

G r A A D M E T E R # 5 In de zorg ³; ‘Goede raad is niet duur’ ⁴; Werkprogramma 2006 gepresenteerd ¹¹ / Gezondheidszorg ¹⁴: Signalering van zorginnovaties gewenst ¹⁵; Kwaliteit en kwantiteit van allogene stamceltransplantaties bij kinderen ¹⁷; Bij baby’s zijn met één hielprik veel meer behandelbare ziektes op te sporen ¹⁹; Staatssecretaris onderzoekt uitbreiding hielprik ²²; Reactie minister op advies over chronische-vermoeidheidssyndroom ²³; Raad gaat adviseren over co-morbiditeit bij ouderen ²⁵; Advies gevraagd over het opsporen van baarmoederhalskanker ²⁶ / Arbeidsomstandigheden ²⁹: Extra vragen over de gevaren van oplosmiddelen ³⁰.

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.

In de zorg

WFP Mag ik u deze keer deelgenoot maken van een persoonlijke ervaring? Afgelopen maand vertoefde ik na veertig jaar opnieuw als patiënt in het ziekenhuis. Dichtslibbende hartvaten vormden de aanleiding. Twee reflecties.

Allereerst. Mij trof de grote mate van professionaliteit van de verpleging. Na alle mediadiscussies over de zorgsystemen, budgetoverschrijdingen, personeelstekorten, rationalisaties en salarisonderhandelingen vreest een doorsneeburger – waaronder ik – het ergste. Wat mijn deel werd, was kundigheid en toewijding. Iets om te koesteren dunkt me.

Ten tweede: medische verworvenheden. Toen ik het ziekenhuis inging was elke lichamelijke inspanning me te veel. Eigenlijk was ik invalide. Maar na behandeling zijn einden wandelen en fietsen, maar ook gewoon van trein naar werk en terug bewegen, weer zonder belemmeringen te volbrengen. ‘Routinebehandeling’ volgens mijn artsen. Maar toen ik veertig jaar geleden in het ziekenhuis lag (‘blindedarm’) deed Charles Dotter net zijn eerste experimenten met de later naar hem genoemde behandeling. Ik was misschien wel invalide gebleven als die experimenten waren mislukt. In de afgelopen veertig jaar hebben de voortschrijdende wetenschap en techniek ervoor gezorgd dat gezondheidsbeperkingen effectief kunnen worden weggenomen. Ik pluk er vandaag de vruchten van.

‘Goede raad is niet duur’

Gesprek met ir Anneke Wijbenga,
per 1-10-2005 algemeen secretaris van de Gezondheidsraad

MdW De eerste indruk van ir Anneke Wijbenga is er één om niet meer te vergeten, zo grondig heeft ze zich op het interview voorbereid. Toen ze een week voor onze afspraak instemde met een interview voor *Graadmeter*, vroeg ze om alvast een paar vragen toe te sturen. Bij de kennismaking overhandigde ze drie volle A4tjes met beschouwingen over die vragen. Ook over de kop had ze al nagedacht. Natuurlijk staat hij bovenaan deze pagina: ‘Goede raad is niet duur’.

Op de website van de Gezondheidsraad staat dat u voor de raad geen onbekende bent. Dat is wel een *understatement*. Iemand omschreef u als een prominent Gezondheidsraadlid dat in de afgelopen twintig jaar in vele rollen actief voor de raad is geweest. Wat heeft u tot nu toe voor de Gezondheidsraad gedaan?

Allereerst: prominent, zo zou ik mezelf nooit noemen. Ik ben een bescheiden lid van de raad. Maar inderdaad, ik draai al wel een tijdje mee. Ik begon in 1985 in de Commissie Milieukwaliteits-eisen. Voor deze commissie werd ik gevraagd als deskundige op het gebied van milieuproblemen, ondermeer van de fluoridenproblematiek die zich in die tijd in het Lickebaertgebied in de provincie Zuid-Holland voordeed. In datzelfde gebied speelde zich later de dioxineproblematiek af waar ik ook nauw bij betrokken was.

Na dat eerste commissielidmaatschap werd ik uitgenodigd door de toenmalige voorzitter Ginjaar om verschillende commissies voor te zitten. Mijn eerste commissie in 1988 was die voor het methodologische advies *Ecotoxicologische risico-evaluatie van stoffen*.



In 1992 werd ik voorgedragen om lid te worden van de Beraadsgroep Omgevingsfactoren en Gezondheid. Deze beraadsgroep ging later samen met de Beraadsgroep Toxicologie en vormde toen de Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving. Hiervan mocht ik vice-voorzitter zijn en vanuit dien hoofde deelnemen in de Presidiumcommissie. In 1994 werd ik bij Koninklijk Besluit benoemd tot lid van de Gezondheidsraad.

Eén van de leukste en meest inspirerende commissies die ik heb voorgezeten vond ik de commissie die advies uitbracht over microbiële risico's van zwemmen in de natuur. Elk lid was deskundig op een klein stukje van het totale vraagstuk. We inspireerden elkaar en leerden van elkaar, en bereikten met elkaar een totaalbeeld dat meer was dan de optelsom van al die stukjes. Zo'n proces mee te maken, dat is echt fantastisch. Het is maar beperkt te sturen. Je moet een goede combinatie van mensen hebben, mensen die iets durven te zeggen én die kunnen luisteren. Ook de 'chemie' tussen voorzitter en secretaris is van invloed. Met de bezuinigingen staat ook het commissieproces ter discussie: duurt het niet allemaal te lang. Maar vergeet niet dat die inspiratie en chemie ook tijd nodig hebben om te kunnen ontstaan. Het proces heeft een zekere reactietijd nodig en de voorzitter is, als het ware, een katalysator tijdens het proces. Het is overigens een groot goed dat veel deskundigen zowel nationaal als internationaal zich belangeloos inzetten voor de commissies van de Gezondheidsraad.

U kwam bij de Gezondheidsraad als toxicoloog die deskundig is op het gebied van milieuproblematiek. Vanuit welke werkervaring sprak u?

Tot 1 oktober 2005, wanneer ik als algemeen secretaris bij de raad aantreed, heb ik gewerkt bij de provincie Zuid-Holland. Ik was de eerste en enige toxicoloog bij een 'lagere' overheid en had een leuke en interessante baan waarin ik me met ontzettend veel onderwerpen bezighield. Bij elk milieuprobleem dat de kop opstak, was het de vraag: 1) of er sprake was van verhoogde concentraties of gehalten aan milieuverontreinigende stoffen in het onder-

zochte medium (bijvoorbeeld bodemmonster of grondwater), 2) of er sprake zou kunnen zijn van blootstelling van mensen, dieren en planten aan de bewuste stof, en 3) welke effecten daarbij dan te verwachten waren (en vervolgens natuurlijk wat je er aan kon doen).

In mijn werk bij de provincie heb ik veel gevallen van loodvergiftiging van nabij gezien, vooral van landbouwhuisdieren. Zoveel zelfs, dat ik heb overwogen daarover een proefschrift te schrijven. Steeds weer echter vroegen gevallen van bodemsanering, rampen en incidenten mijn aandacht en expertise, waardoor het promoveren er niet van is gekomen.

Ik heb me altijd bewogen op het snijvlak van milieu en gezondheid. Een beetje onderzoek, veel in de praktijk staan (soms met de laarzen in de modder) en altijd had ik te maken met de politieke omgeving. Er is een probleem, er moet wat aan gedaan worden en daar werd ik op aangesproken.

U bent tot nu toe steeds om uw vakinhoudelijke inbreng en uw voorzitterskwaliteiten gevraagd voor werkzaamheden voor de Gezondheidsraad. Nu gaat u leiding geven aan een bureau. Hoe kijkt u aan tegen die verschuiving van inhoud naar management?

Mijn specifieke deskundigheid is ook altijd de rode draad in het werk bij de provincie geweest. Toch kwam er langzamerhand naast het pionierswerk ook het management om de hoek kijken. Ik werd hoofd van het kleine Provinciale Milieu Lab. Nadat ik dat met een ander lab heb moeten laten samengaan, werd ik clustercoördinator onderzoek en vanaf 1992 hoofd van het bureau Luchtkwaliteit en Veiligheid. Aan het onderwerp luchtkwaliteit heb ik veel gedaan. Het Luchtwegonderzoek uit 1996, uitgevoerd door enkele studenten van Bert Brunekreef die toen nog aan de Landbouw Universiteit Wageningen verbonden was, was baanbrekend. Als eersten toonden we aan dat er sprake was van luchtwegproblemen bij kinderen die dichtbij een snelweg wonen. Na een reorganisatie in 2002 werd ik hoofd van het bureau Strategie, milieubeleid en veiligheid en werd ik steeds meer manager.

Nu ik algemeen secretaris word, gaat er een streep onder het raadswerk uit het verleden. Ik moet met Koninklijk Besluit uit de raad. Ook zal ik geen vice-voorzitter meer zijn van een beraadsgroep en als zodanig dus ook niet meer in de presidiumcommissie zitten. Ik zal nog wel regelmatig beraadsgroepvergaderingen bijwonen, maar dan vooral als toehoorder: om de mij nu nog onbekende delen van het netwerk te leren kennen en te weten wat er speelt. Verder zal ik vooral met de medewerkers samenwerken en bezig zijn.

Wat ik leuk vind aan management, is de mogelijkheid om mensen te coachen, te faciliteren en het liefst te inspireren. Nu, bij mijn oude baan, praat ik veel met mensen over hun competenties. Misschien is ook het personeelsmanagement bij de Gezondheidsraad wel te versterken. Ik vind personeelsmanagement ontzettend leuk. Wat drijft de medewerkers? Het lijken allemaal eenpitters; men is gewend aan veel vrijheid. Bij vrijheid hoort ook verantwoordelijkheid en verantwoording afleggen. Verantwoordelijkheid is er zonder meer voor de inhoud van het werk, maar hebben mensen oog voor elkaar? Zouden ze anderen eventueel willen coachen? Zijn er mensen bij die zich interesseren voor beheersaspecten? Misschien kunnen en willen sommige mensen wel meer dan ze nu doen in hun werk. Ik wil graag dat iedereen voldoende uitdaging vindt in zijn of haar werk. Goed personeelsmanagement is nu belangrijker dan ooit. Of we het nu leuk vinden of niet: de politiek bezuinigt op adviesorganen. Ik zie het als een uitdaging om te kijken of we ook met minder mensen hetzelfde werk op minimaal hetzelfde niveau kunnen leveren.

Naast het personeelsmanagement wil ik ook de communicatie professionaliseren. Het is van belang uit te dragen dat we goed zijn. In eerste instantie tegenover onze opdrachtgever(s), veelal de bewindslieden en soms het parlement, maar ook zo nodig in de media. Een voorbeeld van een goede televisiepresentatie vond ik die door Lieve Christiaens over het advies *Neonatale screening*. Maar niet elk onderwerp leent zich voor *exposure*. Daar komt bij dat niet elke secretaris of voorzitter even bekwaam is in het optreden in de media. Bij elk onderwerp is het goed van tevoren na te denken wat je met de media wilt en hoe daarop in te spelen.

U bent de eerste vrouw op deze positie. Verwacht u dat dit verschil gaat maken?

Een voordeel van een vrouwelijke algemeen secretaris zou kunnen zijn dat vrouwen over het algemeen iets meer gericht zijn op mensen en hun gevoelens. Vrouwen hebben de neiging om minder aan zichzelf te denken en meer oog te hebben voor anderen en voor het grotere geheel. Ook het GR-werk is mensenwerk. Naast het maken van goede adviezen wil vast iedereen ook wel een prettige werkkring om in te werken. Dat geldt ook voor mij. Ik ben gewend veel uren te maken maar hoop overigens ook af en toe nog wat tijd over te hebben voor mijn tuin in de zomer en anders voor een goed boek, met mijn twee Siamezen op schoot.

U bent ook de eerste niet-medicus als algemeen secretaris. Verwacht u daarvan nog moeilijkheden bij de medische stand?

Of de ‘witte jassen’ blij zijn met mijn benoeming weet ik niet, maar binnen de raad is mijn benoeming positief ontvangen. Maar ik heb wel een weerwoord voor mensen die het een probleem vinden dat ik geen medicus ben. In de medische wereld zijn mensen vaak heel gespecialiseerd, terwijl ik van veel onderwerpen iets weet. Als bioloog ken ik de basale mechanismen van een lichaam, of dat lichaam nu van een muis, een koe of een mens is. Vanuit een brede oriëntatie kun je snel verbindingen leggen. De keerzijde is dat je van een onderwerp vaak niet de diepgaande kennis hebt zoals veel secretarissen bij de wetenschappelijke staf. Maar geen enkele algemeen secretaris zou meer kunnen weten dan alle mensen van de staf bij elkaar.

Ik denk beslist niet dat ik meer weet dan wie dan ook. De Gezondheidsraad heeft een voorzitter en twee vice-voorzitters met een enorme staat van dienst op inhoudelijk terrein. Als algemeen secretaris hoef ik daar niet mee te concurreren en dat wil ik ook helemaal niet. Ook de wetenschappelijke staf en de ondersteunende staf kan ik, denk ik, niet veel leren anders dan mogelijk

meer samenwerken, kennisdelen, en zeker in deze tijd van bezuinigingen kostenbewust zijn. Ik denk dat het een voordeel is dat ik langere tijd dicht bij de politieke arena gewerkt hebt, en daardoor goed kan aanvoelen hoe iets valt bij een bestuurder.

Ik zie de Gezondheidsraad als een sterk op inhoud gerichte club professionals. Voortgaande professionalisering van de organisatie is voor mij een belangrijk aandachtspunt. Geen misverstand, ik ben niet binnengekomen om alles te veranderen maar om het goede te behouden en te kijken of het beter kan en efficiënter. Deze uitdaging wil ik in de komende tijd vertalen in acties, in nauw overleg uiteraard met de ondernemingsraad. Over een aantal jaren zou ik graag willen kunnen zeggen: 'Zie je wel: goede raad is inderdaad niet duur.'

Werkprogramma 2006 gepresenteerd

MdW Op de derde dinsdag van september 2005 – Prinsjesdag – presenteerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Werkprogramma 2006 van de Gezondheidsraad aan de Staten-Generaal. Dit werkprogramma is het eerste dat gebundeld met dat van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) wordt uitgegeven. Daarmee markeert het een proces van integratie van de RGO in de Gezondheidsraad dat in 2006 gestalte moet krijgen.

In het nieuwe werkprogramma van de raad is bij elke activiteit aangegeven wanneer volgens plan het resultaat beschikbaar is. Concreet inplannen was echter niet voor elk activiteit mogelijk, omdat nog overlegd wordt over de voor 2006 aan de Gezondheidsraad ter beschikking te stellen middelen. Bij minder geld moet het programma mogelijk aangepast worden.

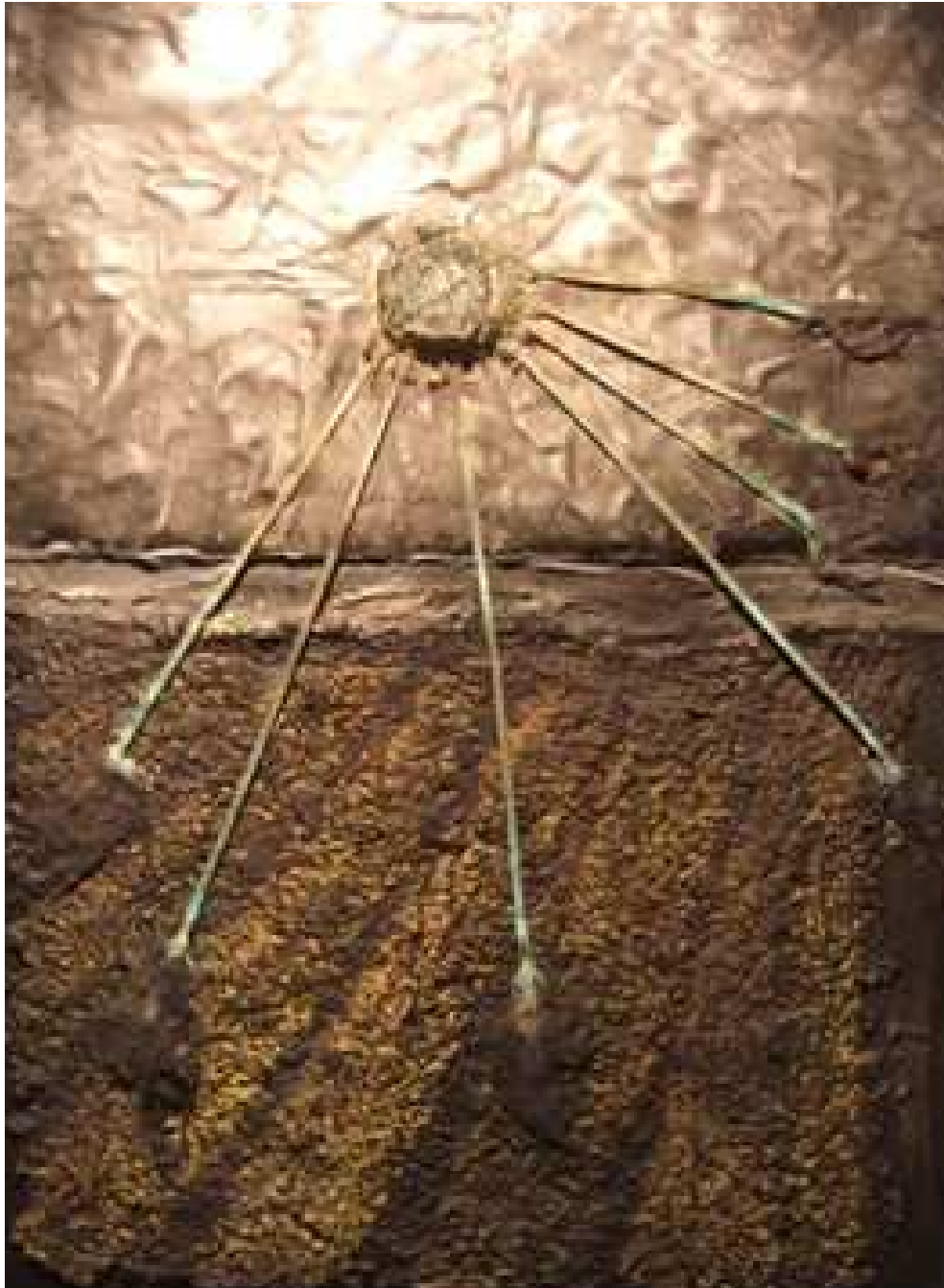
Terwijl de middelen van de Gezondheidsraad onder druk staan, groeit juist het aantal vragen aan de raad. Dit verbaast niet, gezien de constante stroom van berichten over wetenschappelijke ontwikkelingen, het toenemende belang dat burgers en bestuur aan gezondheidszorg en gezondheidsbescherming hechten en de complexere vraagstukken waarvoor zij in dit verband worden gesteld.

Een prominent thema in de voorgenomen advisering vormen de vragen over gezondheidszorg en kwaliteit van leven van ouderen. Het zijn vragen die in een vergrijzende samenleving aan belang winnen. Op verzoek van de Tweede Kamer bracht de Gezondheidsraad in het begin van 2005 het advies *Vergrijzen met ambitie* uit. Het nieuwe werkprogramma beschrijft een aantal onderwerpen die op dat advies voortborduren. Met de huidige kennis kunnen veel vragen nog niet met voldoende betrouwbaarheid beantwoord worden. De Gezondheidsraad en de RGO slaan de handen ineen om gezamenlijk aan te geven waar kennisverwerving nodig is.

Getuige het werkprogramma krijgt ook de internationale dimensie van het raadswerk steeds meer gewicht. Door internationale samenwerking winnen de rapportages van de Gezondheidsraad aan kwaliteit, terwijl efficiënt met de beschikbare middelen wordt omgegaan: wat elders goed is uitgezocht hoeft de raad niet over te doen.

De vragen rond de gezondheid van ouderen, maar ook die naar de invloed van de omgeving op de gezondheid en naar de determinanten van de kwaliteit van leven worden steeds lastiger. Dat komt doordat gezondheid en kwaliteit van leven niet, of althans hoogst zelden, door een enkele factor worden bepaald. Een samenspel van invloeden van erfelijke en omgevingsfactoren, gevoegd bij sociale relaties en maatschappelijke voorzieningen, is bepalend. De wetenschap kan echter nog maar tipjes van die 'samenspel-sluier' oplichten. Ook bij het uitvoeren van het werkprogramma 2006 zal de raad trachten daarbij tot de grenzen van de kennis te gaan. Antwoorden op deze complexe vragen zijn immers cruciaal voor een doeltreffend overheidsbeleid.





Van 6 september tot en met 21 november 2005 toont Gr-Galerie schilderijen, beelden en boeken van Bert van Santen. In het werk van deze kunstenaar uit Tiel zijn de meest uiteenlopende materialen te ontdekken: hout, lood, ijzer, jute, botten, zaden, insecten, bloemen, koper, olieverf, autolak. Op de foto ziet u *Hands of the sun*.

Gezondheidszorg

Signalering van zorginnovaties gewenst

MdW In hoog tempo dienen zich op de markt nieuwe zorgvoorzieningen aan. Sommige daarvan betekenen vooruitgang, andere bieden valse hoop. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beschrijft de Gezondheidsraad een systeem om nieuwe ontwikkelingen beter te signaleren en de betrokkenen hierover te informeren. Op 23 augustus 2005 verscheen het advies van de raad onder de titel *Signalering van betekenisvolle ontwikkelingen in de zorg*.

De publicatie *Signalering van betekenisvolle ontwikkelingen in de zorg* (2005/08) kan gedownload worden van www.gr.nl of – zolang de voorraad strekt – worden besteld bij het secretariaat. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Ontwikkelingen in wetenschap en techniek bieden ook voor de gezondheidszorg de mogelijkheid nieuwe wegen in te slaan. Maar niet elke innovatie leidt tot een verbetering van de zorg. Sommige beloften zijn onbewezen of leggen een onevenredig groot beslag op de beschikbare middelen. In het genoemde advies bekijkt de Gezondheidsraad de behoefte aan informatie over 'zorginnovatie' en de wijze waarop daarin beter kan worden voorzien.

De raad baseert zich in zijn advies op de internationale stand van zaken. Signalering – ook wel *horizon scanning* of *early warning* genoemd – staat de laatste jaren in het buitenland steeds meer in de aandacht. De druk op zorgsystemen blijkt in diverse landen te zijn toegenomen. Dat komt door de sterk groeiende aanwas van nieuwe 'zorgtechnologie' en explosieve toename van wetenschappelijke kennis, en door de toenemende zorgvraag en stijgende zorguitgaven. Het is daarmee steeds lastiger geworden om adequaat en tijdig in te spelen op zich aandienende 'zorgtechnologie' en andere ontwikkelingen die als innovatie worden gepresenteerd.

De Gezondheidsraad pleit voor een systeem van signalering waarin de aandacht wordt gevestigd op nieuwe ontwikkelingen en deze ook worden beoordeeld. Het landelijke systeem voor signalering zoals de raad dat voorstelt, heeft verschillende onderdelen: het verzamelen en filteren van informatie om het wetenschappelijk koren van het kaf te scheiden, nadere beoordeling van de

informatie in termen van betekenis voor de zorg en randvoorwaarden voor zinvolle toepassing, het periodiek rapporteren over de gesignaleerde ontwikkelingen en trends.

De minister van VWS wil het advies betrekken bij het nader definiëren van zijn sturingsfilosofie voor de zorgsector. In zijn adviesaanvraag preludeerde hij al op een functie van de Gezondheidsraad binnen de organisatiestructuur voor de informatievoorziening. De raad werkt in het advies zo'n structuur uit en meent daarin een zinvolle rol te kunnen vervullen.

Samenstelling commissie:

prof. dr JA Knottnerus; voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; *voorzitter*
 prof. dr GH Blijham, hoogleraar interne geneeskunde, voorzitter raad van bestuur; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 prof. dr PMM Bossuyt, hoogleraar klinische epidemiologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 prof. dr HR Büller, hoogleraar vasculaire geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 prof. dr J Dekker, hoogleraar paramedische zorg; VU Medisch Centrum, Amsterdam

prof. dr J Kievit, hoogleraar medische besliskunde; Leids Universitair Medisch Centrum
 prof. dr FFH Rutten, hoogleraar gezondheidseconomie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 dr A Boer, plaatsvervangend directeur Zorg; College voor Zorgverzekeringen, Diemen; *adviseur*
 dr GL Engel; Nederlandse Federatie van UMC's (voorheen geheten: VAZ), Utrecht; *adviseur*
 dr R Segaar; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*
 dr GHM ten Velden; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*.

Kwaliteit en kwantiteit van allogene stamceltransplantaties bij kinderen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vroeg op 27 april 2005 aan de Gezondheidsraad om advies uit te brengen over de vraag hoeveel allogene stamceltransplantaties bij kinderen een centrum minimaal zou moeten verrichten om aan eisen van kwaliteit, ervaring en doelmatigheid te voldoen.

Eerder geadviseerd minimum aantal transplantaties

In een eerder advies van de raad (*Allogene beenmergtransplantatie*, 1994) is vanwege de hoge morbiditeit en mortaliteit van deze interventie, en met het oog op de doelmatigheid, aanbevolen om een minimumaantal van 20 transplantaties per jaar per centrum bij kinderen en 25 bij volwassenen te hanteren. In 2003 sprak de raad in het advies *Hematopoïetische stamcellen* de verwachting uit dat in Nederland op korte termijn geen sterke uitbreiding van het aantal stamceltransplantaties plaats zou vinden. De minister heeft daarop besloten het aantal vergunningen voor het verrichten van deze interventies niet uit te breiden, waarop echter de vraag rees of er een nadere wetenschappelijke onderbouwing van het minimumaantal allogene stamceltransplantaties bij kinderen te geven is.

Benedengrens opnieuw bekeken

Er is veel onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de uitkomsten van medische interventies gemiddeld beter zijn bij grote aantallen ingrepen (een groter volume). In het advies worden daarvan voorbeelden gegeven. Uit een meta-analyse van tientallen interventies blijkt het relatieve sterfterisico bij een groot volume gemiddeld 0,87 te zijn in vergelijking met kleine volumes. Bij risicovolle

Dr PA Bolhuis is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Kwaliteit en kwantiteit van allogene stamceltransplantaties bij kinderen* (2005/12) kan gedownload worden van www.gr.nl of – zolang de voorraad strekt – worden besteld bij het secretariaat. Zie de rubriek 'Verschenen'.

en gecompliceerde interventies is de relatie tussen gunstige uitkomst en volume het meest geprononceerd. Ook voor stamceltransplantaties is deze relatie geconstateerd, hoewel het daarbij om kleinschalig onderzoek ging. Als verklaring wordt in de literatuur meestal gewezen op de grotere ervaring met de verrichte interventies bij een groter volume.

Allogene stamceltransplantaties zijn risicovolle interventies. Zo bedraagt bij kinderen met de meest frequent voorkomende indicatie voor een allogene stamceltransplantatie (acute lymfatische leukemie) de mortaliteit tientallen procenten. Voor de beantwoording van de adviesvraag is van belang of de ernst en de complexiteit van de interventies sinds 1994 zijn veranderd. Nog steeds echter blijkt *graft-versus-host disease* (immuunreacties van getransplanteerde cellen tegen weefsels van de patiënt) een levensbedreigende complicatie die bij veel patiënten optreedt. Ook is de complexiteit in de loop van de tijd eerder toegenomen dan vermindert. In het advies wordt verder gewezen op de doelmatigheid die mogelijk lager is bij kleine aantallen, op het belang van volume voor wetenschappelijk onderzoek, en op de moeilijkheid een kwaliteitsbeleid te voeren als de resultaten statistisch weinig betrouwbaar zijn. Er zijn dan ook geen redenen om het minimumaantal van 20 per jaar per centrum voor stamceltransplantaties bij kinderen te verlagen.

Totstandkoming van dit advies

Het advies *Kwaliteit en kwantiteit van allogene stamceltransplantaties bij kinderen* is vastgesteld door prof. dr JA Knotterus, voorzitter van de Gezondheidsraad, na consultatie van voormalige leden van de commissie Hematopoietische stamcellen: prof. dr JJ Sixma, emeritus hoogleraar hematologie (UMC); dr M Bierings, kinderarts (UMC-WKZ); prof. dr WE Fibbe, hoogleraar hematologie (LUMC); prof. dr B Löwenberg, hoogleraar hematologie (EUR); prof. dr AJP Veerman, hoogleraar kindergeneeskunde (VUMC). Zij hebben tevens een concept van het voorliggende advies beoordeeld. Het advies is voorbereid door dr PA Bolhuis, secretaris bij de Gezondheidsraad, en ter toetsing voorgelegd aan de Beraadsgroep Geneeskunde.

Bij baby's zijn met één hielprik veel meer behandelbare ziektes op te sporen

In Nederland wordt bij baby's kort na de geboorte bloed afgenomen met een hielprik. Dat bloed wordt nu onderzocht op drie ziektes, waarbij tijdige behandeling ernstige gezondheidsschade kan voorkomen. In het advies *Neonatale Screening* dat de Gezondheidsraad op 22 augustus 2005 heeft aangeboden aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), beveelt de raad aan om dat aantal vanwege de te behalen gezondheidswinst uit te breiden. De meest voorkomende aandoeningen waarvoor screening wordt aanbevolen zijn sikkelcelziekte en MCAD-deficiëntie. Voor één aandoening, namelijk cystische fibrose of taaislijmziekte, dient naar het oordeel van de raad eerst een betere opsporingsmethode te worden ontwikkeld. Ook beveelt de raad aan om voorlichting over het onderzoek van de pasgeborenen al tijdens de zwangerschap te geven, omdat ouders in de eerste dagen na de geboorte van hun kind veelal weinig gelegenheid hebben om die informatie tot zich te nemen.

Verschillende ziektes waarbij snel ingrijpen belangrijk is om ernstige en onherstelbare gezondheidsschade te voorkomen, kunnen betrekkelijk eenvoudig worden vastgesteld door van een pasgeborene met een prik in de hiel wat bloed af te nemen en dat te onderzoeken. Tot nu toe gebeurt dat voor fenylketonurie, congenitale hypothyreoïdie en het adrenogenitaal syndroom. Om verschillende redenen heeft de staatssecretaris van VWS de Gezondheidsraad gevraagd na te gaan of uitbreiding van het screeningspakket wenselijk is. Zo heeft wetenschappelijk onderzoek veel kennis opgeleverd over ernstige ziektes bij pasgeborenen. Die kennis heeft geleid tot verbeteringen in de diagnostiek en behandeling. Daardoor biedt screening van pasgeborenen veel meer mogelijkheden dan vroeger om tijdig te behandelen. Verder zijn er in de samenstelling van

Dr PA Bolhuis is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Neonatale Screening* (2005/11) kan gedownload worden van www.gr.nl of – zolang de voorraad strekt – worden besteld bij het secretariaat. Zie de rubriek 'Verschenen'.

onze bevolking ontwikkelingen die van belang zijn voor het screeningsprogramma. Migratie heeft er bijvoorbeeld voor gezorgd dat de erfelijke sikkelcelziekte tegenwoordig veel vaker voorkomt in Nederland.

In het advies bespreekt een commissie van de Gezondheidsraad ruim dertig aandoeningen waarvan in de internationale literatuur geopperd is dat screening gezondheidswinst oplevert. Het gaat naar het oordeel van de commissie vooral om winst voor de pasgeborene zelf, maar soms is ook een voordeel dat ouders door screening van hun baby ontdekken dat ze drager zijn van een erfelijke ziekte en tijdig geïnformeerd kunnen worden over de herhalingskans.

De commissie meent dat vijftien aandoeningen vanwege die voordelen in aanmerking komen om te worden toegevoegd aan het programma voor neonatale screening. De meest voorkomende daarvan zijn sikkelcelziekte, een erfelijke aandoening die wereldwijd vooral gevonden wordt in gebieden waar malaria heerst, en MCAD-deficiëntie, een erfelijke stofwisselingsziekte waarbij de energieleverantie door vetverbranding ernstig gestoord is. Over één van de vijftien aandoeningen - cystische fibrose of taaislijmziekte - is onder experts nog discussie over de mate waarin gezondheidsschade door screening is te voorkomen. Daarnaast kan de opsporingsmethode verbeterd worden. Gezien de mogelijke voordelen van een vroege opsporing van deze aandoening pleit de commissie ervoor om een goede opsporingsmethode te ontwikkelen en daarna cystische fibrose op te nemen in het screeningspakket.

De commissie van de Gezondheidsraad schat dat er met de uitbreiding die zij voorstelt jaarlijks minimaal 40 patiënten met sikkelcelziekte worden opgespoord. Voor MCAD-deficiëntie schat men het aantal op 14 à 18 patiënten. Als er ook op cystische fibrose gescreend wordt, zouden per jaar nog eens 50 à 60 van deze patiënten vroegtijdig opgespoord kunnen worden.

Als het screeningspakket uitgebreid wordt, is er voor de ouders ook meer informatie over de hielprik nodig. De Gezondheidsraad beveelt aan om meer gedetailleerde voorlichting

over het onderzoek van pasgeborenen te geven, en om dat al tijdens de zwangerschap te doen. De eerste dagen na de bevalling – wanneer de hielprik wordt uitgevoerd – lijken daarvoor minder geschikt.

Samenstelling commissie:

dr GCML Page-Christiaens, gynaecoloog; Universitair Medisch Centrum Utrecht; *voorzitter*

prof. dr MF Niermeijer, klinisch geneticus; Universitair Medisch Centrum Nijmegen; *vice-voorzitter*

prof. dr MC Cornel, hoogleraar *community genetics*; VU Medisch Centrum, Amsterdam

prof. mr JCJ Dute, hoogleraar gezondheidsrecht; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

dr AH van Gennip, klinisch chemicus; Universiteit Maastricht

drs RM den Hartog-van ter Tholen; ministerie van VWS; *adviseur*

prof. dr HSA Heymans, hoogleraar kindergeneeskunde; Universiteit van Amsterdam

dr JG Loeber, biochemicus; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

dr GPA Smit, kinderarts; Academisch Ziekenhuis Groningen

dr MF Verweij, ethicus; Universiteit Utrecht

dr PA Bolhuis, Gezondheidsraad; *secretaris*

Staatssecretaris onderzoekt uitbreiding hielprik

MdW Al een dag na het verschijnen van het advies *Neonatale screening* (2005/11) op 22 augustus 2005 liet de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een nieuwsbericht hierover uitgaan. Ze reageert ‘voorlopig positief’ op het voorstel van de raad om het bloed van pasgeboren baby’s op meer ziekten te gaan controleren dan op de huidige drie. Volgens de Gezondheidsraad kunnen zo meer ziekten worden opgespoord (meer hierover eerder in deze *Graadmeter*). Staatssecretaris Ross gaat na of het praktisch haalbaar is het aantal onderzoeken na een hielprik uit te breiden. Ze streeft ernaar binnen drie maanden met een definitief standpunt te komen.

Reactie minister op advies over chronische-vermoeidheidssyndroom

MdW Op 25 januari 2005 presenteerde de Gezondheidsraad het advies *Het chronische-vermoeidheidssyndroom (2005/02)* aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Naar aanleiding van het advies stelden de kamerleden Arib en Bussemaker op 31 januari vragen aan de minister van VWS en zijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Op 4 februari lag de reactie van de minister van VWS er, deels mede namens zijn SZW-collega. Op 5 april volgde een Algemeen Overleg van de vaste kamercommissie van VWS met de minister. De minister zette zijn antwoorden op de toen gestelde vragen van de kamerleden nog eens op een rij in een brief van 9 juni 2005. Een tweede Algemeen Overleg van minister en vaste kamercommissie volgde op 22 juni 2005.

‘Eigenstandige aandoening’

De discussie spitste zich toe op de vraag of het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS) als een ‘eigenstandige aandoening’ beschouwd kon worden, zoals de Gezondheidsraad om praktische redenen stelde. De minister was het niet eens met die opvatting. De kamerleden die zich in het debat mengden, schaalden zich achter de beoordeling van de raad en vroegen de minister om dat ook te doen. Hoewel de minister zo ver niet wilde gaan, kwam hij volgens het verslag van het laatste Algemeen Overleg uiteindelijk tegemoet aan de kritiek van de kamerleden door te herhalen dat het aan de individuele arts is om te bepalen of iemand ziek is. Ook wees hij op het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, waarin staat dat iemand ook ziek kan zijn als zijn klachten niet een duidelijke lichamelijke origine hebben.

Arbeidsongeschiktheidsuitkering

De definitiekwestie werd zo belangrijk gevonden vanwege vermeende consequenties voor het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor mensen met CVS. De minister onderstreepte echter dat het voor het bepalen van een recht op uitkering niet essentieel is of het om een erkende ziekte gaat. De arts moet bepalen of een persoon ziek is en daarbij is het goed mogelijk dat een persoon als ziek wordt bestempeld zonder dat er een verklaring is voor zijn klachten. Naar aanleiding van een motie van kamerlid Vendrik, die op 28 april was aangenomen en die uniformering van keuringsregels bepleit, stuurde de minister van SZW op 29 april van dit jaar een brief naar het UWV. Daarin staat dat mensen met CVS niet van een uitkering kunnen worden uitgesloten, maar ook dat zij niet automatisch rechten kunnen laten gelden op grond van hun klachten. Bij de beoordeling van de klachten zal niet voor alle patiënten steeds dezelfde conclusie getrokken worden. Bepaalde kamerleden houden moeite met wat zij zien als willekeur. Ze vragen de ministers om snel te komen met een circulaire voor arbo-artsen als eerste stap in de uniformering van de regels voor de keuring van mensen met CVS. De minister merkte op dat het opstellen van uniforme regels nu nog moeilijk is, maar dat door hem te financieren onderzoek van ZonMw daarin wellicht verandering brengt.

Eén of meer behandelvormen

Verder dachten de partijen verschillend over de geëigende behandeling van CVS. De minister onderschreef de constatering van de raad dat cognitieve gedragstherapie tot nu toe de enige behandelvorm is met een behoorlijk succespercentage. Ook het feit dat de behandeling gericht is op activering van patiënten en op hun reïntegratie in het arbeidsproces, past goed in het beleid van de minister. Diverse leden van de vaste kamercommissie van VWS stelden dat cognitieve gedragstherapie niet voor iedereen geschikt is. Zij pleitten voor onderzoek naar diverse behandelvormen en naar preventie.

Raad gaat adviseren over co-morbiditeit bij ouderen

MdW Als mensen ouder worden, krijgen ze vaak last van meerdere ziektes of beperkingen tegelijkertijd. In het advies *Vergrijzen met ambitie* (2005/06) stelt de Gezondheidsraad dat deze co- of multimorbiditeit speciale aandacht vraagt bij diagnose en behandeling, maar dat het in de praktijk hieraan nog vaak schort. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat de raad een advies opstellen over de ontwikkeling van co- en multimorbiditeit bij het ouder worden en de gevolgen daarvan voor de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. De voorbereiding van dit advies vindt plaats in nauwe samenwerking met de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), die het onderwerp ‘Somatische en psychiatrische co-morbiditeit’ op zijn werkprogramma heeft staan.

In afwachting van de definitieve adviesaanvraag heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad een commissie samengesteld, die op 31 oktober 2005 geïnstalleerd zal worden.

Samenstelling commissie:

prof. dr PJ van der Maas, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam; *voorzitter*
 prof. dr WJJ Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
 prof. dr ATF Beekman, hoogleraar psychiatrie; GGZ Buitenamstel, Amsterdam
 prof. dr DJH Deeg, hoogleraar epidemiologie van de veroudering; VU Medisch Centrum, Amsterdam
 prof. dr MM Levi, hoogleraar Inwendige geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 prof. dr H Rooijmans, psychiater; voorzitter RGO, Den Haag
 dr FG Schellevis, huisarts-epidemioloog; NIVEL, Utrecht
 prof. dr JMGA Schols, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde;

Universiteit van Tilburg, Tilburg
 dr MJ Schuurmans, verpleegkundige; Hogeschool Utrecht, Utrecht
 prof. dr JPJ Slaets, hoogleraar geriatric; Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
 prof. dr PAGM de Smet, hoogleraar kwaliteit van de farmaceutische patiëntenzorg; Universitair Medisch Centrum Nijmegen, Nijmegen
 prof. dr RGJ Westendorp, hoogleraar ouderengeneeskunde; Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
 adviseur namens VWS; Den Haag (naam nog niet bekend)
 DCM Gersons-Wolfensberger, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
 dr R van der Sande, sociaal-wetenschappelijk onderzoeker en verpleegkundige; RGO, Den Haag; *secretaris*

Advies gevraagd over het opsporen van baarmoederhalskanker

Bij het onderzoek naar baarmoederhalskanker worden steeds vaker nieuwe methoden gebruikt, zoals dunnelaagcytologie en 'automatische screening' op baarmoederhalskanker. In de praktijk is men hierover positief gestemd. Of deze methoden werkelijk beter zijn, is wetenschappelijk echter nog niet aangetoond. Het UMC St Radboud te Nijmegen wil in die leemte voorzien met een wetenschappelijk onderzoek, gekoppeld aan het landelijk bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Het centrum heeft daarvoor een vergunning nodig. Op 25 juli 2005 vroeg de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) aan de Gezondheidsraad advies over deze vergunningaanvraag.

WA van Veen, arts, is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Het huidige onderzoek op baarmoederhalskanker

In Nederland en in andere landen waar al jarenlang bevolkingsonderzoek plaatsheeft, treft baarmoederhalskanker vooral vrouwen die nooit gescreend zijn of bij wie dat meer dan vijf jaar geleden is. Het komt veel minder vaak voor dat de ziekte optreedt ondanks screening, omdat daarbij een afwijking over het hoofd gezien is of iets anders fout is gegaan. De kans op zo'n foutnegatieve uitkomst is ook met rigoureuze kwaliteitsbewaking echter niet uit te sluiten.

Screening op baarmoederhalskanker gebeurt vanouds door abnormale cellen op te sporen in een uitstrijkje van de baarmoederhals. Er dienen zich verschillende nieuwe technologische ontwikkelingen aan om dit celonderzoek te verbeteren: met ander uitstrijk-materiaal (borsteltje in plaats van spatel), DNA-diagnostiek (HPV-screening op hoogrisicotypen van het humaan papillomavirus) als aanvulling op het conventionele celonderzoek, betere monster-

bewerking (suspensie- of dunnelaagcytologie), en computer-ondersteunde beoordeling van uitstrijkpreparaten.

Het voorgenomen onderzoek

Het in de aanvraag van het UMC St Radboud beschreven onderzoek omvat 90 000 deelnemers aan het bevolkingsonderzoek in twee regio's, Nijmegen en Eindhoven. Het project wordt gesubsidieerd door het College voor zorgverzekeringen en duurt vijf jaar. Het gaat om een gerandomiseerd onderzoek waarin de conventionele uitstrijkmethode wordt vergeleken met dunnelaagcytologie (*ThinPrep*) met of zonder geautomatiseerde prescreening (*ThinPrep Imaging System*, TIS). Het project heeft tot doel te bezien of in het bevolkingsonderzoek het conventionele uitstrijkje vervangen dient te worden door een van de twee andere methoden. De vergelijking betreft de diagnostische waarde, kosten en gebruikersvriendelijkheid. Als de uitkomst van de *trial* daartoe aanleiding geeft, zullen modelberekeningen worden gemaakt om de langetermijengevolgen te simuleren van invoering van dunnelaagcytologie, met of zonder geautomatiseerde prescreening, voor de effectiviteit en doelmatigheid van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Nederland.

Belang van nieuw onderzoek

Onderzoek in Nederland is van belang. De uitgangssituatie en kosten verschillen van die in het buitenland. In een haalbaarheidsonderzoek in het Verenigd Koninkrijk daalde het aantal niet te beoordelen uitstrijkjes sterk, van 9 naar 1,4 procent, na de overstap op dunnelaagcytologie. In Nederland bereikt men echter al jarenlang een niveau van 1 procent of minder.

ThinPrep is een door de Amerikaanse overheid (FDA) goedgekeurd systeem van dunnelaagcytologie. Er is al veel onderzoek gedaan naar de diagnostische waarde ervan. Dit betreft echter

uitsluitend de ‘winst’ in het opsporen van afwijkingen, wel of niet bevestigd door weefselonderzoek en ‘blinde’ herbeoordeling. Nog niet onderzocht is of het opsporen van meer afwijkingen ook leidt tot effectievere preventie van baarmoederhalskanker, zonder stijging in het aantal foutpositieve screeningsuitkomsten.

Over semi-automatische screening van dunnelaagpreparaten met TIS is nog maar één onderzoek gepubliceerd. Deze Amerikaanse studie vertoont belangrijke methodologische mankementen en heeft geen bewijskracht voor de toepassing van TIS in bevolkingsonderzoek.

Arbeidsomstandigheden

Extra vragen over de gevaren van oplosmiddelen

MdW Op verzoek van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) bereidt de Gezondheidsraad een advies voor over effecten van oplosmiddelen op de vruchtbaarheid.

De staatssecretaris vroeg in een brief van 13 maart 2001 naar het oordeel van de raad over de wetenschappelijke 'hardheid' van het epidemiologische verband tussen vruchtbaarheidsschade en beroepsmatige blootstelling aan oplosmiddelen. Ook werd gevraagd of oplosmiddelen de geconstateerde schade veroorzaken, en voor welke oplosmiddelen dat dan precies geldt. Tot slot wilde de staatssecretaris weten hoe werknemers het beste te beschermen zijn tegen schade door blootstelling aan oplosmiddelen.

Op 21 maart 2005 stuurde de staatssecretaris van SZW een brief met extra vragen bij de eerdere adviesaanvraag. Aanleiding hiervoor zijn recente epidemiologische onderzoeksgegevens die sterk wijzen op lichamelijke en verstandelijke afwijkingen bij nakomelingen van schilders. De staatssecretaris legt de Gezondheidsraadcommissie de volgende extra vragen voor:

1. De onderzoekers hebben geschat dat de gemiddelde blootstelling onder de vigerende MAC-waarden ligt. Beschermen de vigerende MAC-waarden tegen effecten op het nageslacht? Is er nieuwe informatie die een ander licht werpt op de vastgestelde MAC-waarden? Kan een continue lage blootstelling de geconstateerde effecten teweegbrengen?
2. Hebben de geconstateerde effecten een relatie met piekblootstelling zoals ook enkele malen door dezelfde onderzoekers is aangegeven bij blootstelling aan inhalatie-anesthetica?

De staatssecretaris vraagt de raad spoed bij de advisering.

Inmiddels heeft de raadsvoorzitter een commissie ingesteld die zich over de vragen gaat buigen.

Samenstelling commissie

- dr BJ Blaauboer, senior onderzoeker en docent toxicologie; Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS), Universiteit Utrecht, *voorzitter*
- dr HFP Joosten, toxicoloog; Organon NV, Oss
- dr PJJM Weterings, adviseur-toxicologie; Weterings Consultancy BV, Rosmalen
- prof. dr D Lindhout, hoogleraar medische genetica; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- dr JHJ Copius Peereboom-Stegeman; Universitair Medisch Centrum Utrecht; Katholieke Universiteit Nijmegen; Universitair Medisch Centrum Sint Radboudziekenhuis, Nijmegen
- ir AM Bongers; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, *adviseur*
- ir DH Waalkens-Berendsen, product manager reproduction toxicology; TNO Kwaliteit van Leven, Zeist
- dr AH Piersma, Senior Scientist; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven
- dr ir N Roeleveld, Associate Professor; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- dr ir H Kromhout, associate professor; Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS), Utrecht
- dr S Buitendijk, wetenschappelijk onderzoeker TNO; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
- dr ir A Burdorf, Universitair Docent Bedrijfsgezondheidszorg; Erasmus MC, Rotterdam
- dr CA Bouwman, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
- dr ASAM van der Burght, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

De hieronder vermelde publicaties zijn te downloaden van de website (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

Gezondheidszorg

2005

Kwaliteit en kwantiteit van allogene stamcel-transplantaties bij kinderen. 2005/12.
 Neonatale Screening. 2005/11.
 Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. 2005/10.
 Signalering van betekenisvolle ontwikkelingen in de zorg. 2005/08.
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2005 – Gezondheidsraad. 2004/07.
 Vergrijzen met ambitie. 2005/06.
 Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een griep пандemie. 2005/05.
 Het chronische-vermoeidheidssyndroom. 2005/02.
 Wet bevolkingsonderzoek: kalkscore en hart- en vaatziekten. 2005/02WBO.
 Wet bevolkingsonderzoek: vormen van screening op darmkanker. 2005/01WBO.

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 griep пандemie; 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.
 Lycopoen/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

Protocolen asbestziekten: longkanker. 2005/09.
 Herevaluatie van oude mac-waarden: Nicotine. (2000/15OSH/105(R)).
 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 # 5
JAARGANG 21
SEPTEMBER/OKTOBER 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
Internet - www.gr.nl
www.gezondheidsraad.nl
www.healthcouncil.nl

ISSN 0169-5211