

GRAADMETER # 2

Wij chirurgen houden niet zo van
'enerzijds, anderzijds'; wij zijn gewend
om door te pakken. Huug Obertop, p. 6

	Redactioneel		
2	Belangeloos	25	Gezonde leefomgeving
			Risico's van blootstelling aan stoffen voor de geboorte
	Interviews	27	Asbest en kanker
5	Topchirurg wordt vicevoorzitter Gezondheidsraad		
9	'Treat first what kills first'	30	Gezonde arbeidsomstandigheden
			Drie formamides beoordeeld op kankerverwekkendheid
	Varia	32	1,2-Catechol en isomeren van dinitrobenzeen beoordeeld op kankerverwekkendheid
14	Afscheid	34	Conceptrapporten over methylmethacrylaat en hexachloorbezeen
14	Een nieuw uiterlijk	35	N-Fluoren-(2-yl)acetamide en methotrexaat
		36	Antimoon(verbindingen) en metallisch chroom
	Gr-galerie		
15	Luigi Amati		
	Preventie		Innovatie en kennisinfrastructuur
17	Vaccinatie van kinderen tegen tbc blijft zinvol	38	Ook inspectie kan <i>evidence based</i> werken
19	Risico's voor de volksgezondheid van antibiotica-gebruik in de veehouderij	40	Investeer in kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg
21	Vergunning gevraagd voor aangepast borstonderzoek	42	Verschenen
	Gezonde voeding		
23	Minister neemt advies verhoging vitamine K-suppletie over		



Foto: Jolanda Rijkels

Topchirurg wordt vicevoorzitter Gezondheidsraad

De nieuwe vicevoorzitter van de Gezondheidsraad heet Huug Obertop. Als chirurg en hoogleraar chirurgie verdiende hij zijn sporen in de academische ziekenhuizen van Rotterdam, Utrecht, Maastricht en Amsterdam. Ook was hij actief in beroepsorganisaties en zat hij in commissies en tijdschriftredacties op het vakgebied. Vier jaar geleden verkozen zijn collega's hem tot beste chirurg van Nederland. Nu – begin 2011 – loopt hij wat onwennig over de Haagse gangen. Printopdrachten verdwijnen in het duister. In zijn kamer bungelen lege nylonraden waar ooit schilderijen hingen. Niets is nog – of al – vanzelfsprekend.

Dr. M. de Waal maakt als redacteur deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Wat trok u aan in het vicevoorzitterschap van de Gezondheidsraad?

Anderen maakten me attent op deze vacature. Ik ben drie jaar geleden gepensioneerd op mijn 65^e. Men wist van me dat ik wel zin en tijd had om nog actief te blijven. Als ervaren chirurg kom je dan gemakkelijk terecht in bestuurlijk werk voor de beroepsgroep, in financiële en organisatorische zaken. Daar ben ik geen goede voor. Ik was een tijd voorzitter van de Vereniging van Heelkunde. Dat heet wel een wetenschappelijke vereniging, maar eigenlijk ging het daar meer over belangenbehartiging. Ik ben liever inhoudelijk bezig. Zo heb ik al enige tijd bij ZonMw een leuke baan. Ik ben er voorzitter van de subcommissie Effecten & Kosten van het programma Doelmatigheidsonderzoek. Wij beoordelen subsidie-aanvragen voor vergelijkende onderzoeken. Bijvoorbeeld of je bij een bepaalde aandoening beter kunt opereren of medicijnen voorschrijven. Of wanneer *e-health* mogelijkheden biedt, en wanneer patiënten beter af zijn met hun huisarts. De wetenschappelijke onderbouwing van de gezondheids-

- 6 zorg is iets dat me altijd heeft geïnteresseerd, het grensvlak van wetenschap en beleid.

We moeten allemaal langer gaan doorwerken. U doet het al.

Ik ben nu 68. Het lijkt me realistisch om te zeggen: ik doe dit werk twee jaar. Voor mij is het leuke – naast de inhoudelijke overwegingen – dat het me bindt, mijn leven structureert. Ik hoop echt nog een maatschappelijke bijdrage te gaan leveren. Voor de organisatie betekent het: versterking met een zeer ervaren man uit de curatieve zorg. Men had natuurlijk kunnen kiezen voor een kandidaat die meer in full swing is, maar op mij kunnen ze gemakkelijker een beroep doen. En wat ook wel praktisch is: wij chirurgen houden niet zo van enerzijds, anderzijds; wij zijn gewend om door te pakken. Een groot voordeel van de ouderdom is dat je geen carrière meer hoeft te maken. Deze baan is voor mij geen stap op weg naar iets anders. Misschien hoeft je daarom bij ouderen minder beducht te zijn voor belangenverstrengeling.

Had u in uw vorige werk te maken met de Gezondheidsraad?

Ik heb me wel eens bemoeid met de pogingen tot concentratie van de bijzondere kinderchirurgie in Nederland. Je gaat dan natuurlijk kijken: wat heeft de Gezondheidsraad hierover geadviseerd? Dan zie je dat verstandige adviezen in de praktijk nogal gemodificeerd kunnen worden. Om niet te zeggen dat er soms gewoon omheen gepiept wordt.

De Gezondheidsraad betoont zich terecht voorstander van volumevergroting in de topklinische zorg. In het AMC zijn we al vijftien jaar geleden begonnen onderzoek te doen naar het effect van volume op uitkomst bij hoogrisico-operaties aan de slokdarm en alvleesklier. Het was zo duidelijk als wat: naarmate men een bepaalde operatie vaker uitvoert, daalt het percentage sterfgevallen. Niemand pikte deze bevinding aanvankelijk op. In de beroepsgroep wist men het wel maar het inzicht kwam niet verder. Terwijl ook vergelijkende onderzoekscijfers er niet om logen. Een voorbeeld: bij operaties aan alvleesklierkanker in Nederland stierf gemiddeld één op de tien patiënten. In ziekenhuizen die in een jaar minder dan vijf van die operaties deden, was het sterftepercentage zelfs vijftien. In ziekenhuizen die meer dan twintig operaties deden, zag je het sterftcijfer dalen naar minder dan vijf procent. Bij zulke uitkomsten denkt het veld:

‘Interessant, en nu?’ En ook: ‘Volumevergroting is goed, geef mij maar meer patiënten’. Niemand wil patiënten aan een ander afstaan. Over het onderwerp van de volumevergroting is het laatste woord nog niet gezegd. Met welke indicatoren meet je kwaliteitszorg op wetenschappelijke basis? Is de gecorrigeerde ziekenhuissterfte daarvoor de beste maat? Bij dergelijke discussies ben ik in mijn nieuwe rol van vicevoorzitter graag betrokken.

Ik vind het overigens opvallend dat patiënten wel steeds mondiger worden, maar nog steeds zelden aan een specialist vragen: Hoeveel van deze operaties heeft u er eigenlijk vóór mij gedaan? De dokter vertelt het ook niet spontaan. Misschien denkt hij wel: andere dingen kan ik goed, waarom zou ik deze ingreep dan niet kunnen? En het is natuurlijk ook zo dat een individuele chirurg die een bepaalde operatie maar één keer per jaar doet, dat best heel goed voor elkaar kan krijgen.

Met welke onderwerpen op het werkprogramma van de raad heeft u de meeste affiniteit?

Veel van de onderwerpen in het aandachtsgebied van de gezondheidszorg spreken mij aan. Ontwikkelingen in de topklinische zorg. Veiligheid, doeltreffendheid, doelmatigheid. Kwaliteitsindicatoren. Als vicevoorzitter ga ik de Beraadsgroep Geneeskunde voorzitten en daar kijk ik naar uit. Hetzelfde geldt overigens voor mijn andere beraadsgroep: Gezondheid en Omgeving. Dat is verder van mijn oude vakgebied af, en daarom juist weer interessant.

Aansluitend bij uw interesses: met wie uit het veld zou u de lezers van Graadmeter graag eens kennis laten maken?

Op het werkprogramma staat een advies over de achtervang bij spoedeisende hulp. Het traject moet dit jaar beginnen. Graag zou ik al eens een man uit het veld uit eigen ervaring over dit onderwerp laten vertellen. Hoe snel moet een patiënt behandeld kunnen worden, voor welke zaken moet dat in elk ziekenhuis kunnen en welke kunnen in een beperkt aantal centra worden geconcentreerd? Hoe doelmatig en nuttig is het bijvoorbeeld om een CT-scan te hebben op de spoedeisende hulp? In het AMC is vorig jaar een jonge hoogleraar traumatologie benoemd: Carel Goslings. Hem nomineer ik graag als mijn ‘verzoeknummer’ voor *Graadmeter*.



Foto: Jeroen Oerlemans

‘Treat first what kills first’

Geheel in stijl vindt het interview met traumachirurg prof. Carel Goslings plaats tussen twee spoedgevallen door. Goslings is medisch hoofd van TraumaNet AMC. Traumacentra zijn de best-geoutilleerde plekken voor acute zorg. Afdelingen voor Spoedeisende Hulp (SEH) in gewone ziekenhuizen moeten werken met beperktere faciliteiten, een onderwerp waarover de Gezondheidsraad later dit jaar een advies-traject start. Nu – op verzoek van de nieuwe vicevoorzitter van de raad prof. Huug Obertop – alvast een kijkje in het brede veld van de acute zorg.

Dr. M. de Waal maakt als redacteur deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Wat is het verschil tussen de SEH van een traumacentrum en van een gewoon ziekenhuis?

Voor de traumazorg zijn er drie niveaus van ziekenhuizen: Level 1 (traumacentra), Level 2 (grote regionale ziekenhuizen), en Level 3 (lokale ziekenhuizen). Traumacentra zijn er vooral voor ongevalsslachtoffers die levensbedreigende verwondingen hebben opgelopen. De SEH-afdelingen in niet-traumacentra zijn er voor mensen met minder complexe acute ongevallen en letsels. Het ambulancepersoneel bepaalt – aan de hand van hun protocollen – wie er naar een traumacentrum gebracht moet worden, en wie er op de SEH van een gewoon ziekenhuis geholpen kan worden. In het AMC krijgt het traumateam jaarlijks zo’n zes- à zevenhonderd (potentieel) ernstig gewonde patiënten binnen op de traumakamer. Het valt natuurlijk wel eens mee, maar vaak gaat het toch om ernstig gewonde patiënten voor wie elke minuut telt. In de meeste gevallen zijn het verkeersslachtoffers. Verder: bedrijfsongevallen, mensen die thuis aan het klussen waren, mensen die psychisch in de war zijn en bijvoorbeeld van een dak gesprongen zijn, en ernstige sportongevallen na bijvoorbeeld een val of trap van een paard.

Er zijn in Nederland elf traumacentra, verspreid over het land. Vrijwel iedereen kan binnen een uur in een traumacentrum zijn. Aanvankelijk waren mensen in zuidelijk Zeeland en in de Waddeneilanden wat slechter af. Maar nu de traumahelicopter 24 uur per dag ingeschakeld kan worden, kunnen ook zij snel bij een traumacentrum gebracht worden, als de weersomstandigheden het vliegen tenminste toelaten.

Als er een patiënt binnengebracht wordt bij het traumacentrum staat daar een heel traumateam klaar. We werken dan snel ons ABCD-stramien af. A staat voor *airway and cervical spine*: is de ademweg vrij en de nek beschermd? B staat voor *breathing*: is de ademhaling in orde? C is voor *circulation*: is de bloedsomloop in orde en zijn er geen bloedingen? D ten slotte voor *disability*: zijn er aanwijzingen voor hersenletsel? Vervolgens doen we wat nodig is voor de verdere diagnostiek: röntgenfoto's, bloed- en urineonderzoek, en zo nodig een CT-scan, MRI-scan, noem het maar op. Zodra we de situatie in kaart hebben, gaan we tot actie over. Ons motto daarbij: *treat first what kills first*. Het veiligstellen van de ademhaling en de bloedsomloop is van cruciaal belang om secundaire schade te beperken. Alle methoden kunnen we daarvoor uit de kast halen: beademing, operaties, transfusies, interventieradiologie (een soort omgekeerde dotterbehandeling waarbij geen doorgang wordt geforceerd maar juist een blokkade wordt aangebracht waardoor een inwendige bloeding stopt). De traumachirurg bepaalt de volgorde en prioriteiten van deze *damage control* behandeling.

Als de patiënt in een meer stabiele toestand is gebracht gaat die naar de Intensive Care, Medium Care, of gewone verpleegafdeling. Later, als de patiënt helemaal gestabiliseerd is, kunnen zo nodig definitieve hersteloperaties plaatsvinden.

Bent u tevreden over de taakverdeling tussen traumacentra en andere ziekenhuizen?

Ik denk dat we de traumazorg in Nederland goed georganiseerd hebben met die elf traumacentra. Het is goed dat multitraumapatiënten geconcentreerd worden in gespecialiseerde centra. Dat is in het voordeel van die patiënten, omdat ze op een plek komen waar alle denkbare personele kennis en medisch-technologische middelen beschikbaar zijn om hen snel te helpen. En het is belangrijk dat de artsen hierdoor jaarlijks voldoende patiënten krijgen om hun expertise

op hoog niveau te houden. Zouden die patiënten naar willekeurig welk ziekenhuis gebracht worden, dan zou niemand voldoende ervaring opbouwen. En een suboptimale behandeling verslechtert het resultaat voor de patiënt.

Traumacentra moeten zich concentreren op de complexe gevallen. Dat hoeven niet altijd acute levensbedreigende letsels te zijn. Bepaalde complexe letsels die ook voorkomen zónder dat een patiënt helemaal in de kreukels ligt, kunnen ook beter geconcentreerd worden in bepaalde centra. Bijvoorbeeld een breuk van het bekken, of zeer ernstige open botbreuken.

Voor minder-complexe spoedeisende hulp kunnen patiënten net zo goed, of misschien zelfs beter, in een Level 2 of Level 3 ziekenhuis terecht. De traumacentra in Nederland vormen elk een traumazorgnetwerk met Level 2 en Level 3 ziekenhuizen in de omgeving. Soms vragen wij een ander ziekenhuis om een patiënt over te nemen. Bijvoorbeeld omdat zij de vereiste behandeling vaker uitvoeren. Of omdat we zelf te beperkt zijn in onze capaciteit. Wij kunnen niet iedereen behandelen die hier wordt binnengebracht.

Hoe doelmatig en nuttig is het om een CT-scan te hebben op de Spoedeisende Hulp?

De rol van de CT-scan bij het vaststellen van inwendig letsel is steeds groter geworden. Vroeger – toen wij nog geen CT-scan in de traumakamer hadden – moest een patiënt die een CT-scan nodig had op de SEH overgetild worden van de brancard op een bed, met dat bed in de lift naar de eerste etage en daar weer overgetild op het apparaat. Dat alles kostte veel tijd en daardoor was de behandeling niet optimaal. In het AMC hebben we de CT-scan naar de patiënt gebracht: we hebben er een óp de SEH gezet. Bij heel veel aandoeningen is een snelle diagnose immers cruciaal. Dat geldt ook bij een hersenbloeding of -infarct, bij een hartinfarct, bij een blindedarmontsteking. Door deze investering is onze *door to needle time* enorm bekort, en dat zorgt weer voor een snellere behandeling en een betere doorstroom van patiënten. Daarnaast hoeven we de Röntgenafdeling niet steeds te verstoren met haastklussen tussendoor, waardoor zij hun werk beter kunnen plannen.

Voor ons is het inmiddels vanzelfsprekend, maar toch hebben nog maar enkele centra een CT-scan op de SEH-afdeling. Het is natuurlijk een hele investering, zowel qua geld als qua infrastructuur. Je hebt met stralingsbescherming te maken. En het is niet altijd

- 12 wetenschappelijk keihard te maken dat het goed is, al is het onze ervaring zonder meer. Ik verwacht en adviseer dat SEH's die nieuw gebouwd gaan worden steeds vaker een eigen CT-scan krijgen.

Wat is het meest acute probleem waarmee de spoedzorg in Nederland kampt?

Logistiek, doorstroom en kosten zijn altijd punten van aandacht. SEH's krijgen grote patiëntenstromen binnen. Het kost moeite om die aanvoer zo te verwerken dat mensen niet te lang hoeven te wachten op de juiste zorg. Er wordt hard aan gewerkt en er is al heel veel verbeterd, maar nog zouden we graag tijd winnen bij het scheiden van patiëntenstromen en het doorsluizen ervan. Je wilt een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats hebben: de patiënt met de verzwikte enkel kan naar de huisartsenpost, de patiënt met de blindedarm- of galblaasontsteking naar een gewoon ziekenhuis, alleen de echt complexe spoedgevallen moeten in de traumacentra of academische ziekenhuizen geholpen worden.

Voor traumapatiënten heeft het ambulancepersoneel met haar triage hier een zware verantwoordelijkheid. Wij hebben het daarmee vergeleken gemakkelijk, in de veilige omgeving van het ziekenhuis met alle noodzakelijke apparatuur om ons heen. Zij moeten op straat of thuis een snelle en vakkundige inschatting maken. Ze worden daarbij zo nodig weliswaar ondersteund door een Mobiel Medisch Team, maar toch is het aan hen om snel te handelen. Een inwendige bloeding bijvoorbeeld kun je niet op straat stelpen. Het is daarom heel erg belangrijk om die tijd tot het juiste ziekenhuis zo kort mogelijk te houden.

De Raad voor Gezondheidsonderzoek bracht in 2002 het advies Onderzoek in de traumazorg uit. Heeft u hier iets aan gehad?

Het is een heel goed startpunt voor verbetering geweest. Volgens dat advies was het wetenschappelijke onderzoek in de traumatologie methodologisch en inhoudelijk gezien onder de maat. De Nederlandse Vereniging voor Traumatologie is toen samen met ZonMw een traject gestart waarbij acht jonge traumachirurgen werden opgeleid tot klinisch epidemioloog. Ze beheersen nu niet alleen het chirurgenvak, maar weten ook hoe ze onderzoek moeten opzetten zodat het hoogwaardige kennis kan opleveren. En inmiddels begint deze investering zijn eerste vruchten af te werpen. Deze maand begint een

tweede ronde, waarbij nog weer negen jonge specialisten van traumacentra en SEH's tot epidemioloog opgeleid gaan worden.

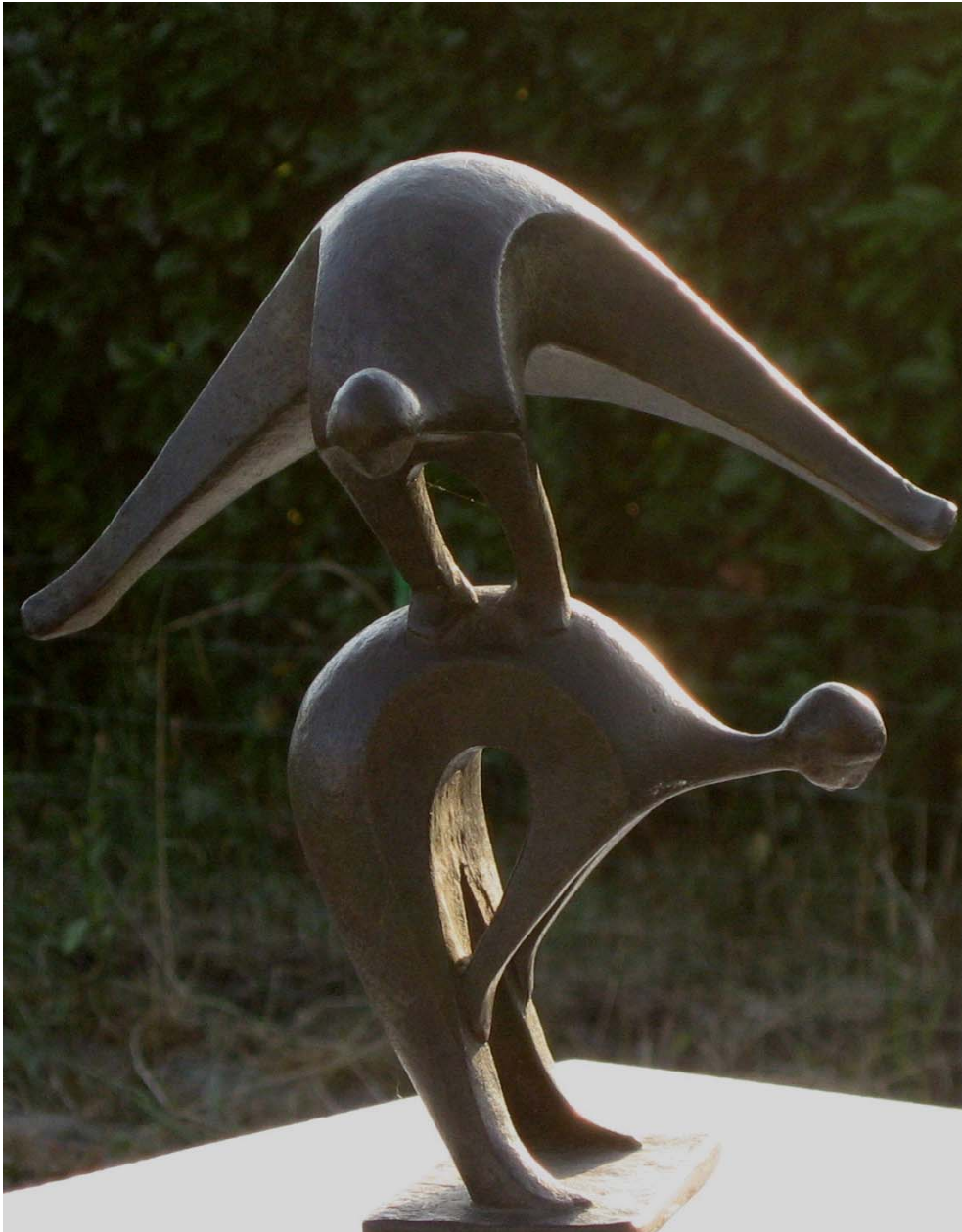
Een ander belangrijk punt is dat onderzoekers in ons vakgebied nog meer moeten samenwerken. Wil je een goed onderzoek kunnen doen, met onderzoekspopulaties van voldoende omvang, dan heb je elkaar nodig. We starten vanuit het AMC in april met een *multicenter trial* bij multitraumapatiënten. Wij zijn daarbij de hoofdonderzoeker, maar er werken nog drie Nederlandse, een Amerikaans en een Zwitsers traumacentrum mee. Gezamenlijk ook moet je subsidies aanvragen bij ZonMw, alleen ben je nergens. Onze les voor de toekomst: minder competitie, meer samenwerking.

Afscheid

Saskia Pluijm heeft per 1 maart jl. het secretariaat verlaten. Zij werkte sinds mei 2009 voor de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek en was onder andere secretaris van de commissie die het deze maand verschenen advies *Op weg naar evidence based toezicht* voorbereidde.

Een nieuw uiterlijk

Binnenkort zullen de adviezen van de Gezondheidsraad een ander uiterlijk krijgen. De witte omslagen zullen ‘van kleur verschieten’. Ook zullen de zes aandachtsgebieden – optimale gezondheidszorg; preventie; gezonde voeding; gezonde leefomgeving; gezonde arbeidsomstandigheden; innovatie en kennisinfrastructuur – direct herkenbaar zijn. Het welbekende logo komt op een andere manier terug, vergelijkbaar met de presentatie op de vernieuwde website.



Luigi Amati, Romein van geboorte en sinds 1965 woonachtig in Nederland, is een veelzijdig kunstenaar. Hij maakt grote reliëfs en beelden in opdracht van bedrijven, gemeenten en particulieren. Daarnaast geeft hij les in tekenen en boetseren. Hij ziet de vormen in hun zuivere eenvoud en geeft de essentie weer. 'In mijn werk zoek ik naar harmonie. Ik wil de spanning tussen ronde vormen en scherpe lijnen in evenwicht brengen, een sensueel spel van licht en schaduw creëren', aldus Amati. 'Een belangrijke inspiratiebron voor mij is de vrouw.' Zie www.luigiamati.com.

Preventie

Vaccinatie van kinderen tegen tbc blijft zinvol

De Gezondheidsraad adviseert vaccinatie van kinderen uit risicogroepen tegen tuberculose te continueren. Bij jonge kinderen met tbc treden namelijk sneller complicaties op en die zijn dan vaak ook ernstig. Vaccinatie is een effectieve en mogelijk zelfs kostenbesparende manier om kinderen hiertegen te beschermen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in het advies *Vaccinatie van kinderen tegen tuberculose* dat op 17 maart is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Drs. J.M. Allers maakt als redacteur deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Vaccinatie van kinderen tegen tuberculose* (nr. 2011/04) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

De vaccinatie blijft beperkt tot kinderen die een hogere kans lopen op besmetting met de ziekte: kinderen van wie een of beide ouders afkomstig is uit een land waar tuberculose veel voorkomt (meer dan 50 gevallen per 100.000 inwoners). Dat gaat nu om sommige landen in Oost-Europa, Suriname en grote delen van Afrika en Azië. In totaal betreft de vaccinatie in Nederland ongeveer 24.000 zuigelingen per jaar.

Afschaffen van de vaccinatie zou betekenen dat voor kinderen hetzelfde beleid zou gelden als voor volwassenen. Dat houdt in dat ziektegevallen worden gemeld aan de GGD die vervolgens de kring rond de patiënt test op tbc. Bij kinderen is de diagnose echter moeilijk te stellen, terwijl ze wel sneller en ernstiger ziek worden. Bovendien werkt het vaccin juist bij kinderen goed.

De Gezondheidsraad beveelt aan de vaccinatie voor de doelgroepen op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma. Daardoor verbetert het bereik en is een goede registratie van de vaccinatiegraad gewaarborgd. Bovendien raken huisartsen, jeugd- en kinderartsen zo beter bekend met het vaccin en de ziekte. Voor een kwalitatief verantwoorde uitvoering is specifieke expertise en ervaring vereist. Concen-

- 18 tratie van de uitvoering is daarom van belang. Op dit moment zijn bijvoorbeeld tuberculosebestrijdingsafdelingen van de GGD goed hiervoor toegerust.

Tot slot beveelt de Gezondheidsraad aan dat Nederland bijdraagt aan onderzoek naar een nieuw en beter vaccin tegen tbc. Wereldwijd komt deze ernstige en besmettelijke ziekte namelijk veel voor en resistentie tegen de bestaande geneesmiddelen is een groot probleem. Het huidige vaccin is vooral geschikt om ernstige complicaties bij kinderen te gaan.

Samenstelling Commissie Rijksvaccinatieprogramma::

- | | |
|--|--|
| prof. dr. E.J. Ruitenbergh, emeritus hoogleraar immunologie, Universiteit Utrecht; hoogleraar internationale volksgezondheid; Vrije Universiteit, Amsterdam
<i>voorzitter</i> | prof. dr. J.L. Severens, hoogleraar evaluatie in de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam |
| prof. dr. J.J. Roord, hoogleraar kindergeneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam, <i>vicevoorzitter</i> | prof. dr. B.H. Stricker, hoogleraar farmaco-epidemiologie, Erasmus Universiteit Rotterdam |
| dr. M.A.E. Conyn-van Spaendonck, arts-epidemioloog/RVP-manager, Centrum Infectieziektebestrijding, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, <i>adviseur</i> | prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick, emeritus hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen, Oegstgeest |
| dr. P.J. van Dalen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>waarnemer</i> | drs. H.J. Vermeulen-Schakel, jeugdarts, GGD Kennemerland, Hoofddorp |
| prof. dr. W. van Eden, arts-microbioloog en hoogleraar veterinaire immunologie, Universiteit Utrecht | dr. M. Verweij, ethicus, Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht |
| prof. dr. R. de Groot, hoogleraar kindergeneeskunde, Universiteit Nijmegen | dr. A.C.G. Voordouw, arts MPH, College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. E. Hak, hoogleraar klinische farmaco-epidemiologie, Rijksuniversiteit Groningen | prof. dr. H.L. Zaaijer, hoogleraar bloeioverdraagbare infecties, Academisch Medisch Centrum en Sanquin, Amsterdam |
| dr. H.E. de Melker, epidemioloog, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, <i>adviseur</i> | dr. H. Houweling, arts-epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| dr. T.G.W.M. Paulussen, gezondheidswetenschapper, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden | dr. M.B.J.A. Janssens, arts maatschappij en gezondheid, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> (vanaf 1 augustus 2010) |
| | dr. J.H. van Loenhout-Rooyackers, longarts/arts maatschappij en gezondheid, Den Haag, <i>secretaris</i> (tot 2008) |

De commissie consulteerde de volgende deskundigen:

- | | |
|---|--|
| prof. dr. T.H.M. Ottenhoff, hoogleraar immunologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden | prof. dr. D. van Soolingen, hoofd tuberculose referentie laboratorium, RIVM, Bilthoven |
| dr. E.H. Schölvinc, kinderarts-infectioloog/immunoloog, Beatrix Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen | drs. M.L. van Weert-Waltman, jeugdarts, Amsterdam |

Risico's voor de volksgezondheid van antibioticagebruik in de veehouderij

Antibiotica zijn van onschatbare therapeutische waarde voor de behandeling van infecties met pathogene bacteriën bij mens en dier. Door verstandig en restrictief gebruik van antibiotica probeert men de ontwikkeling van resistentie van bacteriën tegen antibiotica zoveel mogelijk tegen te gaan. Desondanks zien artsen die resistentie toenemen. Een van de mogelijke oorzaken is het overgaan van antibiotica-resistentie van bacteriën bij dieren naar bacteriën bij de mens. Bekende voorbeelden zijn de vee-gerelateerde MRSA (methicilline-resistente *Staphylococcus aureus*) en de zogeheten ESBL (extended spectrum β -lactamase) producerende bacteriën.

Dr. K. Groeneveld en dr. M.F.M. Langelaar maken deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Eerder advies

Ongerustheid rond het gebruik van antibiotica in de veehouderij heeft in 1998 geleid tot een adviesvraag van de minister van VWS aan de Gezondheidsraad over de gezondheidsrisico's van het gebruik van antimicrobiële groeibevorderaars (AMG). De raad adviseerde om deze AMG's op korte termijn te verbieden. Mede door dit advies, en door Europese regelgeving, zijn in Nederland vanaf 2005 alle AMG's als additief in veevoer verboden. Het afschaffen van de AMG's heeft echter niet geleid tot een daling van het gebruik van antibiotica, noch tot een daling van resistentie. Deze observaties waren aanleiding voor het opstellen van een nieuwe adviesaanvraag.

Gezamenlijke adviesvraag

De adviesvraag is afkomstig van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en die van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie samen. Het advies zal meer kennis moeten verschaffen over de wijze waarop resistentie vanuit dierpopulaties bij de mens terecht

- 20 komt en hoe dat tegengegaan kan worden, welke maatregelen de meeste positieve effecten zullen hebben in het terugdringen van resistentie en of het reserveren van bepaalde antibiotica voor uitsluitend humaan gebruik gewenst is.

Vergunning gevraagd voor aangepast borstonderzoek

Op 24 december 2010 vroeg de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om advies over een aanvraag van een vergunning voor wetenschappelijk onderzoek, ingediend door het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde te Utrecht.

Dr. L.G.M. van Rossum, maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De aanvraag betreft een onderzoek binnen het reguliere bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Bij vrouwen met een meer dan gemiddelde hoeveelheid bind- en klierweefsel in de borst is het risico op borstkanker verhoogd. Juist in deze hoogerisicogroep is de gewone borstfoto minder sensitief. Het bind- en klierweefsel geeft op de foto een verhoogde verdichting (mammografische densiteit) te zien, waardoor een eventuele tumor eenvoudiger kan worden gemist. In een aantal studies bleek Magnetic Resonance Imaging (MRI) beduidend sensitiever dan de gebruikelijke borstfoto. Nadelen van MRI zijn de hogere kosten en het grotere percentage fout-positieven. MRI wordt vooralsnog niet geschikt gevonden als algemene screeningsmethode, maar is dat mogelijk wel bij verhoogde mammografische densiteit. Het is de bedoeling om deelnemers met een verhoogde mammografische densiteit gerandomiseerd wel of niet aanvullend MRI aan te bieden.

Het primaire doel van het voorgestelde onderzoek is het verlagen van het percentage gemiste tumoren, maar cruciaal is bijvoorbeeld ook of de verwachte stijging van het percentage fout-positieven aanvaardbaar zal zijn. Het onderzoek zal zes jaar – drie screeningsronden – duren en de aanvrager verwacht voor dit onderzoek 25.000 vrouwen met verhoogde mammografische densiteit te moeten uitnodigen om uiteindelijk 3.500 vrouwen aanvullende MRI aan te bieden.

Gezonde voeding

Minister neemt advies verhoging vitamine K-suppletie over

Op 8 februari 2011 maakte de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bekend dat zij de aanbevelingen uit het briefadvies *Vitamine K-suppletie bij borstgevoede zuigelingen* van 29 juni 2010 overneemt (*Graadmeter*, september 2010, p. 38-39). Dit betekent dat de vitamine K-dosering voor alle borstgevoede zuigelingen wordt verhoogd van 25 naar 150 microgram per dag vanaf week 1 (dag 8) tot drie maanden na de geboorte.

De minister wil een specifieke groep – borstgevoede zuigelingen met een gestoorde vetopname – beschermen tegen een tekort aan vitamine K, zonder de andere zuigelingen bloot te stellen aan een mogelijk te hoge inname van vitamine K. Om het ouders zo eenvoudig mogelijk te maken om vitaminen K en D toe te dienen, gaat de voorkeur uit naar een dagelijkse frequentie. Ten slotte stelt de minister dat er bij de betrokken beroepsgroepen behoefte is aan een eensluidend oordeel over het niveau van suppletie.

De minister heeft het Voedingscentrum gevraagd met de betrokken beroepsgroepen te komen tot een eensluidende communicatielijn over vitamine K-suppletie. Verder zal, zoals in het advies is aanbevolen, de effectiviteit van het nieuwe suppletieniveau voor de preventie van ernstige bloedingen worden bepaald. De minister roept hierbij de hulp in van de betrokken beroepsgroepen.

Dr. ir. R.M. Weggemans maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Gezonde leefomgeving

Risico's van blootstelling aan stoffen voor de geboorte

Op 28 februari 2011 installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad een commissie die de minister van Infrastructuur en Milieu zal adviseren over prenatale blootstelling aan in het milieu voorkomende stoffen. De verwachting is dat de commissie het advies in het voorjaar van 2012 uitbrengt.

Drs. J.W. Dogger maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Er zijn aanwijzingen dat prenatale blootstelling aan chemische stoffen gezondheidsschade kan veroorzaken die het hele leven aanhoudt. De prenatale ontwikkeling van het zenuwstelsel (vooral de hersenen), de (geslachts)organen en het immuunsysteem van het ongeboren kind zijn gevoelig voor verstoring door chemische stoffen. Verstoring van genoemde ontwikkelings(processen) kan op latere leeftijd mogelijk leiden tot zeer uiteenlopende effecten, zoals kanker, afwijkingen van (geslachts)organen, motorische stoornissen, verminderde cognitieve vermogens, afwijkend sociaal gedrag, en afwijkingen van het immuunsysteem. Er zijn bijvoorbeeld onlangs verbanden gevonden tussen blootstelling aan hormoonontregelende stoffen in de prenatale fase en het risico op hart- en vaatziekten en obesitas.

De staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu legt de raad de volgende vragen voor:

- Hoe aannemelijk is het dat er effecten optreden als gevolg van prenatale blootstelling aan in het milieu voorkomende stoffen?
- Welke mechanismen liggen hieraan ten grondslag?
- Wat is de omvang van de prenatale blootstelling aan chemische stoffen?
- Wat is de impact van prenatale blootstelling op de volksgezondheid?
- Zijn er hoogrisicogroepen te onderscheiden?

- 26 . In hoeverre is het huidige beoordelingskader toereikend om prenatale blootstelling aan schadelijke chemische stoffen te onderkennen?

De Gezondheidsraad heeft eerder adviezen uitgebracht die raakvlakken hebben met dit onderwerp. Het betreft een advies over hormoonontregelende stoffen uit 1997 en een advies over bestrijdingsmiddelen in voedsel (een beoordeling van het risico voor kinderen) uit 2004. Naast deze adviezen zal de commissie ook het werk van een andere Gezondheidsraadcommissie die momenteel een advies opstelt over het identificeren en omgaan met risicogroepen – waaronder het (on)geboren kind – betrekken bij haar advisering.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|---|
| prof. dr. M van den Berg, hoogleraar toxicologie, IRAS, Utrecht, <i>voorzitter</i> | prof. dr. P.J.J. Sauer, hoogleraar kindergeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen |
| prof. dr. J. de Boer, hoogleraar milieuchemie en toxicologie, VU, Amsterdam | prof. dr. F.J. van Schooten, hoogleraar genetische toxicologie, Universitair Medisch Centrum Maastricht |
| dr. M.M.L. Dingemans, neurotoxicoloog, IRAS, Utrecht | prof. dr. C.S.P.M. Uiterwaal, hoogleraar klinische epidemiologie, Juliuscentrum UMC, Utrecht |
| prof. dr. S.E. Buitendijk, hoogleraar eerstelijnsverloskunde en ketenzorg, AMC, Amsterdam | dr. H.E.K. de Walle, epidemioloog, European Registration of Congenital Anomalies, Groningen |
| dr. D.M.G. de Groot, neurotoxicoloog, TNO Kwaliteit van Leven, Zeist | prof. dr. N. Weisglas-Kuperus, kinderarts, Erasmus Medische Centrum, Rotterdam |
| prof. dr. D.Lindhout, hoogleraar medische genetica, Universiteit Utrecht | dr. R. Korenromp, ministerie van Infrastructuur en Milieu, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| prof. dr. H. Loveren, hoogleraar imuntoxicologie, Universiteit van Maastricht, RIVM, Bilthoven | drs. J.W. Dogger, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| prof. dr. A.H. Piersma, hoogleraar reproductie toxicologie, IRAS, Utrecht en RIVM, Bilthoven | |

Asbest en kanker

De huidige blootstellingsgrenzen voor asbest in het milieubeleid – het zogeheten Maximaal Toelaatbaar Risiconiveau (MTR) en het Verwaarloosbaar Risiconiveau (VR) – zijn twintig jaar geleden vastgesteld. Sindsdien zijn nieuwe onderzoeksgegevens beschikbaar gekomen die een betere risicoanalyse mogelijk maken. De commissie Gezondheid en Beroepsmatige Blootstelling aan Stoffen (GBBS) van de Gezondheidsraad beoordeelde de onderzoeken naar de relatie tussen asbest en kanker opnieuw. In het advies dat op 3 juni 2010 uitkwam, adviseert zij MTR- en VR-waarden die – afhankelijk van het soort asbestvezel – een factor 30 tot 40 lager liggen dan de huidige blootstellingsgrenzen. De commissie heeft ook concentraties berekend die corresponderen met twee verschillende risiconiveaus binnen het arbeidsomstandighedenbeleid. De concentraties die overeenkomen met het strengste risiconiveau liggen een factor 10 tot 40 lager dan de huidige grenswaarde, opnieuw afhankelijk van het soort asbestvezel.

Drs. J.W. Dogger maakt deel van de uit wetenschappelijk staf van de Gezondheidsraad.

Reactie: blootstelling maximaal voorkomen

In zijn reactie schrijft de staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu dat het doel van het asbestbeleid is om – nog nadrukkelijker dan in het verleden – de blootstelling aan die vezels maximaal te voorkomen:

‘Voor het milieubeleid zet ik in op het maximaal verwijderen van de hoeveelheid asbest in de leefomgeving. Daarnaast richten de beleidsacties zich op het proces van asbestverwijdering; bewustmaking van burgers en bedrijfsleven; het verbeteren van toezicht; het versterken en ondersteunen van de uitvoering door gemeenten; en uniformering en vereenvoudiging van regelgeving en procedures. Het verwijderen dient op een verantwoorde wijze te geschieden en daarvoor zijn reeds strenge regels gesteld. Via voorlichting worden burgers en het bedrijfsleven bewust gemaakt van de gevaren van asbest en de wijze waarop met die gevaren verantwoord

28 kan worden omgegaan. Daarbij appelleer ik aan de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en de gezondheid van anderen. Ik zal ook niet schromen om het toezicht op de naleving van de asbestregels die onder andere gelden bij het verwijderen van asbest te (laten) versterken. Indien vereenvoudiging en uniformering van de regelgeving en procedures, bijdragen aan een betere naleving en effectievere handhaving, zal dit ook ter hand worden genomen.'

Wat betreft de blootstelling aan asbest op de werkplek: de minister van SZW heeft het advies van de Gezondheidsraad voorgelegd aan de Commissie Arbeidsomstandigheden van de Sociaal-Economische Raad (SER). Deze zal advies geven over de haalbaarheid van de door de Gezondheidsraad geadviseerde nieuwe grenswaarden. Na ontvangst van het advies van de SER zal de minister besluiten over een eventuele herziening van de wettelijke grenswaarde voor asbest op de werkplek.

Gezonde arbeidsomstandigheden

Drie formamides beoordeeld op kankerverwekkendheid

Van de drie formamides die de Gezondheidsraad heeft beoordeeld, zijn er twee ‘verdacht kankerverwekkend voor de mens’. Over de derde stof zijn onvoldoende gegevens bekend om tot een beoordeling te komen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in drie adviezen die op 18 februari 2011 zijn aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Het gaat om de stoffen formamide, N-methylformamide en N,N-dimethylformamide. De staatssecretaris betreft de adviezen bij zijn beslissing over maatregelen om werknemers te beschermen tegen kanker door blootstelling op de werkplek te verminderen.

Dr. A.S.A.M. van der Burght maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicaties *Formamide* (2011/01OSH), *N-Methylformamide* (2011/02OSH) en *N,N-dimethylformamide* (2011/03OSH) zijn te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek ‘Verschenen’.

Op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid beoordeelt de Gezondheidsraad of stoffen, waaraan werknemers op de werkplek kunnen worden blootgesteld, kankerverwekkend zijn. Dit doet de raad door de stoffen in te delen volgens een nieuw classificatiesysteem dat is afgeleid van EU-richtlijnen.

Zowel formamide als N,N-dimethylformamide zijn ‘verdacht kankerverwekkend voor de mens’ (categorie 2). De gegevens over de kankerverwekkende eigenschappen van deze stoffen zijn weliswaar beperkt, maar er is zeker reden tot zorg. Formamide is een stof die onder andere wordt gebruikt als intermediair bij diverse industriële processen, bij de productie van geneesmiddelen en pesticiden, en als oplosmiddel in de productie van plastics. N,N-dimethylformamide wordt onder andere gebruikt bij zuiveringen en als oplosmiddel, bij de productie van geneesmiddelen en als katalysator en gasdrager bij industriële processen.

Over N-methylformamide zijn onvoldoende gegevens bekend om de kankerverwekkende eigenschappen te evalueren (categorie 3). N-methylformamide is een stof die onder andere wordt gebruikt als

Samenstelling commissie:

- | | |
|---|--|
| prof. dr. G.J. Mulder, emeritus hoogleraar toxicologie,
Universiteit Leiden, Leiden, <i>voorzitter</i> | prof. dr. R.A. Woutersen, toxicologisch patholoog, TNO
Nutrition and Food Research, Zeist; hoogleraar
translationele toxicologie, Wageningen Universiteit,
Wageningen |
| dr. J. van Benthem, genetisch toxicoloog, Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven | prof. dr. A.A. van Zeeland, emeritus hoogleraar moleculaire
stralingsdosimetrie en stralingsmutagenese, Leids
Universitair Medisch Centrum, Leiden |
| dr. P.J. Boogaard, toxicoloog, SHELL International BV, Den
Haag | prof. dr. E.J.J. van Zoelen, hoogleraar celbiologie, Radboud
Universiteit Nijmegen |
| dr. M.J.M. Nivard, moleculair bioloog en genetisch
toxicoloog, Leids Universitair Medisch Centrum,
Leiden | dr. A.S.A.M. van der Burght, Gezondheidsraad, <i>secretaris</i> |
| dr. G.M.H. Swaen, epidemioloog, Dow Chemicals NV,
Terneuzen | |

1,2-Catechol en isomeren van dinitrobenzeen beoordeeld op kankerverwekkendheid

Volgens de beoordeling van de Gezondheidsraad moet 1,2-catechol (pyrocatechol) 'beschouwd worden als kankerverwekkend voor de mens'. Van isomeren van dinitrobenzeen zijn onvoldoende gegevens bekend om tot een beoordeling te komen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in twee adviezen die op 25 februari 2011 zijn aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De staatssecretaris betreft ze vervolgens bij zijn beslissing over maatregelen om werknemers te beschermen tegen kanker door blootstelling op de werkplek.

Op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid beoordeelt de Gezondheidsraad of stoffen, waaraan werknemers op de werkplek kunnen worden blootgesteld, kankerverwekkend zijn. Dit doet de raad door de stoffen in te delen volgens een nieuw classificatiesysteem dat is afgeleid van EU-richtlijnen.

1,2-Catechol (pyrocatechol) wordt als grondstof gebruikt bij diverse industriële processen en bij de productie van onder meer geneesmiddelen en insecticiden. De stof moet 'beschouwd worden als kankerverwekkend voor de mens' (categorie 1B). In deze categorie vallen stoffen als er voldoende aanwijzingen zijn om te veronderstellen dat blootstelling bij de mens resulteert in een verhoogde kans op het ontstaan van kanker bij degene die is blootgesteld. De stof kan verder schade toebrengen aan het genetisch materiaal (genotoxisch).

De isomeren van dinitrobenzeen worden onder andere gebruikt bij de productie van kleurstoffen, explosieven, en vezels, en dienen als vervangers van kamfer in cellulosenitraat. Over isomeren van dinitrobenzeen zijn onvoldoende gegevens bekend om de kankerverwekkende eigenschappen te evalueren (categorie 3).

Dr. J.M. Rijnkels maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicaties *Dinitrobenzene isomers* (2011/04OSH) en *1,2-catechol (pyrocatechol)* (2011/05OSH) zijn te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschonen'.

- prof. dr. G.J. Mulder, emeritus hoogleraar toxicologie,
Universiteit Leiden, Leiden, *voorzitter*
- dr. J. van Benthem, genetisch toxicoloog, Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
- dr. P.J. Boogaard, toxicoloog, SHELL International BV, Den
Haag
- dr. M.J.M. Nivard, moleculair bioloog en genetisch
toxicoloog, Leids Universitair Medisch Centrum,
Leiden
- dr. G.M.H. Swaen, epidemioloog, Dow Chemicals NV,
Terneuzen
- prof. dr. R.A. Woutersen, toxicologisch patholoog, TNO
Nutrition and Food Research, Zeist, hoogleraar
translationele toxicologie, Wageningen Universiteit,
Wageningen
- prof. dr. A.A. van Zeeland, emeritus hoogleraar moleculaire
stralingsdosimetrie en stralingsmutagenese, Leids
Universitair Medisch Centrum, Leiden
- prof. dr. E.J.J. van Zoelen, hoogleraar celbiologie, Radboud
Universiteit Nijmegen
- dr. J.M. Rijnkels, Gezondheidsraad, *secretaris*

Conceptrapporten over methylnmethacrylaat en hexachloorbenzeen

De Gezondheidsraad heeft twee conceptrapporten openbaar gemaakt waarin de Commissie Gezondheid en Beroepsmatige Blootstelling aan Stoffen (Commissie GBBS) van de raad de gezondheidsrisico's analyseert van beroepsmatige blootstelling aan methylnmethacrylaat en aan hexachloorbenzeen.

De voorzitter van de Gezondheidsraad biedt de gelegenheid om inhoudelijk commentaar te leveren op deze conceptrapporten. De conceptrapporten zijn onder meer voorgelegd aan de Subcommissie Grenswaarden op de Werkplek van de Sociaal Economische Raad en aan deskundigen uit kringen van werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen commentaar leveren. Voor methylnmethacrylaat loopt de commentaartermijn tot 18 mei 2011. Voor hexachloorbenzeen is dat 15 juni 2011. De Commissie GBBS betreft het ontvangen commentaar bij het vaststellen van het definitieve advies. Het definitieve advies zal worden aangeboden aan de staatsecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Dr. J.M. Rijnkels maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Beide concepadviesen zijn in het Engels geschreven en te downloaden van www.gr.nl.

N-Fluoren-(2-yl)acetamide en methotrexaat

De Gezondheidsraad heeft twee conceptrapporten openbaar gemaakt: *N-Fluoren-(2-yl)acetamide* en *Methotrexate*. In de rapporten beoordeelt de Subcommissie Classificatie reproductietoxische stoffen van de raad de gevolgen van blootstelling aan N-fluoren-(2-yl)acetamide (2-AAF) en methotrexaat voor de vruchtbaarheid en de ontwikkeling van het nageslacht.

De voorzitter van de Gezondheidsraad biedt de gelegenheid om inhoudelijk commentaar te leveren op de conceptrapporten. De rapporten zijn onder meer voorgelegd aan de Subcommissie Grenswaarden Stoffen op de Werkplek van de Sociaal Economische Raad en aan deskundigen uit kringen van werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen de conceptrapporten becommentariëren tot 23 mei 2011. De Subcommissie Classificatie reproductietoxische stoffen betreft het ontvangen commentaar bij het vaststellen van de definitieve adviezen.

Drs. J.T.J. Stouten maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De conceptrapporten *N-Fluoren-(2-yl)acetamide* en *Methotrexate* zijn in het Engels geschreven en te downloaden van www.gr.nl.

Antimoon(verbindingen) en metallisch chroom

De Gezondheidsraad heeft twee conceptrapporten openbaar gemaakt: *Antimoon en antimoonverbindingen* en *Metallisch chroom*. In de rapporten beoordeelt de Subcommissie Classificatie carcinogene stoffen van de raad kankerverwekkende eigenschappen van antimoon(verbindingen) en metallisch chroom.

De voorzitter van de Gezondheidsraad biedt de gelegenheid om inhoudelijk commentaar te leveren op de conceptrapporten. De rapporten zijn onder meer voorgelegd aan de Subcommissie Grenswaarden Stoffen op de Werkplek van de Sociaal Economische Raad en aan deskundigen uit kringen van werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen tot 20 juni 2011 met commentaar komen. De Subcommissie Classificatie carcinogene stoffen betreft het ontvangen commentaar bij het vaststellen van de definitieve adviezen.

Dr. G.B. van der Voet maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De conceptrapporten zijn in het Engels geschreven en te downloaden van www.gr.nl.

Innovatie en kennisinfrastructuur

Ook inspectie kan *evidence based* werken

Het toezicht op de gezondheidszorg zou, net als de zorgpraktijk, wetenschappelijk onderbouwd moeten worden. Effectonderzoek helpt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) goede keuzes te maken en zichzelf te blijven verbeteren. Onderzoek naar effecten van toezicht staat nog in de kinderschoenen, maar de opzet van een onderzoeksprogramma onder regie van de inspectie kan in deze leemte voorzien. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 10 maart 2011 is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Op verzoek van de minister heeft de Gezondheidsraad in kaart gebracht in hoeverre het mogelijk is te meten of de toezichtactiviteiten van de IGZ effect hebben op het zorgproces en op de volksgezondheid. Beter inzicht in de effecten van het toezicht kan de IGZ helpen keuzes te maken: wanneer kan de inspectie het beste welke toezichtactiviteiten inzetten?

Keuzes zijn nodig, omdat de IGZ toezicht houdt op de uitvoering van vijftientig wetten door achthonderduizend zorgverleners en drieduizend instellingen. Ook kan de IGZ op deze manier verantwoording afleggen aan de samenleving over het succes van de aanpak en de effecten ervan op de zorg.

Drs. J.M. Allers en dr. S.M.F. Pluijm maken deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Op weg naar evidence based toezicht*.

Het onderzoek naar effecten van toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011/03) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschonen'.



Van links naar rechts: prof. dr. Louise Gunning-Schepers, prof. dr. Johan Mackenbach, plv. secretaris generaal André Kleinmeulman

Systematisch onderzoek naar effecten van toezicht vergt een specifieke kennis-infrastructuur. Open competitie tussen onderzoekers en de inrichting van een academische werkplaats, waarin de IGZ samenwerkt met onderzoekers, zorgaanbieders en patiënten, zijn volgens de Gezondheidsraad goede manieren voor de IGZ om een onderzoeksprogramma uit te voeren. Voor een dergelijk programma is ongeveer 3 miljoen euro nodig.

Het advies is opgesteld door de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek in samenwerking met een commissie bestaande uit:

- | | |
|---|--|
| prof. dr. J.P. Mackenbach, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg, ErasmusMC, Rotterdam,
<i>voorzitter</i> | prof. dr. F.L. Leeuw, hoogleraar recht, openbaar bestuur en sociaal-wetenschappelijk onderzoek, Universiteit Maastricht; directeur Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Den Haag |
| prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden | prof. dr. P. B. M. Robben, bijzonder hoogleraar effectiviteit van toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Rotterdam; senior stafadviseur Kenniscentrum IGZ, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. R. Bal, hoogleraar beleid en bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus universiteit, Rotterdam | dr. C. Smit, vertegenwoordiger patiënten en consumenten, Hoofddorp |
| prof. dr. L.M. Bouter, rector magnificus, Vrij Universiteit, Amsterdam | dr. M.J.A. Tasche, lid Raad van Bestuur, HaGaZiekenhuis, Den Haag |
| prof. dr. R. Grol, hoogleraar kwaliteitsbevordering en bewaking in de huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen | dr. J.N.D. de Neeling, Gezondheidsraad, Den Haag,
<i>secretaris</i> |
| prof. dr. J. Kievit, hoogleraar medische beslisgeving, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden | dr. S.M.F. Pluijm, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Investeer in kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg

Goed beleid en goede zorg voor de naar schatting honderdvijftigduizend mensen in Nederland die door psychische en andere problemen de greep op hun bestaan verloren hebben, vragen om een investering in kennis. Dat schrijft de Gezondheidsraad in zijn advies *Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg*. Het advies is op 24 februari 2011 aangeboden aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Veiligheid en Justitie, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Drs. J.M. Allers en dr. J.N.D. de Neeling maken deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg* (2011/02) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

De maatschappelijke impact van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) is groot. De doelgroep veroorzaakt soms ernstige overlast. Regelmatig is er discussie over de vraag of mensen onder dwang geholpen moeten worden en hoe ver de verantwoordelijkheden van hulpverleners reiken. Tegelijk is er weinig kennis over de precieze omvang van de problemen, over de effectiviteit van hulpverleningsactiviteiten en over de resultaten van beleid. Dat komt vooral doordat het een terrein is van veel verschillende disciplines: van daklozenopvang tot schuldhulpverlening, van verslavingszorg tot politie.

Een investering in kennisontwikkeling voor de OGGz verdient zichzelf terug in de vorm van besparingen op uitgaven aan zorg, uitkeringen en justitie. Een Rotterdams project dat langdurig werklozen psychische hulp, werkbegeleiding en maatschappelijke ondersteuning bood, laat zien dat een dergelijke aanpak leidt tot zelfredzaamheid van de deelnemers en besparingen op uitkeringen.

Om effectieve zorg en beleid mogelijk te maken is volgens de Gezondheidsraad een meerjarig onderzoeksprogramma noodzakelijk. De raad beveelt aan een programmeringsstudie te doen, die in kaart brengt welke gegevens er zijn, welk onderzoek het meest urgent is en hoeveel geld voor het onderzoeksprogramma nodig is.

Samenstelling Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek:

- | | |
|---|---|
| prof. dr. L.J. Gunning-Schepers, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag, <i>voorzitter</i> | prof. dr. S.A. Reijneveld, hoogleraar sociale geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen |
| prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum | dr. J.W.A. Ridder-Numan, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| prof. dr. J.M. Bensing, hoogleraar gezondheidspsychologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht, <i>vicevoorzitter</i> (tot 1 maart 2011) | drs. H.J. Smid, directeur ZonMw, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| dr. A. Boer, lid Raad van Bestuur College voor zorgverzekeringen (CVZ), Diemen | prof. dr. ir. H.A. Smit, hoogleraar <i>public health</i> , Universitair Medisch Centrum Utrecht |
| prof. dr. P.P. Groenewegen, hoogleraar Ruimtelijke en sociale aspecten van gezondheid en gezondheidszorg, Universiteit Utrecht; directeur NIVEL, Utrecht | dr. C. Smit, vertegenwoordiger patiënten en consumenten, Hoofddorp |
| prof. dr. J.M.W. Hazes, hoogleraar reumatologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam | prof. dr. A.E.M. Speckens, hoogleraar psychiatrie, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen |
| dr. J.W. Hofstraat, vice president Philips research, Eindhoven | dr. M.J. Trappenburg, bijzonder hoogleraar sociaal-politieke aspecten van de verzorgingsstaat, Universiteit van Amsterdam |
| ir. M.W. Horning, ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie, Den Haag, <i>waarnemer</i> | dr. ir. C.M. Vos, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| prof. dr. J. Kievit, hoogleraar medische beslistkunde, Leids Universitair Medisch Centrum | prof. dr. R. Vos, hoogleraar gezondheidsethiek en wijsbegeerte, Universiteit Maastricht |
| prof. dr. P.L. Meurs, voorzitter ZonMw, Den Haag, <i>adviseur</i> | prof. dr. E.G.E. de Vries, voorzitter Raad voor Medische Wetenschappen, Amsterdam, <i>adviseur</i> |
| dr. R. van Olden, medisch directeur GlaxoSmithKline, Zeist | dr. J.N.D. de Neeling, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| prof. dr. J.J. Polder, bijzonder hoogleraar economische aspecten van gezondheid en zorg, Universiteit van Tilburg; centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven | |

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: 070 340 67 28, e-mail: order@gr.nl.

Algemeen

2010

Nieuw en nodig. Medische producten die het leven beter maken. A10/11.

Medische producten: nieuw en nodig! Achtergrondstudies bij de investeringsagenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten. A10/10.

Leidraad classificatie carcinogene stoffen. A10/07.

Werkprogramma 2011 Gezondheidsraad. A10/06.

Verslag internationale conferentie 'Wat is gezondheid'. A10/04.

Jaarverslag 2009 Gezondheidsraad. A10/01.

Optimale gezondheidszorg

2010

Rijgeschiktheid bij epilepsie. 2010/12.

Rijgeschiktheid. Voorstel tot enkele wijzigingen van de *Regeling eisen geschiktheid 2000*. 2010/07.

Trendanalyse Biotechnologie 2009.

Preventie

2011

Vaccinatie van kinderen tegen tuberculose. 2011/04.

2010

Vaccinatie van mensen tegen Q-koorts; tweede advies. 2010/18.

Het 'duizend dollar genoom': een ethische verkenning. 2010/15.

Wet bevolkingsonderzoek: methoden van borstcompressie bij de screening op borstkanker. 2010/05WBO.

Vaccinatie van zwangere vrouwen tegen seizoensgriep 2010-2011. 2010/14.

Wet bevolkingsonderzoek: thuishest voor niet-deelnemers aan de screening op baarmoederhalskanker (2). 2010/04WBO.

Vaccinatie van mensen tegen Q-koorts; eerste advies. 2010/08.

Wet bevolkingsonderzoek: een beslishulp bij prostaatkan-
kerscreening (2). 2010/03WBO.

Wet bevolkingsonderzoek: een beslishulp bij prostaatkan-
kerscreening (1). 2010/02WBO.

Briefadvies Vaccinatie tegen seizoensgriep 2010-2011. 2010/05.

Dopinggebruik in de ongeorganiseerde sport. 2010/03.

Wet bevolkingsonderzoek: prenatale screening op trisomie 13 en 18. 2010/01WBO.

Vaccinatie van zuigelingen tegen pneumokokkeninfecties (2). 2010/02.

Neonatale screening op cystic fibrosis. 2010/01.

Gezonde leefomgeving

2010

Asbest. Risico's van milieu- en beroepsmatige blootstelling. 2010/10.

Langetermijneffecten van radiofrequente elektromagnetische velden. 2010/09.

Binnenluchtkwaliteit in basisscholen. 2010/06.

Beweegredenen. De invloed van de gebouwde omgeving op ons beweeggedrag. 2010/04.

Gezonde arbeidsomstandigheden

2011

1,2-Catechol (pyrocatechol) - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/05OSH

Dinitrobenzene isomers - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/04OSH.

N,N-dimethylformamide - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/03OSH.

N-methylformamide - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/02OSH.

Formamide - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/01OSH.

2010

Vergelijking advieswaarde voor zwavelwaterstof. 2010/06OSH.

Aluminium and aluminium compounds - Health-based recommended occupational exposure limit. 2010/05OSH.

Endotoxins - Health-based recommended occupational exposure limit. 2010/04OSH.

Ribavirin; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2010/03OSH.

Cyclic acid anhydrides; Health-based recommended occupational exposure limit. 2010/02OSH.

Methanol; Health-based recommended occupational exposure limit. 2010/01OSH.

2011

Op weg naar *evidence based* toezicht. Het onderzoek naar de effecten van toezicht door de IGZ. 2011/03.
Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheids-zorg. 2011/02.
Medische producten: nieuw en nodig! Een investerings-agenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten. 2011/01.

2010

Gezondheidsonderzoek aan hogescholen. 2010/17.
Waar voor ons geld. Beslissen over publieke investeringen in gezondheidsonderzoek. 2010/16.
Kind en ziekte: onderzoek voor gezondheid.
RGO nr. 62.

