook moeten commissies naar mijn overtuiging bij het maken van afwegingen en het doen van aanbevelingen een duidelijk verhaal presenteren waarin uitgangspunten en argumenten expliciet naar voren komen. Ook die transparantie is een groot goed in een samenleving die zich vaak sceptisch toont over het oordeel van deskundigen.



Is de belangenverklaring die commissieleden sinds enkele jaren moeten invullen wat dit betreft adequaat?

Zo'n belangenverklaring maakt het hele proces inderdaad eveneens transparanter. Ik heb de indruk dat die procedure bij de Gezondheidsraad goed werkt, maar misschien zijn nog bepaalde aanscherpingen mogelijk. Zoals ik al opmerkte, heeft de onderzoekswereld daarmee inmiddels heel wat ervaring opgedaan.

U hebt de overstap gemaakt van het RIVM naar de Gezondheidsraad. Ongetwijfeld zullen uw ervaringen in Bilthoven uw visie op het werk van de raad beïnvloeden.

Ja, dat is onvermijdelijk en trouwens maar goed ook. Twee punten wil ik er hier even uitlichten. Als directeur van de sector Voeding en Consumentenveiligheid heb ik de totstandkoming van het rapport *Ons eten gemeten* (2004) van nabij begeleid. Voor het RIVM was het de eerste keer dat een groot aantal gegeven over voeding en voedselveiligheid op samenhangende wijze zijn geanalyseerd. Een primeur dus. Ik moet erbij vertellen dat die publicatie bijna twee maal zo duur is geworden als aanvankelijk werd geraamd. Hiermee wil ik maar zeggen dat de procesbeheersing bij nieuwe kennisproducten geen sinecure is. Op kleinere schaal lijkt dat ook te gelden voor de *ad hoc* adviezen van de Gezondheidsraad. Ik zie het als een uitdaging om daar toch meer greep op te krijgen, zeker ook omdat de opdrachtgevers daar meer en meer om vragen. Maar lastig blijft het wel. Waar ik positief op terugkijk, is het communicatiebeleid rond *Ons eten gemeten*. We hebben daarmee niet tot de laatste dag gewacht, maar zijn met de afdeling voorlichting al maanden eerder om de tafel gaan zitten. Ook hebben we veel aandacht geschonken aan het formuleren van de kernboodschap. In een wereld met een overvloed aan informatie en een neiging tot selectief citeren is dat geen overbodige luxe. Maar daar weet de Gezondheidsraad inmiddels ook over mee te praten.

## Ethische bouwstenen voor beleidsagenda

Op 28 juni 2005 verscheen het rapport *Signalering ethiek en gezondheid 2005*, dat is opgesteld door het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG). Dit centrum heeft als taak om ethische kwesties te signaleren die een gevolg zijn van ontwikkelingen in de biomedische wetenschappen of in de zorg. Het Centrum voor ethiek en gezondheid is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. In het nieuwe CEG-rapport *Signalering ethiek en gezondheid 2005* komen zij met zes signalementen. De eerste drie vallen primair onder verantwoordelijkheid van de Gezondheidsraad, de laatste drie onder die van de RVZ.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

Het rapport *Signalering ethiek en gezondheid 2005* (2005/07) is verkrijgbaar bij het Centrum voor ethiek en gezondheid, 079-3687311, info@ceg.nl. Het is ook te downloaden vanaf [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl), [www.rvz.net](http://www.rvz.net), of [www.gr.nl](http://www.gr.nl).

### Embryonale stamcellen zonder morele pijn?

Dit voorjaar lieten Koreaanse onderzoekers weten embryonale stamcellen te hebben verkregen uit menselijke embryo's die waren ontstaan via klonering. De hoop is uiteindelijk patiëntspecifiek celmateriaal te kunnen kweken voor de behandeling van allerlei aandoeningen. Vanwege de embryo's die daarbij ontstaan en de eicellen die er voor nodig zijn, is dat onderzoek echter controversieel. Er bestaat dan ook veel belangstelling voor de zoektocht naar moreel onbelaste manieren om dezelfde patiëntspecifieke stamcellen te verkrijgen. Veel van de daarbij als 'embryosparend' gepresenteerde voorstellen gaan er van uit dat niet-levensvatbare embryo's geen embryo's zijn en dat het kweken en leeghalen ervan dus ook geen moreel probleem kan opleveren. De vraag is of dat niet een al te gemakkelijke redenering is. Wat is eigenlijk de status van niet-levensvatbare embryo's? Het lijkt ongewenst de discussie daarover al in de definitie van een embryo te beslissen. Maar in de huidige Embryowet gebeurt dat wel. Bij de evaluatie van deze wet dient daarom ook de vraag aan de orde te komen wat precies onder een embryo moet worden verstaan.

## Ethische aspecten van kostenutiliteitsanalyse

Bewaking van de kosten voor de gezondheidszorg maakt het noodzakelijk keuzes te maken bij de toelating van voorzieningen tot het verstrekkingenpakket. Het instrument van de kostenutiliteitsanalyse (KUA) is ontwikkeld om dat te kunnen doen op grond van een uniforme kwantitatieve vergelijking van de doelmatigheid van zorgvoorzieningen over de volle breedte van de gezondheidszorg. De KUA-systematiek houdt echter geen rekening met overwegingen van rechtvaardigheid. Kritiek daarop heeft zowel geleid tot het voorstel die systematiek uit te breiden, als tot de stelling dat KUA, ook als daarin niet alle relevante overwegingen zijn verdisconteerd, toch in ieder geval als basis voor de besluitvorming kan dienen. Wat in die beide benaderingen uit het oog wordt verloren, is dat de diverse onzekerheden en onvolkomenheden van KUA zelf al allerlei (verborgen) verdelingseffecten kunnen hebben. Onderkenning daarvan betekent dat KUA hoogstens hulpmiddel kan zijn in een op zorgvuldige en democratische procedures gebaseerde besluitvorming. Dat is van belang in verband met de plannen om, deels naar Brits model, te komen tot een ‘nationale beoordelingsstructuur’ voor pakketbeslissingen.

## Nu met bacteriën! Voedingsmiddelen met gezondheidsclaims

Een nieuwe trend in de supermarkt zijn voedingsmiddelen waaraan een gezondheidsclaim is verbonden. In dit signalement worden de ethische aspecten van deze ontwikkeling onderzocht. Kloppen de claims wel? Zijn de middelen veilig? Dragen deze voedingsmiddelen bij aan het vergroten van de maatschappelijke tweedeling? Hoe kunnen consumenten het best worden geholpen bij de samenstelling van een verantwoord voedingspakket? En hoe te voorkomen dat hun daarbij de ruimte wordt ontnomen om zelf invulling te geven aan wat zij verstaan onder ‘het goede leven’? Een belangrijke constatering is dat er nog onvoldoende waarborgen zijn voor de wetenschappelijke onderbouwing van de aan voedingsmiddelen

verbonden gezondheidsclaims. Het is nog onzeker of en op welke termijn nieuwe Europese regelgeving hier verandering in kan brengen.

### Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk

Er komen steeds meer mogelijkheden voor vroege opsporing gericht op preventie van ziekte door tijdige behandeling of aanpassing van de leefstijl. In dit signalement wordt aandacht gevraagd voor de rol van de huisarts in die ontwikkeling. Vroege opsporing (screening) is gericht op mensen die nog geen specifieke klachten ervaren. En voor die groep is de huisarts de enige arts met wie zij al een lopende relatie hebben. Het ongevroegde karakter van screening betekent wel dat sprake moet zijn van een duidelijke meerwaarde voor de personen die er mee worden benaderd. Ook is essentieel dat zij niet door het aanbod worden overvallen. Juist de huisarts is echter in staat op de persoon in kwestie toegesneden informatie te bieden en toe te zien op een weloverwogen besluitvorming. Dat stelt wel hoge eisen, niet alleen aan deskundigheid en communicatieve vaardigheden, maar ook in termen van organisatie en tijdsbeslag. Veel mensen staan positief tegen een meer nadrukkelijke rol van hun huisarts op dit terrein. Maar huisartsen zelf zijn vaak terughoudend. Dat is deels een kwestie van capaciteit en prioriteit, maar het heeft ook te maken met uiteenlopende opvattingen over de rol van de huisarts. Moet de huisarts pro-actief zijn en de gezondheid van de patiënt ‘bewaken’, of juist een zorgverlener op afstand zijn, die pas in beeld komt wanneer het nodig is?

### Zorgverlener én opsporingsambtenaar?

Stel dat Volkert van der G aan de politie was ontkomen en hij meldt zich nadien bij een psychiater. Moet de psychiater dit melden aan de politie? Volgens de huidige wetgeving niet: de hulpverlener is gebonden aan zijn beroepsgeheim. Uit het signalement

‘Zorgverlener en opsporingsambtenaar?’ blijkt echter dat de opvattingen die aan deze wetgeving ten grondslag liggen onder druk staan. Steeds vaker wordt aan zorgverleners gevraagd mee te werken aan het verstrekken van patiënteninformatie in verband met een publiek belang – zoals de opsporing van misdrijven. Dit kan gevolgen hebben voor de vertrouwensrelatie en de toegankelijkheid van de zorg. Maar het roept ook vragen op over de grenzen van de waarschuwingsplicht van zorgverleners.

### Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen

Omdat in de zorg zoveel morele kwesties spelen, is het van belang dat zorgverleners beschikken over de vaardigheden om hiermee om te gaan. Uit het signalement ‘Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen’ blijkt echter dat veel zorgverleners te weinig ethische basiskennis en morele vaardigheden hebben. Dit kan in de praktijk leiden tot misverstanden, morele- en communicatieproblemen en een niet optimale kwaliteit van zorg. Toch is de mate waarin instellingen actief aan ethiek doen, nog uiterst bescheiden. Voor wat betreft het onderwijs in de ethiek blijkt er met name op het MBO nauwelijks aandacht voor ethiek te zijn. Het is dan ook of de vraag of met dit aanbod de wettelijke eindtermen - waarin ethiek expliciet genoemd wordt - gehaald kunnen worden.

## ‘Opsporing verzocht?’

Verslag minisymposium ethiek en gezondheid

Stel je voor dat de serieverkrachter die rond Utrecht waart zich onder behandeling stelt van een psychiater. Hij bekent dat hij de beruchte serieverkrachter is en verklaart: ‘Ik ben er nu wel overheen. Ik wil wel graag geholpen worden want ik heb nogal last van datgene wat ik anderen heb aangedaan’. Mag/moet de psychiater deze man aangeven bij de politie?

Deze en andere vragen stonden centraal tijdens het symposium *Opsporing verzocht* van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) op 29 juni 2005, dat geheel in het teken stond van de verschuivende verantwoordelijkheden van de zorgverlener. Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad (GR) en de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ), met als belangrijkste taak het signaleren van ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid die vanuit ethisch perspectief de aandacht verdienen van de overheid. Het symposium werd gehouden ter gelegenheid van het aanbieden van het CEG-rapport *Signalering ethiek en gezondheid 2005* aan de staatssecretaris van VWS, mevrouw Clémence Ross-van Dorp. Omdat zij zelf verhinderd was, werd het eerste exemplaar in ontvangst genomen door ir Hans de Goeij, directeur-generaal Volksgezondheid. Het nieuwe rapport bevat zes signalementen over een breed scala aan onderwerpen. Twee daarvan werden op het symposium meer uitvoerig aan de orde gesteld. Om te beginnen de tendens dat zorgverleners steeds vaker gevraagd wordt patiëntinformatie te verstrekken in verband met een publiek belang, waaronder justitiële opsporing. De vraag is hoe zich dat verhoudt tot (het denken over) het beroepsgeheim. ‘Opsporing’ is ook een centrale notie bij het tweede onderwerp, maar dan in de zin van vroege opsporing van ziekten of risicofactoren. De mogelijkheden nemen toe, maar wat is zinvol en wat zou met name de rol van de huisarts in die ontwikkeling kunnen zijn?

Over beide onderwerpen werd een inleidende lezing gehouden, gevolgd door een als oefening in ‘moreel beraad’ gestructureerde paneldiscussie onder leiding van de Maastrichtse filosoof

Drs RAA Zwierts is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Bert Molewijk. Het panel bestond uit Flory Bruggeman (psychiater), Wilma Duijst (docente gezondheidsrecht), Dick Willems (hoogleraar medische ethiek), Floris Sanders (voorzitter RVZ), Godelieve van Heteren (Tweede-Kamerlid PvdA) en Joke Lanphen (huisarts). Dagvoorzitter was Inez de Beaufort (hoogleraar medische ethiek).

### Beroepsgeheim

Het eerste onderwerp – ‘Het beroepsgeheim versus andere belangen’ – werd ingeleid door Ernst de Jong van KBS advocaten. De Jong introduceerde de casus van de Biltse serieverkrachter. Hoe zou een hulpverlener hiermee om moeten gaan? Mag hij deze man aangeven? Of moet hij het beroepsgeheim bewaren?

Het belang van het beroepsgeheim moet worden afgewogen tegen de belangen die samenhangen met doorbreking van het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim gold altijd als min of meer heilig en tot dusverre werd er dan ook niet aan getornd. Het beroepsgeheim dient twee belangen: het individuele belang van de patiënt die een hulpvraag heeft en daarvoor behandeld wil worden en daarnaast het collectieve belang dat iedereen zich ter behandeling bij de gezondheidsdienst moet kunnen melden. Deze twee belangen zijn uitgewerkt in een zwijgplicht en een verschoningsrecht. Een hulpverlener moet zwijgen over alles dat hij in een behandelrelatie te weten komt over een patiënt. Daarnaast kan de hulpverlener zich beroepen op zijn verschoningsrecht om tegenover de rechter te kunnen blijven zwijgen. Bovendien ontslaat het beroepsgeheim de hulpverlener (in beginsel) van de aangifteplicht bij ernstige misdrijven. Ook inbeslagname van medische gegevens is niet toegestaan. De zwijgplicht geldt onder meer voor artsen, tandartsen fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers en ergotherapeuten. Ook buiten de gezondheidszorg zijn er beroepen die het beroepsgeheim kennen, zoals advocaten, notarissen en priesters. Voor al deze beroepen kun je je afvragen of de zwijgplicht wel zou moeten blijven gelden.

Tegenover het beroepsgeheim staan andere belangen. Als het beroepsgeheim wordt geschonden, kunnen sommige misdrijven worden opgelost en andere worden voorkomen. Fraude bij verzekeringen kan dan beter worden opgespoord, en testamenten van wilsonbekwame ouders kunnen beter worden aangevochten. De doorbreking van de zwijgplicht is in sommige gevallen wettelijk geregeld: bijvoorbeeld wanneer de patiënt of diens vertegenwoordiger daarvoor toestemming heeft gegeven, of wanneer de rechter beslist dat het beroep op het verschoningsrecht niet gehonoreerd kan worden. Voor infectieziekten (zoals rode hond) geldt er zelfs een meldplicht. Een wijdverspreid misverstand is dat zwijgplicht doorbroken mag worden bij een conflict van plichten. Ook dan moet echter het uitgangspunt zijn: zwijgen. Het staat de degene over wie het beroepsgeheim wordt doorbroken altijd vrij om hiervan aangifte te doen bij de betreffende tuchtraad. Hulpverleners zijn daarom in de praktijk terughoudend in het melden van misstanden. Doorbreking van de zwijgplicht kan pas overwogen worden, wanneer een ander belang evident hoger wordt ingeschat. Het is vooral geaccepteerd wanneer ernstige schade voor anderen kan worden voorkomen, zoals bij kindermishandeling. Hiervoor geldt overigens ook een wettelijke regeling, maar ook in dit geval is het doorbreken van de zwijgplicht niet zonder risico voor de zorgverlener.

Inleider Ernst de Jong zag ruimte voor nieuwe uitgangspunten. De zwijgplicht zou niet voor alle beroepsgroepen of situaties in even sterke mate hoeven te gelden. Ook zou er meer ruimte moeten zijn voor weging van belangen. Wordt de kans op recidive hoog ingeschat, dan zou de hulpverlener het beroepsgeheim moeten doorbreken. Bij een lage risico-inschatting prevaleert het beroepsgeheim. Verder vroeg De Jong zich af waarom de vrije toegang tot de zorg onder alle omstandigheden heilig zou moeten zijn. Waarom vinden we het zo belangrijk dat iemand - ongeacht wat hij op zijn kerfstok heeft of gaat hebben - zich bij een hulpverlener moet kunnen melden, onder bescherming van het beroepsgeheim? Waarom zouden al die andere belangen daarvoor moeten wijken?



## Melden of niet melden?

Na de lezing van De Jong kreeg het panel de volgende casus voorgelegd:

Psychotherapeut B. treedt op als behandelaar van de heer A., die tot TBS is veroordeeld wegens het plegen van een groot aantal gewelddadige misdrijven. Deze misdrijven pleegt A. vooral onder invloed van alcohol en heroïne. Vanwege goede resultaten van de behandeling is de verpleging van A. onder voorwaarden beëindigd. Een van die voorwaarden is dat A. zich zal onthouden van alcohol- en drugsgebruik en in therapie zal blijven bij B. Enkele weken later gaat A. opnieuw heroïne en bier gebruiken. Hij wordt hier agressief van en uit tegenover B. het dreigement een kennis van hem te vermoorden. Om zijn woorden kracht bij te zetten, toont hij aan B. het wapen waarmee hij de moord wil begaan. Dit blijkt slechts een alarmpistool te zijn. De psychotherapeut reageert met het voorschrijven van methadon, waar A. eerder goed op reageerde. Ook neemt hij het alarmpistool in.

Het dilemma: B. twijfelt of hij het dreigement ook nog moet melden aan het OM. Als hij dit doet is de vertrouwensrelatie geschaad. De tot nu toe succesvolle therapie en de poging de escalatie met methadon te voorkomen, zijn dan gedoemd te mislukken. Als hij A. niet aangeeft, bestaat het risico dat de man zijn dreigement uitvoert.

Het panel kwam niet tot een eensluidend oordeel over de vraag: melden of niet melden. Sommigen zouden het voorval melden, al dan niet op grond van een risico-inschatting van de kans op recidive, aangezien de samenleving moest worden beschermd tegen de mogelijke schade. Deze waren bereid de schade aan de privacy van de patiënt en aan de onderlinge vertrouwensrelatie op de koop toe te nemen. Andere panelleden waren nog niet overtuigd van de ernst van de dreiging en zouden in de eerste instantie er voor kiezen het beroepsgeheim bewaren en de behandeling met methadon voort te zetten. Wel zouden ze hun zorgen met de patiënt bespreken.

### Screening in de huisartspraktijk

Het tweede onderwerp werd ingeleid door Pim Assendelft (hoogleraar huisartsgeneeskunde LUMC). Preventie, onder meer door vroege opsporing (screening) van ziekte of risicofactoren, wordt al heel lang gezien als belangrijke taak van de huisarts. Maar de mogelijkheden daartoe breiden zich meer en meer uit en de vraag is wat op dit terrein wel en niet van de huisarts mag worden verwacht. In de beroepsgroep zelf is de discussie daarover al langer gaande.

Vroege opsporing richt zich op mensen die nog geen klachten hebben. De huisarts is de enige arts met wie deze groep al een lopende relatie heeft. Dat maakt een screeningsaanbod door de huisarts bijzonder toegankelijk en laagdrempelig. Het algemene publiek staat ook zeer positief tegenover dergelijke activiteiten. Men verwacht daar veel van en heeft weinig oog voor de negatieve gevolgen die screening ook kan hebben. In een recent onderzoek bleek 72 procent van de ondervraagden (tegenover slechts 18 procent van de huisartsen) het eens met de stelling: 'bijna alle ziekten zijn goed te genezen als ze maar in een vroeg stadium worden ontdekt'. De stelling: 'beter duizend mensen voor niets onderzocht dan bij één patiënt iets ernstigs over het hoofd gezien' kreeg steun van maar liefst 87 procent van de ondervraagden uit de algemene bevolking, tegenover slechts 10 procent van de huisartsen.

Screening kan in de huisartspraktijk op verschillende manieren gebeuren: bij programmatisch bevolkingsonderzoek worden mensen uit de doelgroep actief benaderd en uitgenodigd voor onderzoek, bij *case-finding* wordt onderzoek aangeboden op het moment dat de cliënt toch al de huisarts bezoekt. In beide gevallen is er een belangrijk verschil met de gewone medische zorg: het gaat om een aanbod op initiatief van de arts, niet om een medisch antwoord op een klacht of vraag van de patiënt. Dat maakt het des te belangrijker dat dat aanbod een bewezen meerwaarde heeft voor de personen die er mee worden benaderd.

Omdat screening ongevraagd wordt aangeboden, luistert het ook heel nauw dat mensen er niet mee worden overvallen. Voorko-

men moet worden dat het aanbod onnodige bezorgdheid opwekt en uitbuit. Hier kan de bijzondere positie van de huisarts in twee richtingen werken. Enerzijds is niet denkbeeldig dat een aanbod dat men krijgt van zijn huisarts wordt opgevat als iets dat dus wel nodig zal zijn. Of dat men zich niet vrij voelt om het af te wijzen. Anderzijds is juist de huisarts in staat informatie over aandoeningen, risico's en de zin van screening voor zijn patiënten in perspectief te plaatsen.

*Case-finding* sluit goed aan bij de vraaggerichte manier van werken waaraan huisartsen gewend zijn. Het belangrijkste nadeel is echter het gebrek aan structuur. Het kan lastig zijn de hele doelgroep te bereiken, voldoende tijd in te bouwen voor informatie en advies, of te voorzien in noodzakelijke *follow-up*. Ook is het bij die aanpak minder goed mogelijk gebruik te maken van praktijkondersteuning. Omdat screening hoge eisen stelt aan deskundigheid, communicatie en organisatie, lijkt een programmatische aanpak de voorkeur te verdienen. De keuze voor een beperkt screeningspakket dat landelijk wordt georganiseerd kan de noodzakelijke training vereenvoudigen en voorkomen dat prioriteiten worden bepaald door mogelijkheden die zich toevallig aandienen, zoals ondersteuning vanuit de farmaceutische industrie.

Van groot belang is ook dat over het hele traject, inclusief het eventuele vervolgonderzoek, goede afspraken zijn gemaakt. Screening in de eerste lijn heeft weinig zin als onzeker is of iemand met een positieve uitslag binnen afzienbare tijd bij de specialist terecht kan. Zolang veel vervolgtrajecten verstopt zitten, onvoldoende gefinancierd of anderszins ontoegankelijk zijn, is het begrijpelijk dat huisartsen terughoudend zijn met initiatieven op dit gebied. Een actuele vraag is ook hoe activiteiten op het gebied van preventie en screening passen in de manier waarop huisartsen in het nieuwe zorgstelsel invulling kunnen geven aan hun taak.

### Een jongen met overgewicht

In de casus die het panel vervolgens kreeg voorgelegd gaat het om het wel of niet aangrijpen van een mogelijkheid tot preventie van

### overgewicht en de gevolgen daarvan. Hoever moet de huisarts daarin gaan?

Mevrouw B, 45 jaar, van Turkse afkomst, komt bij de huisarts voor controle van haar beginnende diabetes type 2 (ouderdomssuiker). Zij heeft een matig overgewicht. De huisarts heeft haar daar al eens op aangesproken, maar dit heeft geen merkbaar effect gehad. Omdat mevrouw B. zelf geen Nederlands spreekt, heeft zij haar 17-jarige zoon M. meegenomen, die als tolk fungeert. Het valt de huisarts op dat M. op het oog tekenen van obesitas (vetzucht) vertoont. M. heeft verder een goede gezondheid en komt vrijwel nooit zelf op het spreekuur.

De huisarts twijfelt wat goed is om te doen. Er wordt momenteel erg veel nadruk gelegd op het bestrijden van overgewicht bij kinderen, omdat dit mogelijk een oorzaak kan zijn van het steeds jonger voorkomen van ouderdomssuiker in de bevolking. Moet de huisarts zich daarom ongevraagd bemoeien met M's overgewicht – ook al heeft die daar (nog) geen klachten over – en hem bijvoorbeeld adviseren zijn voedingspatroon en leefwijze te veranderen? Of moet de huisarts afwachten totdat M. zelf met klachten (al dan niet gerelateerd aan zijn overgewicht) op het spreekuur komt?

In grote lijnen waren de panelleden het met elkaar over deze casus eens: bovenal was terughoudendheid geboden ten aanzien van het benoemen van de vetzucht van de jongen, zeker omdat hij als tolk meekwam. De eerste aandacht zou (ook gegeven de beperkte beschikbare tijd) moeten uitgaan naar de hulpvragende moeder en haar ziekte. Wel hadden de panelleden verschillende strategieën om met de toestand van de jongen om te gaan. Dit varieerde van negeren, het afwachten van een andere kans, het plaatsen van een terloopse opmerking (wat doe je aan sport?) algemene informatie verstrekken over de risico's van overgewicht, tot het uitnodigen van de jongen om er nog een keertje over te komen praten.

## Nieuwe vice-voorzitter

In maart 2005 stemde de ministerraad in met de benoeming van **prof. dr ir Daan Kromhout** tot vice-voorzitter van de Gezondheidsraad. Officieel zal de heer Kromhout, die het vice-voorzitterschap combineert met een hoogleraarschap bij de Wageningen Universiteit, de functie met ingang van 1 september 2005 vervullen. Inmiddels heeft hij al in verscheidene gremia van de raad en bij het secretariaat *acte de présence* gegeven. Overigens was Daan Kromhout al geruime tijd actief binnen de Gezondheidsraad. Elders in dit nummer treft u een interview met de nieuwe vice-voorzitter aan.

## Nieuwe algemeen secretaris

Per 1 oktober 2005 zal **ir Anneke Wijbenga** aantreden als algemeen secretaris van de Gezondheidsraad. Mevrouw Wijbenga is voor de Gezondheidsraad geen onbekende. Zij is vice-voorzitter van de Beraadsgroep Gezondheid en omgeving en daarmee ook lid van de Presidiumcommissie, was lid van de Beraadsgroep Ecotoxicologie en fungeerde als voorzitter van verscheidene Gezondheidsraadcommissies. Anneke Wijbenga studeerde biologie met toxicologie en milieukunde als specialisaties aan de Landbouw Universiteit te Wageningen en milieuchemie en toxicologische chemie aan de Universiteit van Amsterdam. Aan de Columbia University in New York bekwaamde zij zich in *Environmental Health* en *Urban ecology*. Vervolgens werkte ze bij het International Register of Potentially Toxic Chemicals van de UNEP te Genève en daarna, tot op heden, bij de Provincie Zuid-Holland. Daar leidt ze het Bureau Strategie, Milieubeleid en Veiligheid. Voor het volgende nummer van *Graadmeter* staat een interview met de nieuwe algemeen secretaris gepland.

## Vertrekkende medewerkers

Op 1 september 2005 gaat **Marijke Kouwenberg-Rietbroek** van haar pensioen genieten. Zij maakt gebruik van de speciale FPU+-regeling die vorig jaar aan rijksambtenaren is aangeboden. Marijke Kouwenberg kwam het secretariaat versterken in oktober 1988. Zij vervulde de functie van secretaresse van raadsvoorzitter Ginjaar. De afgelopen jaren was zij secretaresse van de algemeen secretaris.

Ook **May Los-van Dintel** verlaat per 1 september het secretariaat van de raad via de FPU+-regeling. May Los behoort tot de slinkende groep van 'oudgedienden'. Zij begon dertig jaar geleden, in januari 1976, als documentalist bij het secretariaat. Dat was in een tijd dat de elektronische raadpleging van literatuur *databases* nog in de kinderschoenen stond. De laatste jaren fungeerde May Los als *management*-assistent.



Elke zomer toont Gr-Galerie reisfoto's van één van de medewerkers van het secretariaat. Dit jaar zijn tot september foto's van Sies Dogger te zien, die hij maakte tijdens verschillende bezoeken aan Thailand. (MdW)

# Gezondheidszorg



# Gezondheidsraad adviseert over arbeidsongeschiktheid

MdW Nieuwe richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding ('3B-richtlijnen') die door alle betrokken beroepsgroepen gedragen worden, kunnen de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bevorderen. De verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming is bovendien gebaat bij de opbouw van 'mediprudentie'. Dat is de kern van het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* dat de Gezondheidsraad op 22 juli 2005 heeft uitgebracht in antwoord op een adviesaanvraag van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en zijn collega van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* (2005/10) is te downloaden vanaf [www.gr.nl](http://www.gr.nl) en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Het advies opent met een korte geschiedenis van het arbeidsongeschiktheidsprobleem in Nederland en geeft vervolgens een beknopt overzicht van de stand van de wetenschap inzake het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Er zijn veel initiatieven genomen om de samenwerking tussen behandelaars en bedrijfsartsen te verbeteren. Verzekeringsartsen nemen tot nu toe echter een betrekkelijk geïsoleerde positie in. De Gezondheidsraad stelt voor om de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verhogen door voor de verschillende aandoeningen overkoepelende 3B-richtlijnen te ontwikkelen. Deze kunnen ook de verzekeringsgeneeskundige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling na twee jaar ziekte ondersteunen. Verder pleit de raad voor de opbouw van verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie', naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht.

## Samenstelling commissie:

- prof. dr JA Knottnerus; voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag;  
hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht;  
*voorzitter*
- prof. dr WJJ Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Leids  
Universitair Medisch Centrum
- dr WEL de Boer, verzekeringsarts; senior onderzoeker/adviseur  
TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
- prof. dr MHW Frings-Dresen, hoogleraar beroepsziekten;  
Academisch Medisch Centrum; Coronel Instituut voor  
Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
- prof. dr JW Groothoff, hoogleraar arbeid en gezondheid;  
Universitair Medisch Centrum, Groningen
- prof. dr JWM Hazes, hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch  
Centrum, Rotterdam
- dr JJL van der Klink, bedrijfsarts en psycholoog; programma-  
directeur Netherlands School of Public & Occupational  
Health, Amsterdam
- dr H Kroneman, verzekeringsarts; medisch adviseur UWV,  
Amsterdam
- prof. dr E Lindeman, hoogleraar revalidatie; Universitair  
Medisch Centrum, Utrecht
- prof. dr AH Schene, hoogleraar psychiatrie; Academisch  
Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr ir T Smid, hoogleraar arbeidsomstandigheden;  
Vrije Universiteit, Amsterdam; senior adviseur KLM  
Arbo Services, Schiphol
- dr B Sorgdrager, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor  
Beroepsziekten, Amsterdam
- prof. dr JHBM Willems, bijzonder hoogleraar sociale  
verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch  
Centrum, Amsterdam; programmadirecteur TNO  
Kwaliteit van Leven, Delft
- drs L van Rossum du Chattel; Ministerie van Sociale  
Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; *adviseur*
- dr JND de Neeling, epidemioloog; Gezondheidsraad,  
Den Haag; *secretaris*
- AHJM Sterk, verzekeringsarts; Gezondheidsraad, Den  
Haag; *secretaris*

## Installatie commissie MRSA

MRSA is een ziekenhuisbacterie en staat voor Meticilline Resistente *Staphylococcus aureus*, een bacterie die resistent is geworden voor gebruikelijke antibiotica. MRSA moet niet verward worden met de Clostridium ziekenhuisbacterie die recent in het nieuws was. Een MRSA-besmetting kan sepsis en wondinfecties tot gevolg hebben. Gevolgen daarvan zijn een langere verblijfsduur, verpleging in isolatie en behandeling met giftiger en minder effectieve antibiotica. Onduidelijk is of ook de sterfte door besmetting met MRSA toeneemt.

In Nederland is er een beleid dat omschreven wordt als de ‘zoek-en-vernietig’- (*‘search and destroy’*) strategie. Dit houdt in dat bij een vermoeden van MRSA de bron van de bacterie wordt opgespoord en uitgebannen. De uitvoering van dit beleid vergt veel inspanningen van patiënten en personeelsleden in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Een besmetting met MRSA heeft vaak ingrijpende gevolgen voor een patiënt, zoals hierboven al beschreven. Maar ook voor de instelling kunnen de gevolgen aanzienlijk zijn. Een grote uitbraak kan zelfs tot (tijdelijke) sluiting van een afdeling leiden.

In de ons omringende landen is de prevalentie van MRSA vele malen hoger en is er vaak geen sprake van een landelijk gecoördineerd beleid. Onduidelijk is wat de gevolgen hiervan zijn voor de Nederlandse MRSA-prevalentie.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de stand van wetenschap ten aanzien van het MRSA-vraagstuk en over mogelijke consequenties voor de volksgezondheid. Hij wil ook graag geïnformeerd worden over de gevolgen voor de kosten bij zowel het handhaven als het loslaten van het huidige beleid en over de meest wenselijke aanpak van de MRSA-bestrijding in Nederland.

Dr PMM Beemsterboer is  
secretaris bij de Gezondheids-  
raad.

Om deze vragen te beantwoorden heeft de vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, prof dr M de Visser, op 30 juni 2005 de Commissie MRSA geïnstalleerd. Hierin hebben zitting:

- |  |   |
|--|---|
| prof. dr JE Degener, hoogleraar medische microbiologie;<br>Universitair Medisch Centrum Groningen; <i>voorzitter</i>                 | dr JAJW Kluytmans, medisch microbioloog; Amphia<br>ziekenhuis, Breda  |
| M Bilkert-Mooiman, inspecteur-hygiënist; Inspectie voor de<br>Gezondheidszorg, Den Haag; <i>adviseur</i>                             | dr M Koopmanschap, gezondheidseconoom; Erasmus<br>MC, Rotterdam   |
| prof. dr PJ van den Broek, hoogleraar infectieziekten; Leids<br>Universitair Medisch Centrum   | drs R Simons, verpleegkundig bestuurder; Academisch<br>Medisch Centrum, Amsterdam   |
| prof. dr HJM Cools, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde; Leids<br>Universitair Medisch Centrum  | prof. dr CMJE Vandenbroucke-Grauls, hoogleraar<br>medische microbiologie; Academisch Medisch<br>Centrum en Vrije Universiteit Medisch Centrum,<br>Amsterdam |
| dr HJ Grundmann, medisch microbioloog/infectieziekten-<br>epidemioloog; Rijks Instituut voor Volksgezondheid en<br>Milieu, Bilthoven | prof. dr HA Verbrugh, hoogleraar medische micro-<br>biologie; Erasmus MC, Rotterdam   |
| drs P ten Ham, sociaal geneeskundige; GGD Midden Holland,<br>Gouda   | dr PMM Beemsterboer; Gezondheidsraad, Den Haag;<br><i>secretaris</i>  |

## Nieuw advies gevraagd over pneumokokken

Op 31 mei 2005 vroeg de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Gezondheidsraad advies over vaccinatie van zuigelingen tegen pneumokokken. Concreet gaat het om de vraag of wetenschappelijk is aangetoond dat met drie in plaats van vier injecties voldoende bescherming verkregen kan worden. Door herziening van prioriteiten kon de advisering op korte termijn worden aangevat door de commissie Herziening van het Rijksvaccinatieprogramma.

Dr H Houweling is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad adviseerde eerder, in januari 2002, om vaccinatie tegen pneumokokken op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Kinderen zouden een prik moeten krijgen op de leeftijd van twee, drie en vier maanden en een herhalingsinjectie rond de leeftijd van één jaar. De toenmalige minister van VWS nam het advies over, maar de kosten van het vaccin hebben implementatie tot nog toe in de weg gestaan. In het advies besprak de Gezondheidsraad al de mogelijkheid van een drieprikken-schema. Indien de effectiviteit vaststaat, verdient een schema van drie prikken naar het oordeel van de Gezondheidsraad de voorkeur boven een schema van vier prikken, vanwege de geringere belasting van ouders en kinderen, het geringere beslag op ruimte in het al tamelijk volle vaccinatieprogramma en de geringere kosten. Een dergelijk schema kon op dat moment echter niet wetenschappelijk onderbouwd worden. De vraag is dus of wetenschappelijke gegevens die sindsdien beschikbaar zijn gekomen nu wel een positief advies over een drieprikken-schema mogelijk maken.

In de Commissie Herziening van het Rijksvaccinatieprogramma die het advies gaat opstellen, hebben zitting:

- prof. dr EJ Ruitenbergh, hoogleraar immunologie aan de Universiteit Utrecht; hoogleraar internationale volksgezondheid aan de Vrije Universiteit, Amsterdam; *voorzitter*
- A Ambler-Huiskes; Inspectie voor de Gezondheidszorg; *adviseur*
- drs DJA Bolscher, jeugdarts; Stichting Provinciale Entadministratie Gelderland, Arnhem; Stichting Provinciale Entadministratie Overijssel-Flevoland, Ommen
- ir G van 't Bosch; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; *adviseur*
- prof. dr W van Eden, arts-microbioloog / hoogleraar veterinaire immunologie; Universiteit Utrecht
- dr K Groeneveld, medisch immunoloog; Gezondheidsraad, Den Haag; *adviseur*
- prof. dr R de Groot, hoogleraar kindergeneeskunde; Universiteit Nijmegen
- prof. dr J Huisman, emeritus hoogleraar infectieziektenbestrijding, Rotterdam
- dr HE de Melker, epidemioloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; *adviseur*
- dr TGWM Paulussen, senior-onderzoeker gezondheidsbevordering; TNO PG, Leiden
- dr MJ Postma, gezondheidseconoom; Rijksuniversiteit Groningen
- dr F Pijpers, hoofd Jeugdgezondheidszorg; GGD Amsterdam.
- prof. dr JJ Roord, hoogleraar kindergeneeskunde; Vrije Universiteit, Amsterdam
- prof. dr JL Severens, hoogleraar gezondheidseconomie; Universiteit Maastricht
- prof. dr BH Stricker, hoogleraar farmaco-epidemiologie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof. dr SP Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; Universiteit Leiden; TNO PG, Leiden
- dr HP Verbrugge, jeugdarts; Santpoort
- dr M Verweij, ethicus; Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht
- drs ACG Voordouw; College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Den Haag; *adviseur*
- dr HL Zaaijer, arts-microbioloog; Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr H Houweling, arts-epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

# Voeding

## Reactie minister op advies over alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding

Het advies *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding* (2004/22) verscheen op 27 januari 2005. Minister Hoogervorst heeft op 15 juni 2005 schriftelijk gereageerd op dit advies. Na een korte weergave van de achtergronden van het advies, de in het advies beschreven onderzoeksresultaten, de conclusies die de Gezondheidsraad daaruit trok en de reacties die het advies heeft losgemaakt, komt de minister tot zijn standpunt.

Dr ir CJK Spaaij is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De minister stelt dat het advies van de Gezondheidsraad om de voorlichting over conceptie en zwangerschap primair te richten op niet-drinken een wetenschappelijk goed gefundeerde keuze is voor de enige veilige optie.

De minister ondersteunt de wens van de Gezondheidsraad dat alle voorlichtingsinstanties en beroepsbeoefenaren voortaan één gelijkkluidende boodschap over alcoholgebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding gaan uitdragen. De minister heeft met tevredenheid kennisgenomen van het feit dat de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) het advies onderschrijft en dat de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de conclusies van het advies overneemt. De laatstgenoemde organisatie tekent daarbij aan dat naar haar oordeel van incidenteel gebruik van een beperkte hoeveelheid alcohol (dus bij uitzondering een enkel glas alcoholhoudende drank) tijdens de zwangerschap geen nadelige effecten aangetoond of bewezen zijn. De minister merkt op dat de nieuwe brochure voor aanstaande ouders van het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) gebaseerd is op het advies van de Gezondheidsraad en dat ook de vernieuwde folder van de Stichting Alcohol Preventie (STAP) het advies grotendeels volgt. De minister gaat er dan ook van uit dat alle betrokken instanties zich zullen gaan vinden in één gelijkkluidende voorlichtingsboodschap.



De minister zal bevorderen dat het advies van de Gezondheidsraad wordt meegenomen in de uitvoering van het lopende masterplan borstvoeding van het Voedingscentrum. Dit project heeft als doel om het geven van borstvoeding te bevorderen. Het project kent een platform waarin alle partijen die nauw betrokken zijn bij de borstvoedingszorg periodiek samenkomen.

Eén van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad is een richtlijn op te stellen voor het navragen van het alcoholgebruik bij paren met een kindwens. De minister vindt dit een belangrijk punt en heeft dan ook met belangstelling kennisgenomen van het plan van de NVOG haar Commissie Richtlijnen te vragen zich te buigen over het opstellen van een richtlijn over alcoholgebruik en zwangerschap.

Ten slotte geeft de minister aan de ontwikkelingen op dit gebied te zullen blijven volgen.

# Milieu

# Gezondheid en milieu: mogelijkheden van monitoring

In augustus 2003 bracht de Gezondheidsraad, op verzoek van de bewindslieden van VROM en VWS, het advies *Gezondheid en Milieu: mogelijkheden van monitoring* uit. In zijn brief aan de Tweede Kamer van 16 juni jongstleden heeft staatssecretaris van Geel, mede namens de minister van VWS, op het advies gereageerd. Eén van de redenen dat deze reactie langer dan gebruikelijk op zich heeft laten wachten, waren de internationale ontwikkelingen op dit gebied. De bewindslieden geven aan veel van de aanbevelingen uit het Gezondheidsraadadvies inmiddels te hebben overgenomen of nog te zullen verkennen.

Drs M Drijver is secretaris bij de Gezondheidsraad.

## Voorwaarden voor monitoring

In het advies is geformuleerd onder welke voorwaarden monitoringprogramma's bruikbaar zijn voor het beleid op het terrein van milieu en gezondheid. De bewindslieden hebben toegezegd deze criteria uit het advies te hanteren bij het beoordelen van voorstellen voor monitoring.

## Bruikbaarheid van bestaande monitoringprogramma's

De Gezondheidsraad heeft een inventarisatie laten uitvoeren van relevante indicatoren en monitoringprogramma's. De raad concludeerde dat er maar weinig bestaande programma's zonder meer bruikbaar zijn voor de onderscheiden toepassingen. Het advies om de gegevensverzameling zoveel mogelijk af te stemmen en ook internationaal te standaardiseren wordt door de bewindslieden onderschreven en toegepast. De raad constateerde dat de verwachtingen van monitoring over het algemeen te hoog gespannen zijn.

De bewindslieden zijn het met de raad eens dat het belangrijk is stil te staan bij de vraag of monitoring wel het antwoord geeft op de specifieke vraag, of dat gericht onderzoek in sommige situaties meer aangewezen is.

#### Aanvulling van bestaande monitoringprogramma's

De Gezondheidsraad constateerde een gebrek aan gegevens over de kwaliteit van het binnenmilieu. Conform de aanbeveling van de raad voert het ministerie van VROM momenteel in een groot aantal woningen binnenmilieumetingen uit. Al naar gelang de uitkomsten daarvan zal de staatssecretaris de opzet van een binnenmilieumeetnet overwegen.

De raad betreurde het dat het biomonitoringprogramma naar de lichaamsbelasting met persistente verbindingen is gestopt. De bewindslieden zeggen toe nieuwe mogelijkheden voor biomonitoring verder te willen onderzoeken. Alvorens een nieuw biomonitoringprogramma te starten wil Nederland echter de resultaten afwachten van een Europees pilotproject, dat in 2006 van start gaat.

#### Koppeling van monitoringprogramma's

In zijn advies gaf de Gezondheidsraad aan dat koppeling van milieu- en gezondheidsregistraties alleen onder bepaalde voorwaarden een meerwaarde heeft. Dat kan het geval zijn bij onderzoek naar specifieke ziekteclusters in relatie tot lokale milieufactoren. In die situaties kan de privacyregelgeving een snelle toegankelijkheid van gezondheidsregistraties echter in de weg staan. De bewindslieden zeggen toe de mogelijkheden te verkennen om dit probleem op te lossen, zonder dat de vertrouwelijkheid van de individuele gezondheidsgegevens in het geding komt.

### Bundeling en onsluiting van ‘meta-informatie’

Met de Gezondheidsraad zijn de bewindslieden van mening dat informatie uit meet- en registratieprogramma's slechts één van de elementen is van een kennissysteem. Daarom hebben de bewindslieden opdracht gegeven om, conform het advies, een signaleringsplatform op te zetten voor een eerste beoordeling van mogelijke nieuwe gezondheidsrisico's van milieufactoren, evenals voor het opzetten van een expertiseplatform voor gezondheids- en milieumonitoring. Daarnaast laten de bewindslieden nagaan hoe het door de raad aanbevolen kennis- en informatiecentrum op het gebied van milieu en gezondheid het beste kan worden opgezet.

## Installatie Commissie Stiltegebieden

MvdB In een brief van 21 februari 2005 vroeg de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu de voorzitter van de Gezondheidsraad om advies over de betekenis van stiltegebieden voor de gezondheid en het welbevinden van mensen. Het gaat daarbij zowel om de in het verleden aangewezen 'stiltegebieden' als om andere nu nog relatief stille gebieden op het platteland en in de stad. De staatssecretaris vraagt de raad om aan te geven wat er bekend is over de gezondheidsbevorderende invloed van de aanwezigheid en bereikbaarheid van stille gebieden of stille zones in de (directe) leefomgeving. Ook wil hij weten wat er bekend is over behoeften bij de bevolking aan stilte. Hebben sommige mensen meer behoefte aan stilte dan andere, bijvoorbeeld omdat zij gevoeliger zijn voor geluidsoverlast? Tot slot vraagt de staatssecretaris of uit de bestaande kennis maten of criteria afgeleid kunnen worden om 'stiltegebieden' en andere 'stille' gebieden in de praktijk te beoordelen en hoe daarbij om te gaan met het onderscheid tussen gebiedseigen en gebiedsvreemd geluid.

De voorzitter van de Gezondheidsraad installeerde op 7 juli de Commissie Stiltegebieden. De commissie heeft tot taak een beknopt agenderend advies op te stellen aan de hand van de resultaten van een door haar voor te bereiden (besloten) werkconferentie.

Samenstelling commissie:

dr F Woudenberg, GGD Rotterdam e.o. Cluster Milieu& Hygiene, Rotterdam, *voorzitter*  
 drs CM Goossen, Alterra Wageningen Universiteit Research, Wageningen  
 dr SA Janssen, TNO Bouw en Ondergrond, Delft  
 dr I van Kamp, RIVM, Bilthoven  
 prof. dr AM van Oers, Universiteit Tilburg, Faculteit der Sociale wetenschappen

ir GP van den Berg, Natuurkundewinkel Universiteit Groningen, Groningen  
 ir M van den Berg, Ministerie van VROM/DGM, Den Haag; *adviseur*  
 drs MMHE van den Berg; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

## Beoordelingskader risicogroepen

WFP In zijn reactie naar de Tweede Kamer op het advies *Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen* van 22 februari jl. had de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het al aangekondigd: hij zou de Gezondheidsraad andermaal om advies vragen over de vraag of bepaalde groepen uit de bevolking in hun contact met het milieu of bij het gebruik van consumentenproducten meer risico lopen dan andere (zie *Graadmeter 2005/3*). Inmiddels heeft de bewindsman, mede namens de staatssecretaris van milieubeheer, de daad bij het woord gevoegd. Op 10 juni ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad de betreffende adviesaanvraag.

In deze uitgebreide brief vragen de bewindslieden de Gezondheidsraad een beoordelingskader op te stellen om beargumenteerd vast te stellen wanneer een bepaalde groep van de samenleving als een risicogroep beschouwd kan worden. Ook vragen ze de raad een afwegingskader op te stellen waarmee bepaald kan worden wanneer voor een specifiek beleidsterrein rekening gehouden moet worden met bepaalde risicogroepen. De bewindslieden hebben vijf specifieke vragen:

- 1 Haalbaarheid: Is de huidige wetenschappelijke kennis toereikend voor de opstelling van een dergelijk uniform beoordelingskader om te beoordelen of er sprake is van een risicogroep? Kan er een afwegingskader vastgesteld worden om op uniforme wijze te beoordelen wanneer er met het opstellen van beleid of maatregelen rekening gehouden moet worden met specifieke risicogroepen?
- 2 Hoe zou het beoordelingskader eruit moeten zien om te kunnen bepalen of er specifieke risicogroepen zijn? Welke criteria/factoren zijn hierbij van belang? Hierbij kan gedacht worden aan factoren als blootstelling, optredende gezondheidseffecten of inschattingen hiervan, extra (fysieke of gedrags)factoren die blootstelling, risico of gevoeligheid vergroten bij specifieke groepen en cumulatie van verschillende stressfactoren. Welke risicogroepen kunnen gedefinieerd worden?

- 3 Welke aspecten/overwegingen/criteria zijn van belang voor een afwegingskader om te bepalen wanneer binnen beleidsvelden extra aandacht voor één of meerdere specifieke risicogroepen noodzakelijk is. Hoe zou een dergelijk afwegingskader eruit moeten zien om dit op uniforme wijze voor verschillende beleidsterreinen te bepalen?
- 4 Kunt u voor het milieu- en consumentenbeleid relevante beleidsvelden benoemen, waarbij volgens het door u opgestelde algemene afwegingskader rekening gehouden zou moeten worden met specifieke risicogroepen, zodat toekomstig beleid bescherming zal bieden aan alle burgers inclusief deze speciale risicogroepen? Kunt u met behulp van het beoordelingskader ook aangeven wat de specifieke risicogroepen voor deze beleidsvelden dan zouden zijn? Vanwege de breedte van de huidige aanvraag wordt de Gezondheidsraad gevraagd het beoordelings- en afwegingskader toe te passen op enkele voor het milieu- en gezondheidsbeleid relevante cases.
- 5 Kunt u in het advies aangeven op welke wijze in de beleidsaanpak dan rekening gehouden zou moeten worden met specifieke risicogroepen en wat in algemene zin de gevolgen daarvan kunnen zijn voor bijvoorbeeld risico-beoordeling, normering, omgaan met overschrijding van normen en communicatie richting specifieke risicogroepen.

In hun brief leggen de bewindslieden een relatie tussen de huidige adviesaanvraag en het beoordelingskader *Gezondheid en Milieu*, het Gezondheidsraadadvies *Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen* en de nota *Nuchter omgaan met risico's*. Verder inventariseert het RIVM in 2005 nationale en internationale ontwikkelingen in de beoordeling van risico's van chemische stoffen voor kinderen. Het is de bedoeling dat de Gezondheidsraad deze publicaties in zijn advisering betreft.

Gezien het belang van het onderwerp zouden de bewindslieden graag nog dit jaar antwoord op hun vragen krijgen. Of dat lukt, is de vraag. De krappe middelen van de raad maken dat mogelijk pas in 2006 met dit advies kan worden begonnen. De voorzitter van de Gezondheidsraad overweegt de mogelijkheid de beantwoording via deeladviezen te laten verlopen.



# Arbeidsomstandigheden

## Risicoberekening geadviseerd voor compensatie bij longkanker na werken met asbest

Inademen van asbestvezels kan longkanker veroorzaken. Mensen met longkanker die vroeger met asbest hebben gewerkt, kunnen hun werkgever dan ook aanspreken op financiële compensatie voor hun ziekte. Maar asbest is lang niet de enige veroorzaker van kwaadaardige longtumoren. Het roken van sigaretten is veruit de belangrijkste oorzaak. Bij dit type schadeclaims speelt dan ook de vraag: hoe waarschijnlijk is het dat de blootstelling aan asbest bij het werk de tumor heeft veroorzaakt? In een advies dat op 26 juli 2005 werd aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, adviseert de Gezondheidsraad een methode.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

Het advies *Protocollen asbestziekten: longkanker* (2005/09) is te downloaden vanaf [www.gr.nl](http://www.gr.nl) en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Mensen met asbestziekten hebben de afgelopen jaren in toenemende mate getracht financiële compensatie voor hun ziekte te krijgen. Voor longvlieskanker (meso-thelioom) was daarbij de relatie met asbest duidelijk: indien iemand met asbest had gewerkt kon praktisch met zekerheid worden gesteld dat dat de oorzaak van de kwaadaardige tumor was. Maar bij longkanker ligt dat anders: andere oorzaken kunnen er ook zijn en, afhankelijk van de beroepsmatige asbestblootstelling, zelfs waarschijnlijker.

Om te becijferen wat de kans is dat een kwaadaardige longtumor is veroorzaakt door asbestblootstelling bij het werk – juristen spreken van de 'veroorzakingswaarschijnlijkheid' – zijn twee soorten gegevens nodig. In de eerste plaats informatie over de hoeveelheid asbestvezels die iemand in zijn werkzame leven heeft ingeademd. Daarnaast is informatie nodig over het extra risico op longkanker dat deze blootstelling aan asbest met zich meebrengt. Die gegevens zijn van belang voor het vaststellen van uit te keren bedragen bij financiële claims van longkankerpatiënten die met asbest hebben gewerkt (of van hun nabestaanden). De Gezondheidsraad adviseert over beide aspecten.

Voor de mate van blootstelling moet een ter zake deskundige arbeidshygiënist in kaart brengen in welke omstandigheden iemand heeft gewerkt, voor zover die tenminste nog te achterhalen zijn. Met de onvermijdelijke onzekerheden over de daadwerkelijke blootstelling aan asbest moet zoveel mogelijk volgens een bepaald systeem omgegaan worden.

Over het extra risico dat iemand heeft gelopen bij de veronderstelde blootstelling aan asbestvezels kunnen uit de wetenschappelijke literatuur schattingen worden afgeleid. Voor Nederland acht de Gezondheidsraad daarvoor 1 procent extra risico per ‘vezeljaar’ een verantwoorde waarde. Een vezeljaar is de hoeveelheid asbest waaraan iemand is blootgesteld bij inademing van 1 asbestvezel per kubieke centimeter lucht gedurende een arbeidsjaar. Op grond van informatie over de aard van deze vezels, in het bijzonder als met blauw of bruin asbest is gewerkt, kan een hoger percentage gerechtvaardigd zijn. Deze waarden zouden gehanteerd moeten worden voor rokers. Voor niet-rokende werknemers die longkanker hebben gekregen, is de kans dat asbest de boosdoener is groter dan voor rokers. Volgens de Gezondheidsraad ligt het in de rede om bij hen uit te gaan van een groter extra risico per vezeljaar.

Met behulp van wetenschappelijk verantwoorde aannamen kan uit de cumulatieve blootstelling en het toepasselijke extra risico per vezeljaar de veroorzakingswaarschijnlijkheid worden bepaald, die weer maatgevend is voor de hoogte van een financiële compensatie.

#### Samenstelling commissie:

dr N van Zandwijk, longarts; Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam; *voorzitter*  
 prof. dr mr AJ Akkermans hoogleraar privaatrecht; Vrije Universiteit Amsterdam  
 prof. dr JWW Coebergh, hoogleraar kankersurveillance; Erasmus MC, Rotterdam  
 dr K Van Damme, arbeidsgeneesheer; voorzitter Fonds voor de Beroepsziekten; Brussel  
 prof. dr ir DJJ Heederik, hoogleraar gezondheidsrisicoanalyse; Universiteit Utrecht, Institute for Risk Assessment Sciences

prof. dr WJ Mooi, hoogleraar pathologie; Erasmus MC, Rotterdam  
 dr B Sorgdrager, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam  
 prof. dr EFM Wouters, hoogleraar longziekten; Academisch Ziekenhuis Maastricht  
 G Jambroes, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*  
 prof. dr WF Passchier, waarnemend algemeen secretaris Gezondheidsraad, Den Haag en bijzonder hoogleraar risico-analyse; Universiteit Maastricht; *adviseur* (vanaf 1 maart 2005)

## Blootstelling aan tin op de werkplek

AvdB In een op 9 juni 2005 uitgebracht advies aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, concludeert de Gezondheidsraad dat er onvoldoende gegevens zijn over tin en anorganische tinverbindingen om de gezondheidkundige gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan deze verbindingen in de lucht te beoordelen.

Tin wordt voornamelijk gebruikt als coating voor andere metalen, ter bescherming tegen corrosie. Daarnaast is het een component van legeringen. Er is zeer weinig bekend over de gezondheidseffecten van blootstelling aan tin en anorganische tinverbindingen via de lucht. Mensen die langdurig worden blootgesteld aan tin en tinverbindingen kunnen stoflongen ontwikkelen. Dit gaat echter niet gepaard met een verlies van de longfunctie. Over de gevolgen van orale blootstelling aan tin en tinverbindingen is iets meer bekend. Mensen kunnen hierdoor misselijk worden en diarree krijgen. Proefdieren kunnen na opname vertraagd worden in de groei, lichte bloedarmoede vertonen en kleine afwijkingen van de lever ontwikkelen. De commissie die het advies opstelde, betwijfelt echter of deze effecten ook na blootstelling via de lucht optreden. Het advies besluit daarom dat er onvoldoende gegevens zijn om voor tin en anorganische tinverbindingen een gezondheidkundige advieswaarde af te leiden.

De Commissie WGD licht de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor over de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan toxische stoffen. Het advies *Tin en anorganische tinverbindingen* is opgesteld in samenwerking met de Nordic Expert Group.

De publicatie *Tin and inorganic tin compounds (2005/06OSH)* is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl) en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Samenstelling commissie:

prof. dr GJ Mulder, toxicoloog; Universiteit Leiden, Leiden;  
*voorzitter*  
dr RB Beems, toxicologisch patholoog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven  
dr LJNGM Bloemen, epidemioloog; Environ, Nederland  
dr PJ Boogaard, toxicoloog; Shell International BV, Den Haag  
prof dr PJ Borm, toxicoloog; Centre of Expertise in Life Sciences, Hogeschool Zuyd, Heerlen  
mr JJAM Brokamp; Sociaal-Economische Raad, Den Haag;  
*adviseur*  
prof. dr ir DJJ Heederik, epidemioloog, IRAS, Utrecht  
dr TM Pal, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam  
prof. dr IMCM Rietjens, toxicoloog; Wageningen Universiteit,

Wageningen  
dr H Roelfzema; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*  
prof. dr ir T Smid, arbeidshygiënist; KLM Arbo Services BV, Schiphol en Vrije Universiteit, Amsterdam  
dr GMH Swaen, epidemioloog; Dow Benelux NV, Terneuzen  
dr RA Woutersen, toxicologisch patholoog; TNO Voeding, Zeist  
P Wulp, bedrijfsarts; Arbeidsinspectie, Groningen  
dr ASAM van der Burght, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*  
ir TMM Coenen, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*  
dr JM Rijkels, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

# Onvoldoende gegevens voor vaststellen van limiet bij blootstelling aan nicotine op het werk

Om te voorkomen dat bij werknemers gezondheidsschade optreedt door blootstelling aan stoffen, stelt de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een limiet aan de concentraties in de lucht op de werkplek. Hij baseert zich daarbij onder meer op een wetenschappelijke evaluatie van toxicologische gegevens door de Gezondheidsraad. In dat kader heeft de raad op 11 juli 2005 een advies gepubliceerd over beroepsmatige blootstelling aan nicotine, bij voorbeeld in de tabaksindustrie en bij de productie van nicotine-bevattende geneesmiddelen. Het gaat om een gerziening van een in 2004 gepubliceerd rapport over nicotine (2005/15OSH105). De conclusie van het nieuwe advies is dat er op dit moment onvoldoende betrouwbare gegevens beschikbaar zijn om een limiet te kunnen aanbevelen.

Drs JTJ Stouten is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De Engelstalige publicatie *Nicotine (2000/15OSH/105(R))* is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl) of te bestellen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

## Samenstelling commissie:

prof. dr VJ Feron, emeritus hoogleraar toxicologie; Zeist, *waarnemend voorzitter*

dr A Aitio, senior wetenschappelijk medewerker, International Programme on Chemical Safety, World Health Organization, Genève, Zwitserland

prof. dr H Greim, hoogleraar toxicologie; Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe, Technische Universität München, Freising-Weihenstephan, Duitsland

dr U Hass, senior toxicologisch onderzoeker; Institute of Food Safety and Toxicology, Søborg, Denemarken

prof. dr CJ Högberg, hoogleraar toxicologie; National Institute for Working Life, Stockholm, Zweden

A Moses, consultant toxicoloog; Hartford, Northwiche, Verenigd Koninkrijk

prof. dr W Seinen, hoogleraar toxicologie; Universiteit Utrecht

dr GMH Swaen, epidemioloog; Dow Chemical Terneuzen

RD Zumwalde, senior wetenschappelijk medewerker; National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati, Verenigde Staten

drs LCMP Hontelez; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; *adviseur*

prof. dr WF Passchier; Gezondheidsraad, *waarnemer*

dr CA Bouwman; Gezondheidsraad, *secretaris*

drs JTJ Stouten; Gezondheidsraad, *secretaris*

## Beroepsmatige blootstelling aan zwavelwaterstof

Op 2 juni 2005 heeft de Commissie WGD van de Gezondheidsraad een conceptrapport openbaar gemaakt over de gezondheidsrisico's van beroepsmatige blootstelling aan zwavelwaterstof.

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 het conceptrapport. De commentaartermijn loopt tot 1 oktober 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.

*Graadmeter*-redactielid dr ASAM van der Burght en dr JM Rijnkels zijn beiden secretaris bij de Gezondheidsraad.

Het conceptrapport, geschreven in het Engels en getiteld *Hydrogen Sulphide*, is te downloaden via [www.gr.nl](http://www.gr.nl) of te verkrijgen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad (telefoon 070 340 7520).

## Methanol, mierenzuur en trichloorazijnzuur (TCA)

Op 22 juni 2005 heeft de Gezondheidsraad drie conceptrapporten openbaar gemaakt, waarin de Commissie Reproductietoxische Stoffen van de raad de gevolgen van blootstelling aan methanol, mierenzuur en trichloorazijnzuur (TCA) voor de voortplanting en de ontwikkeling van het nageslacht evalueert. De bevindingen van de commissie, geformuleerd in de door de Europese Unie gekozen terminologie, dienen als uitgangspunt voor de classificatie als reproductietoxische stof volgens artikel 34.2 van de Wet Milieugevaarlijke Stoffen en artikel 4.2 van het Arbeidsomstandighedenbesluit.

De conceptrapporten zijn voor commentaar aangeboden aan de Subcommissie MAC-waarden van de Sociaal-Economische Raad en aan deskundigen uit werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen commentaar leveren. De commentaartermijn loopt tot 1 oktober 2005.

De definitieve rapporten zullen worden aangeboden aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

*Graadmeter*-redactielid dr ASAM van der Burght en dr JM Rijnkels zijn beiden secretaris bij de Gezondheidsraad.

Het conceptrapport, geschreven in het Engels en getiteld *Methanol, Formic acid and Trichloroacetic acid*, is te downloaden via [www.gr.nl](http://www.gr.nl) of te verkrijgen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad (telefoon 070 340 7520).

## Openbaar conceptrapport over beroepsmatige blootstelling aan ethanol

AvdB De Commissie WGD van de Gezondheidsraad heeft een conceptrapport openbaar gemaakt over de gezondheidsrisico's van beroepsmatige blootstelling aan ethanol (ethyl alcohol). In 2000 concludeerde de raad al dat blootstelling aan ethanol de menselijke voortplanting schaadt. De staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft daarop aan de Gezondheidsraad gevraagd welke bovengrens de raad adviseert voor de hoeveelheid ethanol waaraan mensen op hun werk mogen worden blootgesteld.

Het zojuist verschenen 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 het conceptrapport. De commentaartermijn loopt tot 1 november 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.

Het conceptrapport, geschreven in het Engels en getiteld *Ethyl alcohol (ethanol)*, is te verkrijgen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad, fax (070) 340 75 23, e-mail [f.smith@gr.nl](mailto:f.smith@gr.nl), of kan worden gedownload via [www.gr.nl](http://www.gr.nl).



# Openbaar conceptrapport over beroepsmatige blootstelling aan bitumen (damp en aërosol)

De Commissie WGD van de Gezondheidsraad heeft een conceptrapport openbaar gemaakt over de gezondheidsrisico's van beroepsmatige blootstelling aan bitumen (damp en aërosol).

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 het conceptrapport. De commentaartermijn loopt tot 28 oktober 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, geschreven in het Engels en getiteld *Bitumen (vapour and aerosol)*, is te verkrijgen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad (telefoon 070 340 7520) of kan gratis worden gedownload via [www.gr.nl](http://www.gr.nl).

## Advies gevraagd over normering allergenen

In een brief van 12 april 2005 vraagt de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de Gezondheidsraad om advies over normering van allergenen bij beroepsmatige blootstelling.

*Graadmeter*-redactielid dr ASAM van der Burght en dr JM Rijnkels zijn beiden secretaris bij de Gezondheidsraad.

Recent heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht waarin geen gezondheidkundige drempelwaarde kon worden vastgesteld voor het allergene meelstof. Uit andere bronnen blijkt dat meelstof niet op zichzelf staat en dat ook voor andere allergene stoffen, zoals alfa-amylase, geen drempelwaarde lijkt te kunnen worden vastgesteld. Omdat de huidige manier van grenswaardenstelling niet voorziet in deze groep stoffen, vraagt de staatssecretaris de Gezondheidsraad om te adviseren over een systematiek voor normering van beroepsmatige blootstelling aan deze stoffen. Hij vraagt de raad in elk geval aandacht te besteden aan de volgende vragen:

1. Wat is de gemiddelde ernst en de prognose van sensibilisatie en van aandoeningen (met name beroepsastma) die door allergenen worden veroorzaakt?
2. Is er een kritisch effect waarop een beheersingssysteem gebaseerd zou moeten zijn?
3. Welke systematieken van normering zijn mogelijk voor het voorkomen en beheersen van overgevoeligheid en allergische aandoeningen door werkgerelateerde blootstelling aan allergenen? Wat zijn de voor- en nadelen van deze systematieken en hoe verhouden deze zich ten opzichte van elkaar? Welke ervaringen, ontwikkelingen en richtlijnen zijn er op dit gebied in het buitenland?
4. Welke systematiek lijkt de beste, gegeven de uitgangspunten van het Nederlandse en internationale stoffenbeleid?
5. Ervan uitgaande dat in ieder geval bij sommige allergene stoffen (zoals bij meelstof) geen gezondheidkundige veilige waarde te bepalen zal zijn, is het mogelijk en zinvol om aanvullend voorschriften voor periodieke screening van de risicogroep op relevante gezondheidsparameters op te stellen? Zo ja, in welke gevallen? Welke vorm moet de periodieke screening dan krijgen en hoe (kosten)effectief zal deze zijn?

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

2005

Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. 2005/10.  
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2005 – Gezondheidsraad. 2004/07.  
 Wet bevolkingsonderzoek: kalkscore en hart- en vaatziekten. 2005/02WBO.  
 Wet bevolkingsonderzoek: vormen van screening op darmkanker. 2005/01WBO.  
 Vergrijzen met ambitie. 2005/06.  
 Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een grippandemie. 2005/05.  
 Het chronische-vermoeidheidssyndroom. 2005/02.

2004

European primary care. 2004/20E.  
 Kunstmatige ondersteuning bij leverfalen. 2004/19.  
 Emergeng zoonoses / Opduikende zoönosen. 2004/18.  
 Briefadvies Opsporing en behandeling van mensen met hepatitis C. 2004/17.  
 Screening op type 2 diabetes. 2004/16.  
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2004. 2004/12.  
 Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. 2004/10.  
 Bewaartermijn patiëntengegevens. 2004/08.  
 Screenen op chlamydia. 2004/07.  
 Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. 2004/06.  
 Antivirale middelen bij een grippandemie; gebruik bij schaarste. 2004/05.  
 Vaccinatie tegen kinkhoest. 2004/04.  
 Omstreden Herinneringen. 2004/02.

## Voeding

2005

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

2004

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

## Milieu

2005

Briefadvies Europees Actieplan Milieu en Gezondheid 2004-2010. 2005/04.  
 Briefadvies Mobiele telefoons en gezondheid. 2005/03.  
 Mutageniteitstests met reporter genen bij dieren/The use of reporter genes for mutagenicity testing in animals. 2005/01.

2004

Risico van bodemverontreiniging voor de mens: bodem-onderzoek, modellen en normen. 2004/15.  
 Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid. 2004/14.  
 TNO-onderzoek naar effecten van GSM- en UMTS-signalen op welbevinden en cognitie. Beoordeling en aanbevelingen voor nader onderzoek. 2004/13.  
 Natuur en gezondheid. Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden. 2004/09.  
 Gezondheid en milieu: beoordelingskader beoordeeld. 2004/03.  
 Elektromagnetische velden. 2004/01.

## Arbeidsomstandigheden

2005

Herevaluatie van oude mac-waarden: Nicotine. (2000/15OSH/105(R)).  
 Protocollen asbestziekten: longkanker. 2005/09.  
 Tin and inorganic tin compounds. 2005/06OSH.  
 Glutaraldehyde; Health-based recommended occupational exposure limit. 2005/05OSH.  
 4-Chloro-*o*-phenylenediamine; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/04OSH.  
 Cisplatin; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/03OSH.  
 2-Nitronaphthalene; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/02OSH.  
 Dacarbazine; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/01OSH.

2004

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.  
 Nitrogen Mustard (hydrochloride); Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/06OSH.  
 Mitomycin C; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/05OSH.  
 Bleomycin; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/04OSH.  
 Tetrachloroethylene (PER) - 2; Health-based recommended occupational exposure limit for short-term exposure. 2004/03OSH.  
 Wheat and other cereal flour dusts; An approach for evaluating health effects from occupational exposure. 2004/02OSH.  
 Nitrogen dioxide; Health-based recommended occupational exposure limit. 2004/01OSH.

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/  
 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.

GRAADMETER # 4  
JAARGANG 21  
JULI/AUGUSTUS 2005

Redactie  
WF Passchier (hoofdredacteur),  
MMHE van den Berg, W Bosman,  
ASAM van der Burght, K Groene-  
veld, M de Waal (eindredacteur)

Secretariaat/opmaak  
M Javanmardi, J van Kan

Basisvormgeving  
Noortje Hoppe, Rotterdam

Overname van artikelen is, met  
duidelijke bronvermelding, toege-  
staan.

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.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl)

ISSN 0169-5211