

GRAADMETER # 3

Ik denk niet dat je er meer nierdonaties door krijgt, maar het is geruststellend voor degenen die de stap al hebben gezet of willen zetten. Elles van Cromvoirt, p. 10

Goed gezorgd

‘We hebben flink gediscussieerd’, vertelt commissievoorzitter Inez de Beaufort in deze *Graadmeter*.^{zie p. 5} En zo horen we het graag. Want uiteindelijk is dat toch het mooiste van het werk van de Gezondheidsraad: de *choc des opinions*, de botsing van goed gefundeerde meningen in een multidisciplinaire commissie van deskundigen, en de meerwaarde die daaruit voortkomt.

Het resultaat mag er wezen.^{zie p. 18} Precies en grondig beargumenteert de commissie wat een ‘billijke compensatie’ is voor mensen die op de wachtlijst voor een postmortale niertransplantatie belanden nadat ze eerst zelf een nier aan een ander hebben gegeven, en waarom een wijziging van de Wet op de orgaandonatie daarvoor niet noodzakelijk is. Zonder stevige nefrologische basis was dat ethisch en juridisch vakwerk onmogelijk geweest.

Elles van Cromvoirt van de Nierstichting is blij met het advies, voor de donoren, maar zeker ook voor de patiënten.^{zie p. 9} Zij voelen zich vaak bezwaard jegens hun donoren. ‘Het is geruststellend voor hen dat er goed voor hun donor gezorgd zal worden’.

	Redactioneel		
2	Goed gezorgd	23	Preventie
			Nieuwe opzet verbetert screening op baar-
			moederhalskanker
	Interviews	25	Commissie veeteeltgerelateerde antibiotica-
5	‘Een levende nierdonor heeft zelf geen		resistentie geïnstalleerd
	wisselgeld meer’	27	Aanpassing prenatale screening
9	‘Als ze drie nieren hadden, zouden ze het		erythrocytenimmunisatie
	nog een keer doen’		
			Gezonde voeding
	Varia	30	Minister reageert op advies <i>Voor dik en dun</i>
14	Jaarverslag 2010 is uit		
14	Nieuwe stafmedewerkers		Gezonde leefomgeving
		32	Gewasbeschermingsmiddelen schadelijk
			voor omwonenden?
	Gr-galerie		
16	‘Een ander gezicht’: de onbekende kant van		Gezonde arbeidsomstandigheden
	collega’s	35	Onduidelijk wanneer werkdruk teveel is
		36	Openbaar conceptrapport over zwavelkool-
			stof
	Optimale gezondheidszorg		Innovatie en kennisinfrastructuur
18	Nierdonoren eerder aan de beurt voor	38	Installatie RGO-werkgroep Autisme-
	nieuwe nier		spectrumstoornissen
20	Advies gevraagd over achtervangfuncties		
	spoedeisende hulp	40	Verschenen
21	Adviesaanvraag van de Tweede Kamer over		
	de ziekte van Lyme		



‘Een levende nierdonor heeft zelf geen wisselgeld meer’

Inez de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek aan het Erasmus MC Rotterdam, was voorzitter van de commissie achter het advies *Een bilijke compensatie. Overwegingen bij een voorstel om levende nierdonoren prioriteit te geven bij transplantatie*. Samen met twee medici, een jurist, een andere ethicus en twee leden van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad overwoog zij of het fair zou zijn om mensen die bij leven een nier aan een ander hebben afgestaan, voorrang op de wachtlijst te geven wanneer ze zelf aan een donornier toe zijn. Op het eerste gezicht een verrassend ‘klein’ onderwerp voor de Gezondheidsraad. Jaarlijks gaat het nu om twee nierdonoren die ernstig nierfalen krijgen, en in de toekomst worden dat er met de soepeler regels voor donoren misschien drie of vier. Maar als je bedenkt dat van alle niertransplantaties per jaar inmiddels meer dan de helft van levende donoren afkomstig is, dan kan zo’n voorrangsregeling belangrijke geruststelling betekenen voor zowel deze donoren als de patiënten die zij helpen.

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

Iemand met ernstig nierfalen boft enorm wanneer een familielid of vriend zich aanbiedt als donor. Kunt u uitleggen waarom?

Een nier van een levende donor geeft betere vooruitzichten dan een-tje van een overledene. Hij is goed doorbloed en wordt minder snel door het lichaam afgestoten. Voordeel van een donor die je kent, is dat alle relevante informatie beschikbaar is: conditie, bloedgroep, medische geschiedenis. Als patiënt en donor goed matchen, kan vervolgens voor de transplantatie een moment gekozen worden waarop beiden zo fit mogelijk zijn. De goed doorbloede nier hoeft daarbij maar heel kort buiten een lichaam te zijn en blijft dus ‘vers’. En wat natuurlijk ook een enorm voordeel is van een eigen levende donor: je hoeft niet nog langer te wachten op een donornier, en verdere ver-

- 6 slechtering van je conditie en de ellende van nierdialyse blijven je bespaard.

Wat is de prijs voor de donor?

De donor ondergaat – omwille van een ander – een serieuze operatie. Aan elke operatie zitten risico's: een kans op wondinfectie, trombose, longontsteking, en ook een kleine kans (3 op de 10.000 volgens het advies, MdW) om te overlijden. En hoe dan ook houd je er een flink litteken aan over en heb je zelf nog maar één nier. Met één nier is goed te leven, maar als je een nierziekte krijgt ben je er wel slechter aan toe omdat je de reservecapaciteit van de tweede nier mist. Een levende donor heeft zelf geen 'wisselgeld' meer.

Wat was voor u een eyeopener bij het opstellen van dit advies?

Hoe lastig laveren het is wanneer je zoekt naar een billijke compensatie voor mensen die bij leven een nier aan een ander afstaan. Je wilt mensen die zo altruïstisch geweest zijn niet in de kou laten staan op het moment dat ze zelf ernstig nierfalen krijgen. Maar je wilt ook niet dat de regeling die je voorstelt het motief wordt waarom mensen hun nier zouden afstaan. Dan gaat het op kopen lijken. Je wilt levende nierdonoren geruststellen maar ze niet over de streep trekken.

Wat is het verschil tussen een beloning en een billijke compensatie?

Bij een beloning is het denkbaar dat iemand eigenlijk geen donor wil zijn, maar om economische redenen zijn kans wel moet grijpen en dan maar zijn nier afstaat. Een billijke compensatie is niet lonend, maar slechts een vangnet voor als het mis gaat met de donor.

Werd de commissie het makkelijk eens over deze lijn?

We hebben flink gediscussieerd. Waarom niet gewoon zo'n bonusregeling, wat is er nou mis mee om mensen te helpen die anderen hebben geholpen? Daartegenover staan de mogelijke ethische problemen van de ongelijkheid die zo'n regeling zou introduceren. Moeten donoren niet hun nier schenken uit de goedheid van hun hart, en verder gewoon aansluiten op de wachtlijst? We hebben elkaar gevonden in het standpunt dat het hele programma voor nierdonatie een groot probleem heeft wanneer er geen mensen meer zouden zijn die bij

leven een nier wilden afstaan. De patiënt die de nier ontvangt is de eerste die profiteert; het kan hem of haar jaren wachtlijst en dialyse besparen. Maar ook alle anderen op de wachtlijst hebben daar veel baat bij. Als iemand van de lijst eerder geholpen wordt met de nier van een familielid of een vriend, wordt de wachttijd voor alle anderen die lager op de lijst staan jaren korter. Doordat nierpatiënten collectief voordeel hebben van de nierdonatie van een levende donor, is het ook billijk dat zij gezamenlijk een beetje inschikken wanneer zo iemand aan een donornier toe is. Dan heb je het over een wachttijd die enkele dagen langer is.

Past het voorstel van de commissie binnen de wet?

Volgens de wet mag je geen organen kopen of donoren belonen, wel mag je voor geleden schade compenseren. Bij lezing van de wet heb je een precieze en een rekkelijke interpretatie. De precieze stelt: het toekennen van extra punten om hoger op de wachtlijst te komen, kun je zien als een beloning en belonen mag niet. De rekkelijke interpretatie luidt: het is ongepast om de wet te letterlijk te nemen, je moet kijken naar de geest van de wet. Het doel van het juridisch kader is om kansarmen te beschermen. Stel, jij komt bij de dokter met een arme sloeber en zegt ‘Deze meneer wil heel erg graag zijn nier aan mij geven (en daarvoor heeft hij veel geld van mij gekregen)’, dan moet dit niet mogen. Maar een donor compenseren voor het feit dat hij zijn eigen wisselgeld heeft weggegeven om een ander te helpen, dat is volgens de commissie juist wel in de geest van de wet. Vervolgens moet je kijken: wanneer is sprake van over- dan wel onder-compensatie? Een billijke compensatie betekent dat de betrokkene daar ook daadwerkelijk baat bij moet hebben, vandaar dat we gekozen hebben voor het aantal extra punten dat iemand hoog op de wachtlijst doet komen. Maar de compensatie mag weer niet zo hoog zijn dat hij op beloning gaat lijken. Ik denk dat we er goed in geslaagd zijn die puzzel op te lossen.

Schept uw voorstel een precedent voor anderen die op andere manieren hun wisselgeld hebben weggegeven?

Je hebt natuurlijk allerlei mensen die nuttige dingen voor anderen doen en die hierdoor misschien zelf wel eens in het nadeel kunnen raken. Maar toch zagen wij niet 1,2,3 een equivalent voor de levende donor die een nier afstaat. Je hebt bijvoorbeeld mensen die een deel van hun lever afstaan voor transplantatie. Ook dat is altruïsme, maar

- 8 gelukkig groeit die lever weer aan. En je hebt bijvoorbeeld proefpersonen die meedoen aan medisch wetenschappelijk onderzoek. Die krijgen daardoor soms klachten. Je kunt je afvragen of het dan ook gerechtvaardigd is om die mensen voor geleden schade te compenseren, en zo ja: wat daarvoor de goede vorm zou zijn (over het algemeen is dat financiële compensatie, en natuurlijk medische behandeling als zij dat nodig hebben). Ik heb daar nu geen antwoord op. Maar mij lijkt dat wanneer er echt sprake is van een precedent, het goed is om in dezelfde geest te helpen.

‘Als ze drie nieren hadden, zouden ze het nog een keer doen’

Elles van Cromvoirt is programmamanager ‘Donatie en transplantatie’ bij de Nierstichting. Nog voor verschijnen van het advies *Een billijke compensatie* mag zij de samenvatting ervan lezen om er vanuit haar nauwe betrokkenheid bij nierpatiënten en -donoren op te kunnen reageren. Ze is blij met de aandacht voor het onderwerp, en ook met de strekking van het advies.

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

Hoe staat de Nierstichting tegenover levende donatie?

Wij zijn daar een groot voorstander van. Patiënten krijgen een nieuw leven door een nieuwe nier. Met een nier van een levende donor zijn hun vooruitzichten zelfs nog beter dan met een postmortale nier. Eind vorig jaar heeft de Nierstichting een mooi speldje laten maken als blijk van waardering voor al die mensen die bij leven een nier ter beschikking van een naaste hebben gesteld. Dit is natuurlijk geen ‘beloning’; het is een blijk van erkenning van deze bijzondere gift.

Wat weet u van de donoren tot nu toe?

Tot nu toe hebben we zo’n 3.500 levende nierdonoren in Nederland. Het zijn vaak mensen die een nierziekte van dichtbij hebben meemaakt en hebben gezien hoe deze het leven – niet alleen van een patiënt maar van het hele gezin – beïnvloedt. Ze willen helpen om een einde aan die ellende te maken. Vaak zijn het familieleden van een nierpatiënt, maar ook partners, goede vrienden, en soms een collega. Daarnaast zijn er tot nu toe zo’n tachtig mensen geweest die puur uit een behoefte om goed te doen hun nier hebben afgestaan. Daar zijn mensen bij die een nierpatiënt gekend hebben die ze graag hadden willen helpen, maar die ze niet hebben kunnen helpen omdat donatie bij leven toen nog niet mogelijk was, maar ook mensen die ‘gewoon’

10 een ander willen helpen. Zij weten niet wie hun nier heeft gekregen en willen dat ook niet weten.

De meeste verhalen van levende donoren zijn heel positief: ze hebben hun naaste zien lijden en vervolgens – door hun eigen toedoen – zien opknappen. Ze beleven dat als fantastisch: als ze drie nieren hadden, zouden ze het nog een keer doen. Maar er zijn natuurlijk ook minder mooie verhalen. Bijvoorbeeld als er complicaties zijn opgetreden bij de donor, of wanneer de nier na transplantatie is afgegoten.

Wat is voor u het nut van het Gezondheidsraadadvies?

Het advies van de Gezondheidsraad is een moreel advies. Het gaat over randvoorwaarden voor donoren. Het is een erkenning dat deze mensen iets betekenen in de schaarste aan donornieren, en het pleit voor zekerstelling voor deze mensen die omwille van een ander een risico op zich nemen. Ik vind het een goed advies: mooi dat er op deze manier over wordt nagedacht. Ik denk niet dat je er meer nierdonaties door krijgt, maar het is geruststellend voor degenen die de stap al hebben gezet of willen zetten.

Wat trof u in het advies?

Ik schrok ervan dat per jaar een à twee, en in de toekomst mogelijk drie tot vier, nierdonoren zelf een nieuwe nier nodig hebben. Het klinkt misschien als weinig, maar ik vind het veel. Dit was bij ons niet bekend. Zo blijkt maar dat nierdonoren kwetsbaar zijn als hen zelf iets overkomt.

Overigens verwacht ik niet dat veel levende donoren zelf bij nierproblemen gebruik zullen maken van de postmortale wachtlijst. Het onderwerp van levende donatie heeft namelijk gespeeld in de sociale kring van zo iemand. Mijn gevoel zegt dat wanneer zo'n levende donor in moeilijkheden raakt, er een ander in die kring opstaat die zegt: en nu help ik jou. Zeker weten doe ik dat natuurlijk niet. Er zullen misschien ook mensen zijn die juist terugschrikken omdat ze zien dat ook een donor nierproblemen kan krijgen.

Wat fascineert u in uw eigen werk met nierpatiënten en -donoren?

Wat in ons werk opvalt, is het enorme verschil in perspectief tussen patiënten en donoren. Nierpatiënten vinden het fantastisch dat



levende donatie mogelijk is, maar ze voelen zich bezwaard om het zelf te stimuleren. Andermans nier, daar wil je niet om vragen. Ze willen niet dat hun naasten risico's lopen om hen. Donoren willen juist heel graag wat doen en sluiten vaak hun ogen voor de risico's voor zichzelf. Neem een vader die zijn nier voor zijn zoon beschikbaar stelt. Die wil geen discussie, maar liever vandaag dan morgen opereren. In augustus komt er een documentaire op televisie waar de Nierstichting bij betrokken is geweest waarin dit verschil in perspectief duidelijk wordt.

Wat is het belangrijkste risico waarvan donoren en patiënten doordrongen moeten zijn?

Voor donoren: het is en blijft een operatie, het is niet even bloed afnemen. Elke operatie geeft kans op complicaties. Je moet rekenen op minstens zes weken hersteltijd. In die tijd kun je niet werken. Je kunt overigens wel de ziektewet in, en ook voor donoren die als zelfstandige werken zijn er regelingen.

Voor beide partijen is het belangrijk om stil te staan bij wat ze van elkaar verwachten na de donatie. Moet een patiënt zich bezwaard voelen wanneer hij na de transplantatie weer eens een borrel drinkt, omdat zijn donor kan zeggen: dat is niet gezond voor mijn nier? Misschien durf je als patiënt nooit meer ruzie te hebben met je donor, omdat je vindt dat je eeuwig dankbaar moet zijn. En wat is eigenlijk een goede vorm voor die dankbaarheid? Elk jaar een cadeau op de dag van de operatie vindt de donor misschien wel heel beklemmend.

In het advies staat dat de eisen aan donoren in de loop der tijd zijn versoepeld. Hoe zit dat?

In de begintijd van deze ingreep moest een donor een bloedverwant van de patiënt zijn, liefst jong en vooral heel gezond. Met het voortschrijden van de medische technologie is levende niertransplantatie een eenvoudiger en minder invasieve ingreep geworden. In het verlengde daarvan konden de criteria opgerekt worden. Het is daarom belangrijk dat we strikter worden met de follow-up van donoren. Blijven de resultaten van deze vorm van niertransplantatie net zo goed nu de donorpopulatie niet zo kerngezond meer is als voorheen? In Leiden worden de langetermijneffecten onderzocht bij ongeveer 250 donoren: bemerken zij lichamelijke veranderingen, en hoe ontwikkelt de relatie met de ontvanger van hun nier zich?

In het advies wordt ervoor gepleit dat levende nierdonoren die zelf in het eindstadium van nierfalen belanden, extra punten krijgen waardoor ze sneller aan de beurt zijn op de wachtlijst. Wat houdt dat eindstadium nierfalen in?

Een hele poos merken mensen het niet wanneer hun nierfunctie achteruit gaat. Het begint met specifieke klachten zoals vermoeidheid (doordat bepaalde hormonen niet meer worden aangemaakt) en een algeheel gevoel van malaise. Wanneer nieren niet goed werken, raakt de vochtbalans verstoord en hopen afvalstoffen zich op. Afvalstoffen worden onvoldoende uitgescheiden waardoor je jezelf ‘vergiftigt’. Gevolgen: jeuk, misselijkheid en verminderde eetlust. Mensen met eindstadium nierfalen zijn toe aan nierfunctievervangende therapie. Voor velen betekent dit: dialyse. Vier keer per week een aantal uren aan een apparaat. Dialyse houdt mensen in leven – en dat is waar ze dankbaar voor zijn – maar het is slecht voor lijf en leven. Het beste is: een nieuwe nier, liefst van een levende donor.

Hoe denkt u dat het pleidooi voor voorrang op de wachtlijst voor het handjevol levende donoren dat zelf nierproblemen krijgt ontvangen zal worden?

Ik denk goed, zowel door donoren als door patiënten. Donoren zullen het zien als een erkenning van hun daad, het feit dat er aandacht voor is. Ook patiënten zullen waarschijnlijk blij zijn met dit voorstel, omdat ze zich vaak zo bezwaard voelen jegens een donor. Het is geruststellend voor hen dat er goed voor hun donor gezorgd zal worden.

Jaarverslag 2010 is uit

Op 24 maart 2011 heeft de Gezondheidsraad zijn *Jaarverslag 2010* uitgebracht. Het is het eerste verslag onder een nieuwe leiding, bestaand uit voorzitter prof. dr. Louise Gunning-Schepers en de vicevoorzitters prof. dr. Daan Kromhout en prof. dr. Hugo Obertop.

Met ingang van het jaarverslag is de breedte van het adviesterrein van de raad af te zien aan de omslag van de publicaties: ieder deelterrein heeft een eigen kleur met bijbehorend icoontje.

In 2010 adviseerde de Gezondheidsraad de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maar ook de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie, van Infrastructuur en Milieu en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Een aantal van deze adviezen wordt in het jaarverslag belicht en waar mogelijk wordt iets verteld over de 'landing' ervan. Twee adviezen krijgen extra aandacht door een interview met de commissievoorzitter. Neuroloog prof. dr. Jan Heimans vertelt over regels voor rijgeschiktheid, en internist prof. dr. Marcel Levi over doping in de ongeorganiseerde sport. Nieuw in dit jaarverslag is een reeks van tien kleine portretten waarin leden van de Gezondheidsraad iets vertellen over de belangrijkste ontwikkelingen in hun vakgebied.

De publicatie *Jaarverslag 2010* (A11/01) is te downloaden van www.gr.nl.
Zie rubriek 'Verschonen'.

Nieuwe stafmedewerkers

Sinds 15 april versterkt Stefan Vink de wetenschappelijke staf op het gebied van de gezonde arbeidsomstandigheden. Na zijn studie biomedische gezondheidswetenschappen in Nijmegen promoveerde hij op onderzoek naar een combinatie van chemotherapie en radiotherapie bij het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. Verder werkte Stefan Vink als risicobeoordelaar/toxicoloog chemische stoffen bij TNO te Zeist.

Op 1 mei is Lucas Cornips in dienst gekomen. Hij studeerde in Maastricht af op de researchmaster Cultures of Arts, Science and Technology. Bij de Gezondheidsraad werkt Lucas Cornips mee aan een advies over kennisontwikkeling op het snijvlak van geneeskunde en technologie, en aan een visiedocument voor het Centrum voor ethiek en gezondheid.

Ook Barbara Godthelp treedt toe tot de staf van de raad, met ingang van 15 juni. Zij is medisch bioloog en promoveerde in Leiden op een proefschrift over immunologisch herstel bij kinderen die een beenmergtransplantatie ondergingen. Zij gaat aan de slag met het onderwerp 'academisering van de forensische geneeskunde' van de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek.



In de zomer organiseert de kunstcommissie van de Gezondheidsraad een tentoonstelling voor en door de medewerkers van het secretariaat. Na succesvolle eerdere tentoonstellingen, met thema's als 'Beeldverhalen: vakantiefoto's en hun verhaal' of 'De Jeugd van de Raad', organiseert de kunstcommissie ditmaal een zomertentoonstelling waarin iedereen de kans krijgt om collega's iets meer van z'n 'andere gezicht' te onthullen. Het voorwerp dat of de activiteit die de medewerker laat zien moet die 'andere kant' symboliseren, althans er op de een of andere manier mee verbonden zijn. Voorwerpen en foto's met bijpassend 'verhaal' worden geëxposeerd in de Gr-galerie, van half juni tot half september 2011.

Optimale gezondheidszorg

Nierdonoren eerder aan de beurt voor nieuwe nier

Het is billijk om mensen die ooit een nier hebben gedoneerd en die er nu zelf een nodig hebben, als compensatie voor geleden gezondheidsnadeel, extra punten toe te kennen op de wachtlijst. Daardoor komen zij sneller in aanmerking voor een donornier, zonder eerst te hoeven dialyseren. Een wetswijziging is hiervoor niet nodig. Dat schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 10 mei 2011 is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mensen die bij leven een nier hebben afgestaan, worden daardoor niet per se beperkt in hun functioneren of levensverwachting. Ook lopen ze niet zonder meer een grotere kans op een ernstige nierziekte. Maar als ze die wel krijgen, zijn ze kwetsbaarder dan mensen met twee nieren, omdat ze hun reservecapaciteit hebben verloren. Daardoor zijn zij dan sneller aangewezen op dialyse en ondervinden ze eerder de nadelen daarvan. Uit moreel oogpunt is het volgens de Gezondheidsraad goed verdedigbaar om hen te compenseren voor dit gezondheidsnadeel. Door een nier af te staan heeft de donor immers geholpen de wachttijd voor transplantatie met een nier van een overledene drastisch te bekorten. De wachttijd voor een donornier bedraagt nu drie tot vier jaar, en zou als er geen levende donoren waren twee keer zo lang zijn.

De Gezondheidsraad adviseert de minister dan ook een voorstel van deze strekking van de uitwisselingsorganisatie Eurotransplant over te nemen. Dat houdt in dat een voormalige donor die zelf een nieuwe nier nodig heeft 500 punten krijgt op de wachtlijst. Daarmee staat hij direct onder de groep die om medische redenen hoog-urgent is, en zal hij meestal binnen zes weken een nieuwe nier aangeboden krijgen. Voor de overige patiënten op de wachtlijst betekent dit een verlenging van hun wachttijd met ongeveer anderhalve dag op een totale wachttijd van drie tot vier jaar. Nu zijn er jaarlijks gemiddeld

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

De publicatie *Een billijke compensatie. Overwegingen bij een voorstel om levende nierdonoren prioriteit te geven bij transplantatie* (2011/06) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

twee nierdonoren die zelf een ernstige nierziekte krijgen. Omdat de criteria voor levende donatie soepeler zijn geworden, stijgt dit mogelijk tot vier per jaar. Dat zou voor de anderen een extra wachttijd van ongeveer zes dagen meebrengen. Omdat de patiënten op de wachtlijst samen profiteren van het offer dat levende donoren brengen, is het billijk dat deze groep ook de lasten van de compensatie draagt, vindt de Gezondheidsraad.

Voor invoering van dit voorstel is volgens de Gezondheidsraad geen wetwijziging nodig. Hoewel niet letterlijk in de Wet op de orgaandonatie staat dat donorschap een overweging kan zijn bij de toewijzing van een orgaan, is het voorstel om donoren te compenseren voor geleden gezondheidsnadeel goed te verenigen met de geest van de wet. Ook internationale juridische regels vormen geen belemmering.

De raad beveelt aan tegelijk met de invoering van de extra-puntenregeling de noodzaak van levenslange controle van nierdonoren opnieuw onder de aandacht te brengen van zorgverleners en donoren. Een dergelijke controle maakt het mogelijk problemen met de overgebleven nier te voorkomen of tijdig te behandelen. Onderzoek naar de gezondheid van voormalige donoren is van belang om te kunnen waarborgen dat zij ook bij verruiming van de criteria voor levende donatie een even goede levensverwachting houden als mensen die geen nier hebben afgestaan.

Na een piek van 1.300 wachtenden in 1999 daalde het aantal patiënten op de Nederlandse wachtlijst voor een nieuwe nier in 2010 tot 864 patiënten. De afname van de wachtlijst komt vooral doordat mensen steeds vaker bij leven een van hun nieren afstaan. In 2010 was bij 58 procent van de niertransplantaties in ons land sprake van een levende donor.

Samenstelling commissie:

prof. dr. I.D. de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek,
Erasmus Universiteit Rotterdam, *voorzitter*
dr. F.J. Bemelman, nefroloog, Academisch Medisch
Centrum, Amsterdam
mr. dr. J.C.J. Dute, universitair hoofddocent
gezondheidsrecht, Universiteit van Amsterdam

prof. dr. J.W. de Fijter, hoogleraar nierziekten, Leids
Universitair Medisch Centrum
prof. dr. G.A. den Hartogh, emeritus hoogleraar ethiek,
Universiteit van Amsterdam
drs. M.A. Bos, Gezondheidsraad, Den Haag, *adviseur*
mr. dr. C.J. van de Klippe, Gezondheidsraad, Den Haag,
secretaris

Advies gevraagd over achtervangfuncties spoedeisende hulp

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Gezondheidsraad om advies gevraagd over de deskundigheid en de faciliteiten die in een ziekenhuis met een basis-Spoedeisende Hulp (SEH) aanwezig moeten zijn om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te kunnen stabiliseren dat eventueel vervoer naar vervolgbehandeling verantwoord is.

Dr. C.A. Postema maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Aanleiding is het rapport *Spoedeisende hulp vanuit een stevige basis*, opgesteld door een werkgroep van het veld in oktober 2009. Daarin zijn kwaliteitseisen geformuleerd en wordt een indeling voorgesteld in drie typen SEH: de basis-SEH, de profiel-SEH en de complete-SEH. Om op een SEH goede zorg te kunnen leveren moeten bepaalde deskundigheden en faciliteiten in de rest van het ziekenhuis, de zogenaamde achtervangfuncties, direct beschikbaar zijn. De vraag welke achtervangfuncties aanwezig moeten zijn, heeft de werkgroep in haar rapport niet beantwoord en vormt nu – toegespitst op het ziekenhuis met een basis-SEH – het vertrekpunt voor het door de Gezondheidsraad op te stellen advies.

Adviesaanvraag van de Tweede Kamer over de ziekte van Lyme

De Nederlandse Vereniging voor Lyme patiënten heeft in een zogenoemd burgerinitiatief meer dan 70.000 digitale en schriftelijke handtekeningen verzameld. Op 17 maart 2011 heeft de vereniging de handtekeningen met een aantal voorstellen voor verbetering van de situatie rond de ziekte van Lyme overhandigd aan de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Naar aanleiding hiervan vraagt de Tweede Kamer nu de Gezondheidsraad om advies over de diagnostiek en de behandeling van de ziekte van Lyme en over wenselijk onderzoek.

Het is voor de tweede keer in de geschiedenis van de Gezondheidsraad dat er een adviesaanvraag rechtstreeks uit de Tweede Kamer komt. In februari 2005 bracht de raad op verzoek van de Tweede Kamer het advies *Vergrijzen met ambitie* uit.

Dr. C.A. Postema maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Preventie

Nieuwe opzet verbetert screening op baarmoederhalskanker

Met een nieuwe opzet zijn verbeteringen te bereiken in het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. De Gezondheidsraad adviseert over te stappen op een ander type test, de opkomst te verhogen en de follow-up te verbeteren. Daarmee kunnen jaarlijks 75 gevallen van baarmoederhalskanker extra worden voorkomen en kan de sterfte aan deze ziekte verder omlaag. Dit staat in het advies *Screening op baarmoederhalskanker* dat de raad op 24 mei 2011 heeft aangeboden aan de minister van VWS.

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

De publicatie *Screening op baarmoederhalskanker* (2011/07) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

Vrouwen tussen de dertig en zestig krijgen eens in de vijf jaar een oproep voor een uitstrijkje. Nu onderzoekt het laboratorium met behulp van cytologie (microscopisch celonderzoek) of er afwijkingen zijn die kunnen wijzen op een voorstadium van baarmoederhalskanker. Maar cytologie werkt minder goed bij jonge vrouwen en spoort bepaalde tumorvormen minder goed op. Daarom adviseert de Gezondheidsraad het uitstrijkje te onderzoeken op de hoogrisicotypen van het humaan papillomavirus (HPV), het virus dat de kanker veroorzaakt. Daarmee wordt baarmoederhalskanker beter opgespoord, zodat een betere bescherming ontstaat. Hierdoor kan het aantal keren dat een vrouw in het kader van het bevolkingsonderzoek een uitstrijkje moet laten maken omlaag van zeven naar vijf maal in haar leven.

De grootste gezondheidswinst is te halen door de opkomst bij het bevolkingsonderzoek te verhogen. Vooral jonge vrouwen, allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaaleconomische status doen vaak niet mee. Ruim de helft van de gevallen van baarmoederhalskanker doet zich voor bij deze wegblijvers. De Gezondheidsraad adviseert de huisarts een grotere rol te laten spelen bij de uitnodiging. Het effectiefst is als de huisarts de oproep verstuurt met daarin een datum en tijdstip. Vrouwen die niet reageren zouden na zes weken een herinnering moeten krijgen in plaats van na zes maanden. De raad

- 24 adviseert een proef te doen met een thuistest als alternatief voor het uitstrijkje bij de huisarts. De proef moet duidelijk maken of de thuistest meerwaarde heeft in termen van opkomst en kosteneffectiviteit. Verder behoeft de follow-up verbetering als de uitslag van de uitstrijk niet goed is. De screeningsorganisatie zou moeten bewaken dat eventueel benodigd vervolgonderzoek er ook komt.

In Nederland krijgen jaarlijks ruim 700 vrouwen (van wie de helft jonger dan 50) baarmoederhalskanker. Jaarlijks overlijden er 200 tot 250 vrouwen aan deze ziekte. Zonder bevolkingsonderzoek zouden deze aantallen aanzienlijk groter zijn. Het Nederlandse screeningsprogramma is sober en effectief vergeleken met andere landen. De kosten van de gezondheidszorg voor de aandoening zijn jaarlijks 55 miljoen euro en van het bevolkingsonderzoek 30 miljoen euro. In de nieuwe opzet die de Gezondheidsraad adviseert, stijgen de totale kosten niet, maar dalen het aantal nieuwe gevallen van kanker en de sterfte aan de ziekte wel.

Vorig jaar is een begin gemaakt met de vaccinatie van meisjes tegen HPV. Het duurt nog tientallen jaren voordat alle vrouwen beschermd zijn. Bovendien richt het huidige vaccin zich op twee hoogrisicotypen van het virus die samen 70 procent van de baarmoederhalskankers veroorzaken. Vaccinatie kan dus niet alle gevallen voorkomen, zelfs als de deelname aan het vaccinatieprogramma volledig zou zijn. Dit betekent dat het bevolkingsonderzoek voorlopig nog nodig is.

Samenstelling commissie:

- | | |
|---|--|
| prof. dr. J. van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie, Universiteit van Amsterdam, <i>voorzitter</i> | Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam, <i>adviseur</i> |
| dr. A. C. Ansink, gynaecoloog / oncoloog, Integraal Kankercentrum Nederland, Rotterdam | dr. H.E. de Melker, epidemioloog, Centrum voor Infectieziektebestrijding, Bilthoven |
| dr. M. van Ballegooijen, arts-epidemioloog, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, <i>adviseur</i> | mr. A. Rendering, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| prof. dr. I.D. de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam | dr. W.G.V. Quint, moleculair bioloog, DDL Diagnostisch Laboratorium, Voorburg, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam | prof. dr. E.A.M. Sanders, hoogleraar immunologie en infecties, Universiteit Utrecht |
| prof. dr. J.T. van Dissel, hoogleraar interne geneeskunde / infectieziekten, Leids Universitair Medisch Centrum | W.A. van Veen, arts, Delft, <i>adviseur</i> |
| dr. P.G.H. Janssen, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, <i>adviseur</i> | dr. N. van der Veen, Centrum voor Bevolkingsonderzoek, RIVM, Bilthoven, <i>waarnemer</i> |
| prof. dr. G.G. Kenter, hoogleraar oncologische gynaecologie, Centrum Gynaecologische Oncologie Amsterdam (CGOA) | prof. dr. A.L.M. Verbeek, hoogleraar klinische epidemiologie, Universitair Medisch Centrum St Radboud Nijmegen |
| prof. dr. M.E.E. Kretzschmar, theoretisch epidemioloog, RIVM, Universiteit Utrecht, <i>adviseur</i> | prof. dr. H.J.C. de Vries, dermatoloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam |
| prof. dr. C.J.L.M. Meijer, emeritus hoogleraar pathologie, | dr. K. Groeneveld, medisch immunoloog, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Commissie Veeteeltgerelateerde antibioticaresistentie geïnstalleerd

Op 29 maart 2011 installeerde prof. dr. Louise Gunning-Schepers, voorzitter van de Gezondheidsraad, de commissie die de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Economische Zaken, Landbouw & Innovatie zal adviseren over de volksgezondheidsrisico's van antibioticagebruik in de Nederlandse veehouderij (zie ook *Graadmeter*, maart 2011, p. 19-20). De voorzitter van de Gezondheidsraad is tevens voorzitter van deze commissie.

Dr. M.F.M. Langelaar maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Het (grootschalig) gebruik van antibiotica in de Nederlandse veehouderij en de mogelijkheid dat dat gebruik leidt tot antibioticaresistentie bij bacteriën zijn politiek beladen onderwerpen die de afgelopen tijd veel media-aandacht hebben gekregen. Naast de Gezondheidsraad zijn er andere organisaties met het onderwerp bezig en er is al een fors aantal rapporten en adviezen over verschenen. De commissie zal het onderwerp benaderen vanuit het perspectief van de volksgezondheid.

Het advies zal zich toespitsen op de Nederlandse situatie. De commissie realiseert zich evenwel dat het vraagstuk een Europese of misschien wel mondiale aanpak vraagt.

De commissie wil het advies nog deze zomer uitbrengen. Met een vliegende start tijdens de installatievergadering en een tweede vergadering begin mei ligt zij op schema.

Samenstelling commissie:

- prof. dr. L.J. Gunning-Schepers, voorzitter Gezondheidsraad,
voorzitter
- drs. E.J. de Boer, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *waarnemer*
- prof. dr. M.J.M. Bonten, hoogleraar moleculaire epidemiologie van infectieziekten, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- prof. dr. J.E. Degener, hoogleraar moleculaire microbiologie, Universitair Medisch Centrum Groningen
- prof. dr. J.T. van Dissel, hoogleraar interne geneeskunde, in het bijzonder infectieziekten, Leids Universitair Medisch Centrum
- prof. dr. J. Fink-Gremmels, hoogleraar veterinaire farmacologie en toxicologie, Universiteit Utrecht
- prof. dr. L.O. Fresco, universiteitshoogleraar duurzame ontwikkeling in internationaal perspectief, Universiteit van Amsterdam
- prof. dr. Ir. R.B. M. Huirne, hoogleraar agrarische bedrijfseconomie, Wageningen UR
- prof. dr. J.A.J.W. Kluytmans, hoogleraar medische microbiologie en infectieziektenbestrijding, VU Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr. F. van Knapen, hoogleraar veterinaire volksgezondheid, Universiteit Utrecht
- dr. W. van Pelt, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, *adviseur*
- drs. E.L.J.M. Piercy, ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie, *waarnemer*
- prof. dr. J.M. Prins, hoogleraar inwendige geneeskunde, in het bijzonder de behandeling van infectieziekten, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
- prof. dr. J.A. Stegeman, hoogleraar gezondheidszorg landbouwhuisdieren, Universiteit Utrecht
- prof. dr. H. Vaarkamp, hoogleraar veterinaire apotheek, Universiteit Utrecht
- prof. dr. J.A. Wagenaar, hoogleraar klinische infectiologie, Universiteit Utrecht
- dr. K. Groeneveld, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
- dr. M.F.M. Langelaar, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
- drs. E.J. Schoten, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Aanpassing prenatale screening erythrocytenimmunisatie

Nederland kent al sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw een programma dat tot doel heeft infecties en hemolytische ziekte bij foetus en pasgeborene tegen te gaan en dat tegenwoordig Prenatale Screening Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie heet. De Gezondheidsraad heeft hierover verschillende malen geadviseerd, voor de laatste maal in 2009, in het advies *Zwangerschapsimmunisatie door rode bloedcellen* (2009/04). Nadat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport daarop in juni 2010 al een positief standpunt innam, wordt het programma nu per 1 juli van dit jaar op twee punten aangepast.

Dr. K. Groeneveld maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Oorspronkelijk was de aanmaak van rhesus D-antistoffen door de zwangere vrouw de meest voorkomende oorzaak van hemolytische ziekte van de foetus en pasgeborene (HZFP). Als een rhesus D-negatieve vrouw bevalt van een D-positief kind kunnen D-antistoffen ontstaan, die kunnen leiden tot HZFP in de volgende zwangerschap. HZFP wordt sinds jaar en dag tegengegaan door een D-negatieve moeder direct na de geboorte van een D-positief kind immunoglobulinen tegen het D-antigeen toe te dienen. Omdat daardoor niet altijd het ontstaan van D-antistoffen wordt tegengegaan, maakt sinds 1998 – na een eerder advies van de Gezondheidsraad – ook de zogeheten antenatale immunoprofylaxe deel uit van het programma. Door al tijdens de zwangerschap aan alle D-negatieve vrouwen immunoglobulinen te geven wordt tegengegaan dat de vrouw die antistoffen al tijdens de zwangerschap zelf gaat maken. Dat is echter onnodig als ook het kind D-negatief is.

De eerste verandering in het screeningsprogramma is nu dat in week 27 van de zwangerschap de rhesus-D-status van het ongeboren kind zal worden bepaald; dat kan in het bloed van de zwangere vrouw. Zodoende kan de immunoprofylaxe worden beperkt tot alleen

28 de D-negatieve vrouwen die zwanger zijn van een D-positief kind. Nederland is het eerste land dat deze zogeheten foetale rhesus-D-typing op landelijke schaal gaat toepassen.

De tweede aanpassing van het screeningsprogramma heeft te maken met de niet-D-antistoffen (de verzamelnaam voor alle andere dan de D-antistoffen). Zwangere vrouwen bij wie deze antistoffen zijn aangetroffen worden nauwkeurig gevolgd om bij complicaties sneller te kunnen ingrijpen. Uit onderzoek bleek dat van deze vooral de rhesus-c-antistoffen (c-antistoffen) laat in de zwangerschap gevormd kunnen worden en dan voor HZFP kunnen zorgen. De tweede aanpassing behelst dan ook dat in week 12 van de zwangerschap de c-status van de zwangere vrouw wordt bepaald en dat de c-negatieve vrouwen in week 27 een tweede keer worden onderzocht op de vorming van c-antistoffen.

Gezonde voeding

Minister reageert op advies *Voor dik en dun*

Op 10 maart 2011 reageerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op het advies *Voor dik en dun* (*Graadmeter*, september 2010, p. 40-41). Zij schrijft dat het advies een helder en up-to-date overzicht geeft van de laatste stand van zaken ten aanzien van preventie van overgewicht, obesitas en het risico op eetstoornissen. Ze ziet er een ondersteuning in van de huidige lijn van het preventiebeleid, dat zich richt op voldoende beweging en gezonde voeding. Binnen lopende overheidsprogramma's ter preventie van overgewicht en obesitas kan het risico op eetstoornissen worden beperkt door aandacht te besteden aan neveneffecten van interventies of programma's. ZonMw besteedt daar aandacht aan in haar opdrachtverlening en ook de erkenningscommissie bij het Centrum Gezond Leven neemt in haar oordeel over interventies neveneffecten mee, zo schrijft de minister. 'Het staat andere partijen vrij deze aanpak over te nemen.'

De aanbeveling onderzoek te doen naar commerciële afslankprogramma's neemt zij niet over. Zij erkent dat niet uit te sluiten is dat dergelijke programma's invloed kunnen hebben op het effect van de preventie van overgewicht en obesitas en op het risico van eetstoornissen, met name op de kenmerken van een beginnende eetstoornis. 'Ik ben echter niet van plan deze commerciële afslankprogramma's te verbieden zo dat al zou kunnen. De consument voorzien van eerlijke informatie zodat deze zelf de keuze kan maken wel of niet hiervan gebruik te maken is voor mij de juiste weg', aldus de minister.

Drs. J.M Allers en dr. ir. R.M. Weggemans maken deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Gezonde leefomgeving

Gewasbeschermingsmiddelen schadelijk voor omwonenden?

Ruim tien jaar geleden heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over de atmosferische verspreiding van gewasbeschermingsmiddelen. Het advies was destijds aangevraagd door een vijftal bewindslieden en stelde op de resultaten van een door de raad georganiseerde internationale workshop. Het was gericht op de ecologische betekenis van de verspreiding van deze stoffen via de lucht van landbouwgronden naar natuurgebieden en gaf aan welke aanpassingen in de toelatingsprocedure voor gewasbeschermingsmiddelen de ecologische risico's zouden kunnen beperken. Voor eventuele gevolgen voor de menselijke gezondheid was, overeenkomstig de adviesaanvraag, in het advies geen aandacht. De heersende gedachte was dat er voor omwonenden van behandelde percelen geen risico's zouden bestaan, als de toelatingsprocedure gezondheidsrisico's voor de toepasser van de stoffen, de boer of loonwerker, zou uitsluiten. Sindsdien is er echter twijfel gerezen over de juistheid van die aanname.

Het verschijnen van een geruchtmakend en omstreden rapport in het Verenigd Koninkrijk over mogelijke gezondheidsrisico's voor omwonenden van met gewasbeschermingsmiddelen behandelde landbouwpercelen en ongerustheid bij omwonenden in eigen land vormden enige jaren geleden de aanleiding om het vraagstuk op het werkprogramma van de raad te zetten, in overleg met het toenmalige ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu.

Onlangs heeft de staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu zijn vragen over het onderwerp nader gespecificeerd in een adviesaanvraag aan de raad. De bewindsman wil weten of omwonenden in zulke mate kunnen zijn blootgesteld, dat hun gezondheid gevaar loopt. Hij vraagt daarbij speciale aandacht voor kwetsbare groepen, situaties van hoge blootstelling, blootstelling aan combinaties van stoffen, omwonenden van kassen en blootstelling via gecontamineerde moestuinen. Daarnaast wil hij weten in hoeverre een geplande

Dr. H.F.G. van Dijk maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Europese aanpassing in de toelatingsprocedure soelaas kan bieden. Tot slot wil de staatssecretaris het oordeel van de raad vernemen over nut en opzet van een bevolkingsonderzoek onder omwonenden. Deze laatste vraag zou hij graag vooruitlopend op de rest van het advies voor de zomer van dit jaar beantwoord willen zien. Met het oog op de recente maatschappelijke onrust over het onderwerp vraagt de bewindsman omwonenden bij de opstelling van het advies te betrekken.

Gezonde arbeidsomstandigheden

Onduidelijk wanneer werkdruk teveel is

Op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bekijkt de Gezondheidsraad voor verschillende arbeidsrisico's die genoemd worden in de Arboret of er een gezondheidskundige of veiligheidskundige grenswaarde te geven is.

In een briefadvies van 23 maart 2011 nam de Gezondheidsraad het arbeidsrisico werkdruk onder de loep. In het advies komt de Commissie Signalering Arbeidsomstandighedenrisico's tot de conclusie dat in de wetenschappelijke literatuur geen overeenstemming bestaat over hoe werkdruk het best gedefinieerd kan worden. Daardoor is het momenteel niet mogelijk om goed onderbouwd vast te stellen welke werkdruk een mens kan verdragen zonder klachten te krijgen.

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

Het briefadvies *Werkdruk* (2011/05) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschonen'.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|--|
| prof. dr. ir. T. Smid, bijzonder hoogleraar Arbeidsomstandigheden, VUmc, Amsterdam; adviseur arbeidsomstandigheden, KLM Health Services, Schiphol, <i>voorzitter</i> | prof. dr. J.J.L. van der Klink, hoogleraar Sociale geneeskunde, arbeid en gezondheid, UMC, Groningen |
| prof. dr. A.J. van der Beek, hoogleraar Epidemiologie van arbeid en gezondheid, VUmc, Amsterdam | dr. P.C. Noordam, senior adviseur, Arbeidsinspectie, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| prof. dr. ir. A. Burdorf, hoogleraar Arbeidsepidemiologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam | prof. dr. W.R.F. Notten, hoogleraar Kennismanagement innovatie in de gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam |
| H.J. van der Brugge, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, <i>waarnemer</i> | dr. T. Spec, beleidsadviseur arbeidshygiëne, Stichting Arbouw, Amsterdam |
| prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen, hoogleraar Beroepsziekten, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam | J. van der Wal, hoofd veiligheid, Shell Europa Exploratie en Productie, Nederlandse Aardolie Maatschappij, Assen |
| prof. dr. ir. D.J.J. Heederik, hoogleraar Gezondheidsrisicoanalyse, Institute for Risk Assessment Sciences, Utrecht | dr. C.A. Bouwman, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> (tot 1 januari 2011) |
| | dr. A.S.A.M. van der Burght, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

De commissie heeft onderstaande deskundigen geraadpleegd:

- | | |
|---|--|
| prof. dr. L.J.P. van Doornen, hoogleraar Klinische- en Gezondheids-psychologie, Universiteit Utrecht, | dr. J.K. Sluiter, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam |
| drs. L. de Jong, Arbeids- en organisatiepsycholoog, Arbeidsinspectie | dr. M.J.P.M. van Veldhoven, Arbeids- en organisatiepsycholoog, Universiteit van Tilburg |
| prof. dr. ing. IJ. Kant, bijzonder hoogleraar Arbeidsepidemiologie, Universiteit Maastricht | prof. dr. F.R.H. Zijlstra, hoogleraar Cognitieve arbeidspsychologie, Universiteit Maastricht. |

Openbaar conceptrapport over zwavelkoolstof

De Gezondheidsraad heeft een conceptrapport openbaar gemaakt, waarin de Commissie Gezondheid en Beroepsmatige Blootstelling aan Stoffen (Commissie GBBS) van de raad de gezondheidsrisico's analyseert van beroepsmatige blootstelling aan zwavelkoolstof.

De voorzitter van de Gezondheidsraad biedt de gelegenheid om inhoudelijk commentaar te leveren op dit conceptrapport. Het is 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 commentaar leveren op het concept. De commentaartermijn loopt tot 1 augustus 2011. De Commissie GBBS betreft het ontvangen commentaar bij het vaststellen van het definitieve advies. Het advies zal worden aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

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

Het conceptrapport *Carbon disulphide* is in het Engels geschreven en te downloaden van www.gr.nl.

Innovatie en kennisinfrastructuur

Installatie RGO-werkgroep Autismespectrumstoornissen

In oktober 2010 vroeg de toenmalige minister voor Jeugd en Gezin de Gezondheidsraad om advies over onderzoeksprioriteiten en kennisinfrastructuur op het gebied van de autismespectrumstoornissen (ASS) (zie *Graadmeter*, januari 2011, p. 50-51). Conform de aanbevelingen in het in juni 2009 verschenen Gezondheidsraadadvies *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders*, vroeg hij de raad te inventariseren welk onderzoek er in Nederland plaatsvindt ter ontwikkeling van instrumenten voor het signaleren en diagnosticeren van ASS bij met name twee- tot vierjarigen, adolescenten en volwassenen, en welk onderzoek op dat vlak ontbreekt en prioriteit verdient. Ook vroeg hij naar het lopende, gewenste en te prioriteren onderzoek op het gebied van de behandeling. Tot slot verzocht hij de raad de kennisinfrastructuur voor de deskundigheidsbevordering van professionals op het gebied van signalering, diagnostiek en behandeling in kaart te brengen en aanbevelingen te doen voor verbetering daarvan.

Op 13 april 2011 is een werkgroep van de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek (RGO) ingesteld, die zich over deze vragen zal buigen. De werkgroep zal samen met de RGO optreden als commissie voor het advies, dat naar verwachting in het voorjaar van 2012 zal verschijnen.

Samenstelling werkgroep:

- | | |
|--|---|
| prof. dr. L.J. Gunning-Schepers, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag, <i>voorzitter</i> | dr. M. de Graaf, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht |
| prof. dr. R.W.B. Blonk, bijzonder hoogleraar Arbeidsparticipatie en Psychische klachten, in het bijzonder Activering en Re-integratie, Universiteit van Utrecht / Business Line Manager, TNO Gezond Leven, Hoofddorp | drs. S. Hasper-Sitton, psychoog, directeur Landelijk Netwerk Autisme, Utrecht |
| drs. A.A. van Dijk, manager Cluster Research and Development, Dr. Leo Kannerhuis, Doorwerth | dr. C. Kan, psychiater, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen |
| dr. Y.M. Dijkhoorn, klinisch psycholoog, Universiteit Leiden | drs. G. Ruis, directie Jeugd en gezin, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| | drs. F. Stekelenburg, directeur Nederlandse Vereniging voor Autisme, Bilthoven |

Dr. ir. V.W.T Ruiz van Haperen maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

dr. J.P. Teunisse, klinisch neuropsycholoog, lector
Levensloopbegeleiding bij Autisme, Hogeschool van
Arnhem en Nijmegen, Nijmegen
prof. dr. M.J. Trappenburg, bijzonder hoogleraar Sociaal-
politieke Aspecten van de Verzorgingsstaat,
Universiteit van Amsterdam

prof. dr. F.C. Verhulst, hoogleraar Kinder- en jeugd-
psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum,
SophiaKinderziekenhuis, Rotterdam
dr. ir. V.W.T. Ruiz van Haperen, Gezondheidsraad, Den
Haag, *secretaris*
mr. F. Westerbos, arts, 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: 070 340 67 28, e-mail: order@gr.nl.

Algemeen

2011

Jaarverslag 2010. A11/01.

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

2011

Een billijke compensatie. Overwegingen bij een voorstel om levende nierdonoren prioriteit te geven bij transplantatie. 2011/06.

2010

Rijgeschiktheid bij epilepsie. 2010/12.

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

Trendanalyse Biotechnologie 2009.

Preventie

2011

Screening op baarmoederhalskanker. 2011/07.

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

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

Wet bevolkingsonderzoek: een beslisthulp bij prostaatkranscreening (2). 2010/03WBO.

Wet bevolkingsonderzoek: een beslisthulp bij prostaatkranscreening (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.

Binnenluchtqualiteit in basisscholen. 2010/06.

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

Gezonde arbeidsomstandigheden

2011

Briefadvies Werkdruk. 2011/05.

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.	Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. 2011/02.	41
Ribavirin; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2010/03OSH.	Medische producten: nieuw en nodig! Een investeringsagenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten. 2011/01.	
Cyclic acid anhydrides; Health-based recommended occupational exposure limit. 2010/02OSH.		
Methanol; Health-based recommended occupational exposure limit. 2010/01OSH.	2010	
Innovatie en kennisinfrastructuur	Gezondheidsonderzoek aan hogescholen. 2010/17.	
2011	Waar voor ons geld. Beslissen over publieke investeringen in gezondheidsonderzoek. 2010/16.	
Op weg naar <i>evidence based</i> toezicht. Het onderzoek naar de effecten van toezicht door de IGZ. 2011/03.	Kind en ziekte: onderzoek voor gezondheid. RGO nr. 62.	

