

GRAADMETER # 2

Minstens twintig procent van de tandartsen volgt geen enkele vorm van nascholing. Iemand moet nu gewoon zeggen: dat is verplicht, punt uit. Fons Plasschaert, p. 7

Theorie en praktijk

De ene tandarts is terughoudend met het vullen van gaatjes in een melkgebit, want ‘melktanden vallen er toch uit’. Een andere tandarts vindt het juist een uitdaging om mooi werk af te leveren in een kleine mond.

In een ongevraagd advies *De mondzorg van morgen* verkent de Gezondheidsraad de mogelijkheden om de wetenschappelijke basis van de zorg van tandarts en mondhygiënist te verbeteren.^{zie p. 19} *Evidence-based* richtlijnen zouden de frequentie van ongefundeerde behandelverschillen moeten terugdringen. Daarvoor is echter wel meer kennis en onderzoek nodig dan nu al beschikbaar is, vooral naar effectiviteit en doelmatigheid. Op de korte termijn zou al meer overeenstemming bereikt kunnen worden over *best practices*: wat is de beste manier van handelen, afgaande op ervaringen uit de praktijk.

De interviews met emeritus hoogleraar tandheelkunde Fons Plaschaert en tandarts Didi Landman en mondhygiënist Ramin Najafbagy laten zien dat het hier gaat om weerbarstige materie, maar maken ook lichtpuntjes in de praktijk zichtbaar.^{zie p. 5 en 9}

	Redactioneel	27	Installatie Commissie Onverwachte bevindingen bij diagnostiek en screening
2	Theorie en praktijk	29	Minister over spoedeisende hulp
	Interviews		
5	Tandarts druk met de eigen toko		
9	Elke tandarts denkt: ik doe het het beste	31	Test variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob
	Varia	32	Adviezen over bevolkingsonderzoek
15	Wisseling op het secretariaat	35	Minister over risico op overdracht Q-koorts door donoren
	Gr-galerie		
17	Harm Visser		
18	Peter Engelfriet	38	Minister van VWS gaat systematische omgang met hoogrisicogroepen propageren
	Optimale gezondheidszorg		
19	Richtlijnen kunnen kwaliteit tandartszorg verbeteren		
21	Nieuwe trombosemedicijnen invoeren onder voorwaarden	39	Commentaar gevraagd op arbo-adviezen
24	Raad adviseert aanpassing regels rijgeschiktheid bij epilepsie	42	Symposium Aantoonbaar beter
26	Veilig de weg op met medicijn met gele sticker?		
			Innovatie en kennisinfrastructuur
			Symposium Aantoonbaar beter
			Verschenen



Prof. Fons Plasschaert

Tandarts druk met de eigen toko

Emeritus hoogleraar tandheelkunde Fons Plasschaert is een man met een brede blik. Dertig jaar lang combineerde hij de tandheelkunde met een loopbaan als violist. Hij was concertmeester van het Nijmeegs symfonie-orkest. Na het interview moet hij gaan hollen want dan wacht er een zaal op een lezing van hem over vioolbouw. Voor hemzelf zijn dit geen uitersten. Zowel het maken van een krul als het aanbrengen van een vulling zijn het werk van een zeer precieze beeldhouwer.

Voor zijn emeritaat leidde Fons Plasschaert generaties Nijmeegse tandartsen op. Ook deed hij wat hij kon om samenhang te brengen in de verzameling solisten die tandartsen toch vooral zijn. Met beperkt succes, vindt hij zelf. En dus leest hij het nieuwste advies van de Gezondheidsraad over mondzorg met gemengde gevoelens: inhoudelijk kloppen de conclusies, maar waarom blijven die aanbevelingen zo voorzichtig? Wanneer gaat er nu eindelijk eens doorgepakt worden om een duidelijke regie in de mondzorg te brengen?

De zaterdag na het verschijnen van het advies over mondzorg kopte NRC 'Tandartsstoel is rad van fortuin', verwijzend naar de 'behandelvariantie' die de Gezondheidsraad signaleerde. Wat vindt u daarvan?

Zo'n kop noem ik tendentiekus. Natuurlijk verschillen tandartsen in de zorg die ze bieden. Patiënten verschillen ook in wat ze van een tandarts willen. Een voorbeeld: als er iets aan de hand is met de voortanden brengt de ene tandarts witte vullingen aan terwijl de andere voor een porceleinen kroon kiest. In het ene geval kan een vulling beter zijn, in het andere geval een kroon. Daarbij speelt de portemonnee van de patiënt mee. En natuurlijk de vaardigheid van de tandarts, want vergeet niet dat het ook een artistiek beroep is: je hebt er die

Prof. dr. A.J.M. (Fons) Plasschaert (1942) was sinds 1967 aan de opleiding tandheelkunde van de Radboud Universiteit Nijmegen verbonden. In 1976 werd hij benoemd tot hoogleraar restauratieve tandheelkunde, in 2006 ging hij met emeritaat.

Onder andere door zijn voorzitterschap van de Association for Dental Education in Europe heeft Plasschaert een belangrijke bijdrage geleverd aan de harmonisatie van het tandheelkundig onderwijs in Europa.

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

6 prachtige resultaten met composietvulmateriaal halen, anderen is dat niet gegeven.

Maar het gaat natuurlijk om onwenselijke behandelvariatie. De Gezondheidsraad concludeert dat er meer richtlijnen moeten komen. Dat kan inderdaad helpen, mits je het onderscheid tussen protocol en richtlijn goed in het oog houdt. Een protocol schrijft voor hoe je iets doet, zoals een kookboek: 'men neme een ei...' Daar heeft geen tandarts wat aan. In een richtlijn daarentegen wordt alle kennis over een bepaald probleem gedocumenteerd en worden de afwegingen genoemd bij het maken van keuzes in een behandelsituatie. Een richtlijn brengt dus meer lijn in de keuze. Dat helpt de tandarts, en is bovendien fijn voor de patiënt. Ook patiënten kunnen als ze voor een ingrijpende behandeling staan zulke richtlijnen raadplegen om hierover goed met hun tandarts te kunnen communiceren.

Maar is er wel genoeg wetenschappelijke kennis om richtlijnen op te kunnen stellen?

Terecht constateert de Gezondheidsraad dat we te weinig epidemiologische gegevens hebben over de mondgezondheid in ons land. In de jaren negentig is er een groot landelijk onderzoek geweest, het LEOD, dat de problemen van dat moment goed in kaart heeft gebracht. Maar er is nauwelijks iets bekend over de situatie nu. TNO doet wel iets in Den Bosch, maar zo'n beperkt onderzoek in een enkele provincieplaats kun je niet representatief noemen.

Maar voordat iedereen zich nu gaat verschuilen achter het gebrek aan wetenschappelijk bewijs: je kunt richtlijnen ook heel goed opstellen aan de hand van klinische praktijkervaring. En die hebben we genoeg! We weten al heel veel en weten ook hoe die kennis in richtlijnen vertaald kan worden. Het punt is dat we het gewoon moeten DOEN. De vraag is nu: wie moet wat doen, wie betaalt wat, en hoe implementeren we nieuwe richtlijnen en afspraken over bijvoorbeeld bij- en nascholing?

In het advies is te lezen dat een deel van de tandartsen na het afronden van de studie nooit meer iets aan scholing doet.

Ook als het gaat over bij- en nascholing vind ik het advies veel te voorzichtig. Er zijn allerlei goede nascholingscursussen en er is een keurmerk waarmee het kaf van het koren gescheiden kan worden. Maar er is geen enkele verplichting tot na- en bijscholing en veel tand-

artsen hebben daar ook helemaal geen zin in. Minstens twintig procent van de tandartsen volgt geen enkele vorm van nascholing. Iemand moet nu gewoon zeggen: dat is verplicht, punt uit. Er moet een instituut of organisatie zijn waarnaar tandartsen wel moeten luisteren.

Wat mij betreft is het advies veel te voorzichtig gesteld. Ik had gehoopt dat de Gezondheidsraad meer stelling zou nemen en duidelijk zou benoemen wie de regie heeft en hoe dwingend die is. Het is de hoogste tijd dat de hand aan de ploeg gaat.

Lijkt het zo of zijn tandartsen meer 'eenlingen' dan andere zorgverleners?

Als tandarts kies je voor een onafhankelijke praktijkuitvoering in een beperkte setting. De meeste tandartsen willen hun eigen toko hebben en zitten niet te wachten op bemoeienis van buitenaf. Het zijn solisten die niet geneigd zijn om samen een hoger doel na te streven of om samen trots te zijn op hun kwaliteitssysteem. Ieder is druk met zijn eigen praktijk en vindt dat eigenlijk wel best. Over het algemeen is de Nederlandse bevolking overigens behoorlijk tevreden over zijn tandarts, dus zo slecht doet de beroepsgroep het niet.

In mijn werk heb ik mijn best gedaan om aandacht te vragen voor gezamenlijke kwaliteitsverbetering van onze zorg en het is me niet gelukt. Ik heb onder meer de Federatie van Wetenschappelijke Tandheelkundige Verenigingen opgericht, vergelijkbaar met het Nederlands Huisartsen Genootschap. Er waren een stuk of twintig tandheelkundige verenigingen bij aangesloten. Drie, vier jaar heeft de federatie gefunctioneerd. Toen ik er uit ben gegaan is hij weggezaakt. Nu zegt men dat er een functionele infrastructuur ontbreekt. Het heeft er toch mee te maken dat de beroepsgroep – de goeden niet te na gesproken – teveel in de markteconomische hoek zitten te praten en te weinig in die van de zorg. De laatste jaren is mijn beroepsgroep vooral bezig geweest met de vrije tarieven. Zeg maar gewoon: met de centen.

Heeft u onderwerpen gemist in het advies? Thema's die wellicht in een volgend advies aan de orde kunnen komen?

Wat ik een manco vind: bijzondere groepen komen niet aan bod. Ze worden wel genoemd hoor, maar ze komen niet tot leven. Gehandicapten, gevangenen, mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen; de

- 8 commissie heeft ze niet in het vizier. Dat had wel gekund, want er is best het een en ander over bekend. Bovendien kun je deskundigen uitnodigen om hun ervaringen met de commissie te delen. Dat dit nu niet gebeurd is, gaat me aan het hart. Want iedereen weet: wie gezond is en geld heeft, die vindt zijn zorg wel.

Elke tandarts denkt: ik doe het het beste

Nooit geweten hoezeer tandartspraktijken van elkaar kunnen verschillen. Vergeleken met de mij vertrouwde steriele grijs-witte ruimte doet de wachtkamer van de Rotterdamse Tandartspraktijk Landman en Mondhygiënepraktijk Kralingen weldadig warm aan met zijn luie fauteuils en kleurige schilderijen. Afleiding vind je hier in de behandelstoel niet enkel in het merkje op de lamp, maar in nog meer schilderijen aan de wand en authentieke ornamenten in het plafond. Gelachen wordt er ook, verzekeren mij tandarts Didi Landman en vrijgevestigde mondhygiënist Ramin Najafbagy. Voor een goede mondbehandeling is vakkennis nodig en inzet, maar zeker ook een prettige omgang met de patiënt.

In wat voor praktijk bevinden we ons hier?

Didi Landman: In mijn praktijk staan zo'n drie- a drieënhalfduizend mensen ingeschreven. Hij is nu heel gemengd qua samenstelling. In Rotterdam ben ik begonnen in een praktijk in het Oude Westen, met veel patiënten met slechte gebitten en bovendien een kleine portemonnee. Duizend patiënten van daar zijn meegekomen toen ik naar Kralingen verhuisde. Hier zijn er meer bovenmodale patiënten bij gekomen. De meeste mensen komen met enige regelmaat. Als iemand twee jaar niet is geweest, sturen we een herinnering. In mijn praktijk ziet Ramin in verhouding de meer gemotiveerden. Ik krijg ook mensen die drie weken niet gepoetst hebben en die dan vlak voor ze naar mij komen even poetsen. Die komen hier binnen met bloedend tandvlees, dus dan weet ik het wel.

Didi Landman werd als tandarts opgeleid in Zuid-Afrika. In Nederland werkt ze nu elf jaar zelfstandig in Tandartspraktijk Landman in Rotterdam.

Ramin Najafbagy is praktijkhouder van Mondhygiënepraktijk Kralingen en van Mondhygiënist Katwijk. Daarnaast is hij master-student Bestuurskunde.

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

Ramin Najafbagy: Het advies in zijn geheel geeft een goed overzicht van de behoeftes die momenteel spelen in de Nederlandse tandheelkunde. Wat mij vooral aanspreekt is de nadruk op meer *evidence-based* handelen. Veel professionals in de mondzorg hebben eigen maniertjes ontwikkeld. Dat komt omdat nooit wetenschappelijk is vastgesteld wat de beste behandeling is. Meer onderzoek op dit gebied zal de mondzorgprofessionals en uiteindelijk dus ook de patiënten ten goede kunnen komen.

Didi Landman: We leven in een klein landje en toch zijn er grote verschillen: tandartsen kunnen uiteenlopende diagnoses stellen voor hetzelfde geval. Neem bijvoorbeeld cariës in het melkgebit. Terecht concludeert het advies dat daarbij veel verschil zit in behandeling. Er zijn collega's die zeggen: 'melktanden vallen er toch uit', en die doen er om die reden niets aan. Anderen hebben er gewoon niet zo'n zin in omdat het in een kleine mond moeilijk werken is en dit geduld en passie vergt. Wij behandelen een melkgebit wél omdat slechte zorg kan leiden tot een slechte start van het permanente gebit. Ook kan het uitstellen van behandeling van het melkgebit leiden tot extracties, wat traumatisch kan zijn voor het kind. En vroeg trekken van tanden heeft gevolgen voor de ontwikkeling van de kaken waardoor later misschien een beugel noodzakelijk is. Ik zou het wel prima vinden als er duidelijke richtlijnen kwamen. Dan zou ik kunnen kijken: goh, ben ik wel goed bezig?

Eigen maniertjes in de mondzorg kunnen door patiënten makkelijk opgevat worden als: ze doen maar wat. Zou het goed zijn om strakkere richtlijnen te hebben?

Ramin Najafbagy: De moeilijkheid met protocollen is dat je altijd een discrepantie hebt tussen de theorie en de praktijk.

Didi Landman: Je hebt altijd weer andere situaties. Sommige patiënten zijn moeilijk behandelbaar. Mensen die bang voor de tandarts zijn, liggen niet stil en slikken en kokhalzen veel. Als ze heel onrustig zijn, is het prettiger voor beide partijen om ze geen witte vullingen te geven – wat eigenlijk hoort tegenwoordig – maar ouderwetse amalgaamvullingen omdat die sneller drogen. De optimale condities voor het aanbrengen van een witte vulling worden verkregen door een



Ramin Najafbagy en Didi Landman. Foto: Ben Deiman.

12 zogenoemde kofferdam te gebruiken. Dat is een rubber afscherming voor één of twee tanden. Die kofferdam zou dus om die reden in het protocol opgenomen kunnen worden. Maar... sommige mensen worden daar claustrofobisch van. Dus zal je in de praktijk wel eens moeten afwijken van zo'n protocol.

Ramin Najafbagy: Een protocol of richtlijn kan voor een grote groep patiënten goed werken. Maar het advies stelt terecht dat er wel een onderscheid gemaakt moet worden tussen mensen die makkelijk en moeilijk behandelbaar zijn. Een voorbeeld: voor de jaarlijkse controle bij de mondhygiënist staat tien minuten. Met een patiënt die rustig is, goed opgeleid en die mij goed verstaat is dat voldoende. Maar voor alle anderen moet je meer tijd nemen.

Didi Landman: Financieel ondervind je als tandarts ook beperkingen. Als een patiënt zegt 'ik krijg per jaar 450 euro terug van het Zilveren Kruis en ik kan zelf niks bijleggen' dan moet je toch zien hoe je die persoon een zo goed mogelijke behandeling voor weinig geld geeft. Dan moet je met je handjes gaan knutselen, en dat is dan vast niet volgens de regels van de beste behandeling.

Tandartsen hebben de naam echte solisten te zijn. Herkent u dat beeld?

Didi Landman: Ja, heel erg. Elke tandarts denkt: ik doe het het beste. Ik ook, en daar ben ik blij om. Anders ben je toch niet goed bezig? Wij zijn ook heel erg eigenwijs. Ik ook. Ik heb vroeger wel eens voor een baas gewerkt die andere ideeën had dan ik, dat ging niet, dan run ik liever mijn eigen tentje.

Ramin Najafbagy: Het is wel zo, maar je ziet ook dat sommige mondzorgprofessionals al beter samenwerken. Er is een tendens tot het vormen van groepspraktijken waar tandarts en mondhygiënist onder één dak werken met bijvoorbeeld de implantoloog en parodontoloog. In onze praktijk werken Didi en ik samen in nauw overleg. Zij ziet alle patiënten jaarlijks voor controle en verwijst deze indien nodig door naar de mondhygiënist. Vice versa verwijst ik de patiënten naar Didi.

Didi Landman: Ik weet: mijn mondhygiënist kijkt mee. Dat houdt je scherp, en het is ook prettig om over de behandeling te kunnen overleggen. Verder neem ik eens in de twee weken deel aan een gespreksgroep van specialisten op tandheelkundig gebied. Met elkaar brainstormen we dan over een ingewikkelder patient. Deze aanpak is echt niet algemeen; wij zijn hiermee in Rotterdam voortrekkers.

Gelukkig kunnen we zulk multidisciplinair overleg tegenwoordig ook declareren; vroeger deed ik het gratis. Maar over all moeten tandartsen echt wel leren om niet alles zelf te willen doen en meer een dirigerende rol te pakken. Bijvoorbeeld: een zenuwbehandeling kan ik ook wel uitvoeren, maar een endodontoloog doet dit beter. Ik verwijs mijn patiënt dus naar die specialist, vervolgens zorg ik dan weer voor een mooie kroon erop.

Ramin Najafbagy: Zodra een patiënt problemen met zijn tandvlees heeft, hoort zijn tandarts hem door te verwijzen naar de mondhygiënist. Tijdige doorverwijzing voorkomt latere ellende. Terecht vraagt de Gezondheidsraad zich in het advies af waarom het bij zo weinig mensen bekend is dat je met een eenvoudige handeling als ragen bijna gegarandeerd gezond tandvlees kunt bereiken. Ook de huisarts en de GGD zouden meer naar de mondhygiënist moeten doorverwijzen. Een voorbeeld: mensen met diabetes zijn vatbaar voor tandvleesontstekingen. Zij zijn gebaat bij een snelle opsporing en aanpak daarvan, want dat voorkomt blijvende schade aan het tandvlees en hoge kosten op termijn.

Didi Landman: De GGD ziet ook mensen die niet naar de tandarts durven. Doorverwijzen naar de mondhygiënist is dan een goede eerste stap. En vandaar is het bruggetje naar de tandarts weer kleiner. Heel veel patiënten gaan met een ontsteking in hun mond eerst naar de huisarts, wellicht omdat ze niet zo goed naar de tandarts durven. Vaak komen ze dan alsnog in de tandartsstoel terecht. In mijn tien jaar praktijk is dit vaak gebeurd en ik heb zo al drie keer mondkanker geconstateerd. Bij twijfel over ontstekingen in de mond zouden huisartsen moeten zorgen dat patiënten snel bij een tandarts terecht komen omdat wij goed de diagnose kunnen stellen.

Geld speelt altijd een rol bij behandeling door de tandarts. Voor veel mensen is dit geld dat ze moeilijk uitgeven.

Ramin Najafbagy: Het toelichten van de behandeling plus begroting is voor veel mondzorgprofessionals nog een heikel punt. Wij willen ons het liefst alleen richten op de zorgverlening. Toch wordt het steeds belangrijker om de tijd te nemen om patiënten goed voor te lichten. Alleen zo krijg je een transparante relatie. Soms is het verleidelijk om patiënten die weinig geld willen besteden tegemoet te komen met een beperkte behandeling. Maar het resultaat is dan dat je doormoddert met ontstekingen. Ik leg daarom zo goed mogelijk uit wat volgens mij de beste behandeling is. Ik vergelijk het vaak met

- 14 twee lekke banden: je bent dan ook niet uit de problemen door er eentje te vervangen.

Bij 'vrije tarieven' bij de tandarts denk je toch gauw dat het allemaal nog duurder wordt?

Didi Landman: Die angst werd gevoed door de berichtgeving in de media aan het begin van het jaar. Inmiddels blijkt dat het allemaal reuze meevalt. Landelijk zijn de tarieven met zo'n drie tot vier procent gestegen. Het lastige aan de vrije tarieven vind ik dat je nu verplicht bent om een begroting mee te geven bij een behandeling die duurder wordt dan 150 euro. Vaak gebeurt het dat je al werkend in de mond nog wat tegenkomt, bijvoorbeeld een extra gaatje. Het komt dan onprofessioneel over om te zeggen dat het toch weer duurder moet worden. Wat ik goed vind aan een systeem van vrije tarieven is dat het de transparantie vergroot. Als je als tandarts meer vraagt dan een ander omdat je denkt dat je je onderscheidt met bijzondere kwaliteiten, dan kan je dat nu uitleggen. Ik ben niet zo bang voor een leegloop van de praktijk door de vrije tarieven. Landelijk gezien schijnt slechts vier procent van de mensen de eigen vertrouwde tandarts te willen verlaten als die duurder blijkt dan een andere. Je gaat toch niet voor een tientje naar een onbekende tandarts? Vertrouwen is moeilijk in geld uit te drukken.

Wie zijn tandarts niet vertrouwt, heeft snel het gevoel dat die meer wil doen dan nodig is om zo zijn eigen zak te vullen.

Didi Landman: In elke beroepsgroep heb je mensen die meer of minder integer zijn. Ikzelf heb ook wel eens een patiënt hier gehad voor een second opinion. De eigen tandarts had twaalf gaatjes gediagnosticeerd, terwijl ik er maar drie de moeite van het behandelen waard vond. Dat is vervelend. Je wilt graag collegiaal blijven, maar er gaat wel eens iemand over de schreef. Toch, in al die jaren dat ik dit vak uitoefen, heb ik eigenlijk nauwelijks slechte ervaringen met collega's. Iedereen probeert – op zijn eigen manier, dat wel – het vak naar behoren uit te oefenen. Alle tandartsen zijn nationaal verbonden aan de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT) of aan de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT). Je moet van één van beide lid zijn vanwege de klachtenprocedure. Ontevreden patiënten kunnen bij de NMT (of de ANT, als je daar lid van bent) een klacht indienen. De folders ervoor staan hier gewoon in de wacht-

kamer. Lokaal heb je ook tandheelkundige verenigingen zoals de Rotterdamse Tandarts Vereniging, waar we onder andere voor elkaar waarnemen. Er is daardoor uitgebreide sociale controle onder de tandartsen en de slechten komen echt wel bovendrijven. Want een goede tandarts wil toch ook een goede waarnemer voor zijn patiënten.

Wijzigingen op het secretariaat

Dorine Coenen, secretaris voor EuSANH, werkt sinds 5 maart twee dagen in de week als docent biologie en godsdienst op een middelbare school in Roelofarendsveen. Op dinsdag en woensdag is zij op het secretariaat van de Gezondheidsraad aanwezig.

Margriet Moret is sinds 1 april werkzaam (via detachering) bij de Gezondheidsraad. Momenteel werkt ze aan de voorbereidingen voor een nieuw advies van de Commissie Medical Technology Assessment. Het gaat over het voorkomen van achterhaalde, onnodige en onwenselijke behandelingen. Margriet Moret is epidemiologe en verbonden aan het UMC St. Radboud Nijmegen.

Merel Langelaar heeft per 15 april de overstap gemaakt naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waar zij is aangenomen als inspecteur. Ze is betrokken geweest bij adviezen over bevolkingsonderzoek, over veegerelateerde antibioticaresistentie, over de ziekte van Lyme en over het Rijksvaccinatieprogramma in Caribisch Nederland.

Leo van Rossum werkte tot voor kort parttime bij de Gezondheidsraad aan de adviezen over bevolkingsonderzoek. Hij verlaat nu zijn andere deeltijd baan – bij de Universiteit St. Radboud in Nijmegen – om voltijds te gaan werken bij het secretariaat van de Gezondheidsraad.

Peter Engelfriet zal na de succesvolle afronding van het advies *Nieuwe antistollingsmiddelen: een gedoseerde introductie* deeltijds aan het secretariaat verbonden blijven.



Van 24 april tot en met 22 juni is bij de Gezondheidsraad werk te zien van kunstenaar **Harm Visser**. In het werk van Visser komt de natuur tot leven. Zijn inspiratiebron is de Arnhemse polder bij Nijkerk, in biodiversiteit een van de rijkste natuurgebieden van Nederland. Meer informatie: www.hamvisser.nl.



Bij de zomertentoonstelling in Gr-Galerie krijgen traditiegetrouw de medewerkers van de Gezondheidsraad de vloer. Dit jaar laten medewerkers iets zien van hun eerste betaalde baan(tje). Bovenstaande foto werd aangeleverd door **Peter Engelfriet** en verwijst naar de tijd dat hij portier was bij de toen nieuwe studentendiscotheek Dansen bij Jansen in Amsterdam. Net als deze honden bewaakte hij 'zijn' deur met volle inzet.

Optimale gezondheidszorg

Richtlijnen kunnen kwaliteit tandartszorg verbeteren

Net als in de geneeskunde, zou ook in de mondzorg gewerkt moeten worden volgens *evidence-based* richtlijnen. Dat verbetert de kwaliteit van de zorg en helpt ongefundeerde verschillen in aanpak tussen zorgverleners verminderen. Ook kunnen tandartsen dan beter laten zien hoe de kwaliteit van de zorg zich verhoudt tot de kosten. De kosten voor mondzorg bedragen 3 procent van de totale zorgkosten; dat is even hoog als de kosten van huisartsenzorg. De tandarts moeten mensen zelf betalen. Logisch dus dat patiënten willen weten wat ze kunnen verwachten, zeker nu de tarieven zijn vrijgegeven. Dit schrijft de Gezondheidsraad in zijn advies *De mondzorg van morgen*, dat de raad op 27 april 2012 heeft aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Drs. J.M. Allers en dr. G.A.J. Soete maken deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *De mondzorg van morgen* (2012/04) is te downloaden van www.gr.nl.
Zie rubriek 'Verschonen'.

De afgelopen jaren is er in de mondzorg veel aandacht geweest voor kwaliteitsbeleid. Dat richt zich echter vooral op de randvoorwaarden van de zorg en minder op de inhoudelijke kwaliteit ervan. Richtlijnen die beschrijven wat de bewezen beste behandeling is van een aandoening zijn er nauwelijks of worden onvoldoende nageleefd. Overigens is dat niet alleen in Nederland het geval, maar ook internationaal. Veel tandartsen hanteren bijvoorbeeld een vaste frequentie voor periodieke controles, terwijl deze zou moeten afhangen van de individuele situatie van de patiënt. Ook bestaan er grote verschillen tussen tandartsen in de behandeling van cariës in het melkgebit van jonge kinderen.

De Gezondheidsraad beveelt aan de wetenschappelijke onderbouwing van de praktijk te versterken. Om te beginnen zouden de professionals in de mondzorg met elkaar moeten formuleren wat optimale zorg inhoudt: gaat het vooral om functionaliteit of is esthetiek ook belangrijk? Verder zouden tandartsen op korte termijn zogenoemde *best practices* moeten opstellen: wat de beste manier van handelen is, afgaande op de ervaringen uit de tandartspraktijken. Op die

manier kunnen de ongefundeerde verschillen in behandeling tussen tandartsen verminderen. Uiteindelijk moeten er *evidence-based* richtlijnen komen, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Ook de invoering van richtlijnen verdient dan aandacht. Nu is het namelijk zo dat de richtlijnen die er zijn niet altijd worden nageleefd. Zo volgen lang niet alle tandartsen de richtlijn die aangeeft wanneer een verstandskies wel en niet getrokken zou moeten worden.

Om wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen te kunnen opstellen, is meer kennis nodig. Het onderzoek dat op het gebied van mondzorg wordt gedaan, is vaak fundamenteel van aard of richt zich op de ontwikkeling van nieuwe technieken. Onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen is schaars. Juist dat soort onderzoek kan de basis vormen voor richtlijnen. Verder is er behoefte aan sociaal-tandheelkundig onderzoek. Dat kan inzicht geven in de achtergronden van verschillen tussen bevolkingsgroepen en kennis opleveren over effectieve preventiestrategieën. Opvallend is namelijk dat de gebitstoestand van Nederlanders de afgelopen dertig jaar weliswaar sterk is verbeterd, maar dat nog steeds een flink deel van de bevolking last heeft van mondziekten. Cariës en parodontitis (tandvleesproblemen) komen veel voor, terwijl ze relatief eenvoudig te voorkomen zijn.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|---|
| prof. dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde,
Academisch Medisch Centrum Amsterdam,
<i>voorzitter</i> | R. Rowel, tandarts werkzaam in de klinische mondzorg,
Raalte |
| prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde,
Leids Universitair Medisch Centrum | prof. dr. R.M.H. Schaub, emeritus hoogleraar
tandheelkundige zorgverlening, tandarts werkzaam
in de klinische mondzorg, Universitair Medisch
Centrum Groningen |
| dr. J.J.M. Bruers, socioloog, Nederlandse Maatschappij tot
bevordering der Tandheelkunde, Nieuwegein | drs. M. Schoneveld, beleidsadviseur, Consumentenbond,
Den Haag |
| dr. J. den Dekker, tandarts, tandheelkundig adviseur, College
voor zorgverzekeringen, Diemen | dr. A.A. Schuller, tandarts-epidemioloog, TNO, Leiden |
| prof. dr. A.J. Feilzer, decaan, hoogleraar tandheelkundige
materiaalwetenschappen, tandarts werkzaam in de
klinische mondzorg, Academisch Centrum
Tandheelkunde Amsterdam | prof. dr. B. Stegenga, hoogleraar klinische epidemiologie van
de tandheelkunde, kaakchirurg, Universitair Medisch
Centrum Groningen |
| dr. K. Jerkovic-Cosic, mondhygiëniste-epidemioloog,
Hanzehogeschool/Rijksuniversiteit Groningen | prof. dr. G.H.W. Verrips, bijzonder hoogleraar mondzorg en
kwaliteit van leven, TNO/Academisch Centrum
Tandheelkunde Amsterdam |
| J.A. Kieft, tandarts werkzaam in de klinische mondzorg,
adviserend tandarts Coöperatie VGZ, Broek op
Langendijk | drs. P.S.B. Boom, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| dr. T.G.P.H. Mettes, tandarts-onderzoeker, tandarts
werkzaam in de klinische mondzorg, Universitair
Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen | dr. G.A.J. Soete, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Nieuwe trombosemedicijnen invoeren onder voorwaarden

De invoering van nieuwe antistollingsmiddelen voor patiënten met (risico op) trombose moet onder voorwaarden gebeuren. De nieuwe medicijnen hebben grote voordelen voor patiënten en de resultaten van klinische studies naar de veiligheid en de effectiviteit ervan lijken veelbelovend. Maar het is nog de vraag of ze in de praktijk ook meer gezondheidswinst opleveren dan de huidige middelen, tegen aanvaardbare kosten. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Drs. J.M. Allers en dr. P.M. Engelfriet maken deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Nieuwe antistollingsmiddelen: een gedoseerde introductie* (2012/07) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

De Gezondheidsraad beveelt aan bij de invoering van de nieuwe medicijnen een vergelijkend onderzoek te starten. Dit onderzoek moet uitwijzen wat precies de meerwaarde is van de nieuwe middelen boven de oude. Hiervoor is informatie nodig over de veiligheid en effectiviteit in de populatie Nederlandse patiënten en over de kosten en baten van de middelen. Volgens de raad moet het onderzoek zo opgezet worden dat binnen een paar jaar voldoende duidelijkheid ontstaat.

Huidige medicijnen: veel controle nodig

Patiënten die antistollingsmiddelen slikken tegen trombose, moeten nu intensief begeleid worden door een trombosedienst. De dosering luistert namelijk heel nauw en behoeft steeds aanpassing. Is de dosering te laag, dan kunnen stolsels in het bloed ontstaan. Te hoge dosering geeft kans op bloedingen. De gevolgen van verkeerde dosering kunnen groot zijn: patiënten kunnen een beroerte of longembolie krijgen. Daarom moet het bloed van patiënten steeds gecontroleerd worden.

De nieuwe antistollingsmiddelen die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld kunnen in een vaste dosering geslikt worden, waardoor de frequente controles overbodig worden. Dat is een belangrijk voordeel van deze medicijnen. Op dit moment is een aantal nieuwe medicijnen geregistreerd voor gebruik bij patiënten met de hartritmestoornis boezemfibrilleren, en patiënten die een knie- of heupoperatie hebben ondergaan (voorkomen van trombose). Meer registraties zijn in aanvraag. Klinische studies naar de effectiviteit van de nieuwe medicijnen laten positieve resultaten zien. Ze voorkomen minstens evenveel beroertes en tromboses als de oude medicijnen, er treden niet meer grote bloedingen op en het aantal hersenbloedingen lijkt zelfs lager te zijn.

Meerwaarde in de praktijk vraagt meer bewijs

De Gezondheidsraad waarschuwt echter dat de gunstige uitkomsten van klinische studies niet één op één te vertalen zijn naar de praktijk. Dat komt onder meer doordat mensen met een hoog risico op bloedingen niet meedoen in de studies. Bovendien heeft Nederland een landelijk dekkend systeem van trombosediensten, waardoor het aantal complicaties van de huidige medicijnen in ons land waarschijnlijk relatief laag is. Verder hebben de nieuwe medicijnen ook nadelen. Zo is er nog geen antidotum: een middel waarmee in noodgevallen de antistolling kan worden tegengegaan. Dit is bijvoorbeeld nodig bij ongelukken of spoedoperaties. Ook de therapietrouw is een punt. De controles bij de trombosedienst zijn een goede stok achter de deur voor mensen om hun medicijnen trouw te slikken. Als de controle wegvalt, bestaat de kans dat veel meer mensen met de middelen stoppen of ze niet tijdig innemen. Tot slot zijn de medicijnen veel duurder dan de huidige middelen. Of ze kosteneffectief zijn, hangt dus af van de gezondheidswinst en de besparing op de zorgkosten die ermee te halen zijn.

Onderzoek en richtlijnen

De Gezondheidsraad doet twee aanbevelingen. De eerste gaat over de opzet van een onderzoek dat moet uitwijzen hoe veilig de middelen zijn in de praktijk en wat de meerwaarde van de middelen precies is. De tweede aanbeveling richt zich op de beroepsgroepen: zij moeten

- 24 de richtlijnen voor trombosebehandeling aanpassen. Er zijn duidelijke afspraken nodig over wie waarvoor verantwoordelijk is. De begeleiding van patiënten verdient aandacht: van belang is dat zij gestimuleerd worden de medicijnen te blijven slikken.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|--|
| prof. dr. E. Briët, emeritus hoogleraar interne geneeskunde, Amsterdam, <i>voorzitter</i> | prof. dr. P.A.B.M. Smits, hoogleraar farmacologie, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen |
| prof. dr. A. Algra, hoogleraar klinische epidemiologie van trombosebehandeling en -preventie, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Leids Universitair Medisch Centrum | prof. dr. H.J.G.M. Crijns, hoogleraar cardiologie, Universitair Medisch Centrum Maastricht, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. Ph.G. de Groot, hoogleraar trombose en hemostase, Universitair Medisch Centrum Utrecht | prof. dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie/huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, <i>adviseur</i> |
| H. van Laarhoven, De Hart & Vaatgroep, Den Haag | prof. dr. F.W.G. Leebeck, bijzonder hoogleraar hematologie, in het bijzonder hemostase en trombose, Erasmus Medisch Centrum, <i>adviseur</i> |
| dr. K. Meijer, hematoloog, Universitair Medisch Centrum Groningen | dr. F.J.M. van der Meer, internist, Leids Universitair Medisch Centrum, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. J.C.M. Meijers, hoogleraar experimentele vasculaire geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam | prof. dr. M.J. Postma, hoogleraar gezondheidseconomie, Rijksuniversiteit Groningen, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. S. Middeldorp, hoogleraar inwendige geneeskunde, in het bijzonder trombose en hemostase, Academisch Medisch Centrum Amsterdam | drs. P.P. Kruger, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>waarnemer</i> |
| dr. K. Redekop, klinische epidemioloog en gezondheidseconoom, Erasmus Universiteit Rotterdam | dr. P.M. Engelfriet, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| prof. dr. P. H. Reitsma, hoogleraar experimentele moleculaire geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum | dr. C.A. Postema, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Raad adviseert aanpassing regels rijgeschiktheid bij epilepsie

De Gezondheidsraad adviseert de regels die gelden voor de rijgeschiktheid van mensen met epilepsie aan te passen. Voor mensen die beroepsmatig autorijden, kan de verplichte werkgeversverklaring vervallen. Bovendien kunnen bij mensen die geen epileptische aanval meer hebben gehad de opgelegde rijbeperkingen sneller opgeheven worden. Dat schrijft de raad in een brief aan de minister van Infrastructuur en Milieu.

Omdat epilepsiepatiënten een grotere kans lopen een verkeersongeval te veroorzaken, gelden voor hen beperkingen aan hun rijgeschiktheid. In principe mogen zij niet voor hun werk de weg op, tenzij ze een verklaring van hun werkgever laten zien dat ze niet meer dan vier uur per dag autorijden voor de zaak. In de praktijk zorgt dit voor problemen. De Gezondheidsraad adviseert nu de norm zo aan te passen dat epilepsiepatiënten gemiddeld minder dan vier uur per dag achter het stuur mogen (oftewel maximaal 28 uur per week). Dat betreft dan zowel beroepsmatig gebruik van de auto als privégebruik. De werkgeversverklaring kan dan vervallen. Voor patiënten die privé autorijden betekent dit feitelijk een aanscherping, omdat voor hen geen expliciete norm gold. Maar de verwachting is dat de nieuwe norm voor de meeste mensen ruim genoeg is.

Verder stelt de Gezondheidsraad dat de beperkingen eerder opgeheven kunnen worden dan nu het geval is, namelijk als iemand twee jaar aanvalsvrij is en bij keuring door een neuroloog geen afwijkingen worden gevonden. Ten opzichte van de huidige regels, betekent dit advies een duidelijke versoepeling. Nu geldt namelijk nog een termijn van vijf jaar beperkte rijgeschiktheid.

Volgens de Gezondheidsraad is het belangrijk dat er goede voorlichting komt voor epilepsiepatiënten over de regels en de achtergrond daarvan. Uiteindelijk ligt er een grote verantwoordelijkheid bij

Drs. J.M. Allers en dr. C.A. Postema maken deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Het briefadvies *Rijgeschiktheid bij epilepsie* (nr 2012/08) is te downloaden van www.gr.nl.
Zie rubriek 'Verschenen'.

26 de patiënt zelf om de beperking na te leven en de risico's te minimaliseren.

Voor chauffeurs in het personenvervoer (taxi, bus et cetera) en mensen die toezicht houden op bestuurders (rijschoolhouders) gelden strengere regels, omdat zij ook verantwoordelijkheid dragen voor de veiligheid van de andere inzittenden. Deze regels moeten in stand blijven en kunnen niet versoepeld worden, stelt de Gezondheidsraad.

Samenstelling commissie:

prof. dr. J.J. Heimans, hoogleraar neurologie, VU medisch centrum, Amsterdam, voorzitter
dr. J.A. Carpay, neuroloog, Tergooiziekenhuizen, Blaricum en Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
dr. C.A. van Donselaar, neuroloog, Maastadziekenhuis, Rotterdam
dr. M.C.T.F.M. de Krom, neuroloog, Maastrichts

Universitair Medisch Centrum, Maastricht
dr. E. Schmedding, neuroloog, Universitair Ziekenhuis Brussel, Brussel
drs. R.A. Bredewoud, arts, hoofd medische afdeling, Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, Rijswijk, *adviseur*
dr. C.A. Postema, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Veilig de weg op met medicijn met gele sticker?

De Gezondheidsraad heeft van de minister van Infrastructuur en Milieu (I&M) een adviesvraag gekregen over de rijgeschiktheid bij langdurig gebruik van categorie III medicijnen. Dat is de groep medicijnen die een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid kunnen hebben en een 'gele sticker' krijgen bij aflevering door de apotheek.

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

De aanleiding voor de vraag is een rapport van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) over de effecten bij langdurig gebruik van amitriptyline (Tryptizol), een antidepressivum. Bij het opstellen van dat rapport bleek dat er onvoldoende wetenschappelijke gegevens bekend zijn om verantwoord een uitspraak te doen over de rijvaardigheid bij langdurig gebruik. Het KNMP-rapport werd opgesteld toen een chauffeur van TNT die dit medicijn al jaren gebruikte en al die tijd schadevrij op een vrachtwagen had gereden, niet voor een nieuw rijbewijs in aanmerking kwam.

De minister van I&M wil nu weten of het mogelijk is om op eenvoudige wijze te testen of iemand die langdurig medicatie uit categorie III gebruikt rijgeschikt is. Ze laat daarom eerst verschillende testmogelijkheden onderzoeken. De resultaten moeten vervolgens de basis vormen voor het advies van de Gezondheidsraad.

Installatie commissie Onverwachte bevindingen bij diagnostiek en screening

Als een patiënt met een klacht bij de dokter komt, doet de dokter onderzoek om een diagnose te kunnen stellen en de patiënt te kunnen behandelen. Bij diagnostisch onderzoek kunnen afwijkingen aan het licht komen die geen verband houden met de klacht die aanleiding vormde voor het doktersbezoek. Dit soort onverwachte, ongezochte bevindingen worden ook wel toevals- of nevenbevindingen genoemd.

Mr. dr. J.C. van de Klippe maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Sommige van deze bevindingen zijn klinisch relevant, andere zijn irrelevant, van nog weer andere is de klinische relevantie onduidelijk. Behalve positieve zitten er ook duidelijk negatieve kanten aan nevenbevindingen. Ten eerste veroorzaken ze onrust, zowel bij arts als patiënt. Ten tweede genereren nevenbevindingen vaak vervolgonderzoek dat nergens toe leidt, maar dat wel gezondheidsschade bij de patiënt kan veroorzaken, vooral wanneer het invasief onderzoek betreft. En in de derde plaats kunnen nevenbevindingen arts en patiënt afleiden van de klacht, de kwaal en de diagnose waar het oorspronkelijk om te doen was.

De kwaliteit van het diagnostisch onderzoek wordt steeds beter, waardoor afwijkingen die men eerder niet opmerkte ook aan het licht komen. Bovendien ziet het ernaar uit dat diagnostisch onderzoek en screening in de toekomst alleen maar breder zullen worden. Al op dit moment is veel diagnostisch onderzoek niet meer beperkt en gericht, maar breed en screenend. Bovendien komen nevenbevindingen niet alleen voor in de patiëntenzorg, maar ook bij wetenschappelijk onderzoek en screening (bevolkingsonderzoek).

Hoe moeten artsen en onderzoekers met dit soort bevindingen omgaan? Wat zeggen de medisch-professionele standaard en het gezondheidsrecht erover? Moet de arts de patiënt op de hoogte brengen? Wanneer mag de arts dit soort informatie vóór zich houden? Stel

dat een patiënt liever van deze informatie verschoond wil blijven, moet die wens dan worden gehonoreerd of zijn er situaties denkbaar waarin de arts de wens van de patiënt naast zich neer mag leggen? En wat zouden de maatschappelijke consequenties zijn als de medische diagnostiek inderdaad de geschetste kant zou opgaan?

Een commissie van de Gezondheidsraad verdiept zich op dit moment in de met nevenbevindingen samenhangende medische, ethische en juridische problematiek. Op 26 maart 2012 heeft de toenmalige raadsvoorzitter, prof. dr. L.J. Gunning-Schepers, de commissie geïnstalleerd. Deze streeft ernaar het advies in de eerste helft van 2013 uit te brengen.

Samenstelling commissie:

- | | |
|---|---|
| prof. dr. E. Schadé, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, <i>voorzitter</i> | prof. dr. E.J. Kuipers, MDL-arts, hoogleraar klinische gastro-enterologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam |
| prof. dr. J.M. Bensing, hoogleraar klinische psychologie en gezondheidspsychologie, buitengewoon programmaleider communicatie en gezondheidspsychologie Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht | prof. dr. J. Lindemans, hoogleraar klinische chemie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam |
| prof. dr. P.M.M. Bossuyt, hoogleraar klinische epidemiologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam | prof. dr. W.P.Th.M. Mali, radiodiagnost, hoogleraar radiologie, Universitair Medisch Centrum, Utrecht |
| prof. dr. E. Buskens, hoogleraar medische technologie, Universitair Medisch Centrum Groningen | dr. W. Opstelten, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht |
| dr. O.M. Dekkers, internist, Leids Universitair Medisch Centrum | mr. dr. M.C. Ploem, jurist, afdeling sociale geneeskunde Academisch Medisch Centrum, Amsterdam |
| dr. W.J. Dondorp, ethicus, Maastricht Universitair Medisch Centrum | prof. dr. J.P.J. Slaets, geriater en gerontoloog, hoogleraar ouderengeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen |
| prof. dr. R.C.M. Hennekam, hoogleraar kindergeneeskunde/translationele genetica, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam | drs. E. Vroom, orthodontist, voorzitter Duchenne Parent Project |
| | mr. dr. C.J. van de Klippe, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| | dr. S.J.W. Kunst, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Minister over spoedeisende hulp

Op 1 maart 2012 reageerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een brief aan de Tweede Kamer op het advies *De basis moet goed*, over de benodigde achtervang bij een Spoedeisende Hulp.

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

De minister wil weten wat invoering van de voorgestelde normen betekent voor de ziekenhuizen. Ze denkt dan onder meer aan de praktische haalbaarheid in termen van personeel en aan de gevolgen voor de bereikbaarheid. Verder vraagt ze zich af of invoering van deze normen daadwerkelijk tot de gewenste kwaliteitsverbetering leidt en of deze opweegt tegen de kosten en tegen de eventuele verminderde bereikbaarheid. Voordat zij beslist, wil de minister eerst een rapportage laten maken waarin deze vragen worden beantwoord.

Voor die plekken in het land waar het onverkort handhaven van de voorgestelde nieuwe normen voor acute zorg zou leiden tot een onwenselijke achteruitgang in de bereikbaarheid, kan het volgens de minister noodzakelijk blijken om uit te gaan van het principe ‘pas de norm toe of leg uit dat op andere wijze de acute zorg adequaat is geborgd’. De minister ziet een belangrijke rol voor het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), dat kan komen met alternatieven op maat voor deze gebieden. De minister wil het veld in de komende tijd benaderen om mee te denken over de uitwerking en creatieve invulling van hogere kwaliteitseisen. Zij zal hierbij nadrukkelijk de kleine ziekenhuizen in de dunbevolkte gebieden uitnodigen om met haar hierover in gesprek te gaan.

Preventie

Test variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob

Op 22 maart 2012 bracht de voorzitter van de Gezondheidsraad een briefadvies uit over een test voor bloeddonoren op de variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (vCJD). Deze prionziekte vindt zijn oorsprong in de ‘gekke-koeien-ziekte’ (BSE). Het is een progressieve en onveranderlijk fatale aandoening, met gelukkig nog steeds zeer lage aantallen patiënten.

Sinds de eerste publicatie uit 1996 was het aantal patiënten met vCJD in het Verenigd Koninkrijk in februari 2012 toegenomen tot in totaal 176. Drie patiënten hebben de aandoening hoogst waarschijnlijk via bloedtransfusie gekregen. In Nederland is vCJD vastgesteld bij drie patiënten; er is bij hen geen verband met bloedtransfusie.

De concrete aanwijzingen voor overdracht van vCJD via bloedtransfusie zorgden voor een toename in de belangstelling om testen te ontwikkelen die afwijkende prioneiwitten in bloed van donoren zouden kunnen aantonen. Ten tijde van de adviesaanvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport leek de ontwikkeling van een dergelijke test in een vergevorderd stadium te zijn. Uiteindelijk bleek de test echter niet te werken en de fabrikant heeft naar aanleiding daarvan de verdere ontwikkeling stopgezet.

De Gezondheidsraad meent dat het van belang blijft om vCJD nauwgezet te blijven volgen. De daling in het aantal nieuwe patiënten tussen 2000 en 2008 heeft in het Verenigd Koninkrijk niet verder doorgezet. Ook zijn afwijkende prioneiwitten aangetroffen bij andere categorieën patiënten dan die waartoe de eerdere patiënten behoorden. Eén van hen is een hemofiliepatiënt die gedurende vele jaren is behandeld met stollingsfactor VIII, een product uit plasma afkomstig van – in dit geval Engelse – bloeddonoren.

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

Het briefadvies *Test variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob* (nr 2012/05) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

Adviezen over bevolkingsonderzoek

De Commissie Bevolkingsonderzoek bracht sinds het verschijnen van de vorige *Graadmeter* twee nieuwe adviezen uit en kreeg één nieuwe adviesvraag.

Versneld herhaalde bloedtest voor darmkanker

Op 14 februari 2012 bracht de commissie een positief advies uit over een aanvraag van het Elkerliek Ziekenhuis te Helmond en het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ) te Eindhoven. Het betreft bevolkingsonderzoek naar (darm)kanker (zie *Graadmeter* 2012/1). De aanvrager wil in de regio Helmond onderzoeken of met een beperkt aantal keren kort na elkaar herhaalde bloedtest (iFOBT-screening) ten minste even goede resultaten te behalen zijn als wanneer deze tweemaaljaarlijks wordt gedaan. De minister heeft besloten de vergunning te verlenen.

Tuberculosescreening

Op 5 april 2012 bracht de commissie een positief advies uit over een aanvraag van GGD Nederland om de bestaande vergunning voor het bevolkingsonderzoek naar tuberculose te verlengen. Een vergunning in het kader van de WBO is nodig: voor de röntgenfoto's wordt ioniserende straling gebruikt.

Tuberculose is een zeer besmettelijke ziekte. Tbc komt in Nederland weinig meer voor, behalve in bepaalde risicogroepen. Om het risico op verspreiding zo klein mogelijk te houden, worden deze risicogroepen gescreend op tbc. Daarbij gaat het voornamelijk om mensen die verhoogd risico lopen door (mogelijk) contact met tuberculosepatiënten en om mensen die afkomstig zijn uit een land waar tuberculose relatief vaak voorkomt.

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

Op basis van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) kan voor bevolkingsonderzoek een vergunning nodig zijn van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit geldt wanneer er gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling, wanneer het bevolkingsonderzoek naar kanker betreft, en wanneer het gaat om ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling mogelijk is. Wanneer de minister een vergunningaanvraag ontvangt hoort hij de Gezondheidsraad. De Commissie Bevolkingsonderzoek (voorheen de Commissie WBO) beoordeelt de vergunningaanvragen op de wetenschappelijke deugdelijkheid, de overeenstemming met de wettelijke regels voor medisch handelen en nut en risico van het onderzoek. Betreft de aanvraag ook wetenschappelijk onderzoek, dan wordt ook het belang voor de volksgezondheid gewogen.

De adviezen *Wet bevolkingsonderzoek: versneld herhaalde screening op darmkanker* (2012/01) en *Wet bevolkingsonderzoek: tuberculosescreening* (2012/06) zijn te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschonen'.

De commissie vindt dat de tuberculosescreening op een aantal onderdelen niet voldoet aan de wettelijke criteria. Zo moet de overgang van analoge naar digitale röntgenfotografie geëvalueerd worden en behoeven de protocollen aanpassing voor het gebruik van (digitale) röntgenfotografie. Het is nog niet duidelijk hoe de GGD omgaat met de relatief frequent voorkomende foutpositieve röntgenfoto's en nevenbevindingen. Ook de informatievoorziening is onvoldoende. De GGD'en hebben weliswaar veel informatiematerialen, maar daartussen is weinig samenhang en er ontbreekt essentiële informatie. Niet duidelijk is of overal een goede toestemming- en klachtenvoorziening is, hoe tuberculosescreening onder drang wordt uitgevoerd en hoe hierover met de betrokkenen wordt gecommuniceerd.

De commissie adviseerde de minister om GGD Nederland een vergunning te verlenen voor tuberculosescreening voor één jaar, onder voorwaarde dat de tekortkomingen worden opgelost. De minister heeft besloten om GGD Nederland een vergunning voor twee jaar te verstrekken, onder de voorwaarde dat er binnen uiterlijk één jaar een gedegen plan van aanpak is.

Advies gevraagd over Maastricht Studie

Op 2 februari 2012 vroeg de minister de Gezondheidsraad om advies over een aanvraag van het MUMC+ in verband met de Maastricht Studie. Dit observationeel cohortonderzoek naar complicaties en comorbiditeit bij type 2 diabetes is gestart in november 2010. Nu wil de aanvrager enige deelonderzoeken toevoegen die vergunningplichtig bevolkingsonderzoek zijn in de zin van de WBO: een MRI van de hersenen en een MRI van de buik, onder andere gericht op vaatabnormaliteiten die (vaak) onbehandelbaar zijn. En er bestaat een gerede kans dat er kanker wordt gevonden (zoals darmkanker).

- prof. dr. J.J.M. van Delden, hoogleraar medische ethiek,
Universitair Medisch Centrum Utrecht, *voorzitter*
- dr. M. Boere-Boonekamp, arts Maatschappij & Gezondheid,
Universiteit Twente, Enschede
- dr. W.J. Dondorp, ethicus, Maastricht Universitair Medisch
Centrum
- prof. mr. J.C.J. Dute, hoogleraar Gezondheidsrecht,
Radboud Universiteit Nijmegen
- dr. C.H. van Gils, epidemioloog, Universitair Medisch
Centrum Utrecht
- prof. dr. J. Gussekloo, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids
Universitair Medisch Centrum
- prof. dr. A.C.J.W. Janssens, hoogleraar epidemiologie,
Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- prof. dr. L.P. ten Kate, emeritus hoogleraar klinische genetica,
VU medisch centrum, Amsterdam
- prof. dr. B.J.C. Middelkoop, hoogleraar public health, Leids
Universitair Medisch Centrum
- mr. E.T.M. Olsthoorn-Heim, gezondheidsjurist, Met Recht,
Amsterdam
- prof. dr. M.H. Prins, hoogleraar klinische epidemiologie;
Maastricht Universitair Medisch Centrum, (tot 6 juli
2011)
- prof. dr. J.L. Severens, hoogleraar evaluatie in de
gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr. E.M.A. Smets, psycholoog, Academische Medisch
Centrum, Amsterdam
- prof. dr. F. Sturmans, emeritus hoogleraar epidemiologie,
Geertruidenberg, (tot 6 juli 2011)
- W.A. van Veen, arts, Delft
- prof. dr. A.L.M. Verbeek, hoogleraar klinische epidemiologie,
Radboud Universiteit Nijmegen
- prof. dr. F.A. Wijburg, hoogleraar kindergeneeskunde en
metabole ziekten, Academische Medisch Centrum,
Amsterdam
- prof. dr. G.J. van der Wilt, hoogleraar Health Technology
Assessment, Radboud Universiteit Nijmegen
- drs. R.J. Boumans, Inspectie voor de Gezondheidszorg,
Amsterdam, *waarnemer*
- mr. A. Rendering, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport, *waarnemer*
- dr. M.F.M. Langelaar, Gezondheidsraad, Den Haag,
secretaris (tot 1 april 2012)
- dr. L.G.M. van Rossum, Gezondheidsraad, Den Haag,
secretaris

Minister over risico op overdracht Q-koorts door donoren

Op 28 februari 2012 reageerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op het derde advies van de Gezondheidsraad over Q-koorts. Sommige aanbevelingen neemt ze over, andere niet.

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

In het advies concludeerde de Gezondheidsraad dat de kans op overdracht van Q-koorts via bloedtransfusie in Nederland ook ten tijde van een grote Q-koortsuitbraak mogelijk niet nul is, maar hoogstwaarschijnlijk wel beperkt. De raad adviseerde een kosteneffectiviteitsanalyse uit te laten voeren naar het op regionale of landelijke schaal serologisch testen van bloeddonoren op de voor Q-koorts verantwoordelijke bacterie, *Coxiella burnetii* (*C. burnetii*). De minister bekijkt welke mogelijkheden er zijn om een dergelijke kosteneffectiviteitsanalyse te laten uitvoeren en wil de Tweede Kamer daar voor de zomer over informeren.

Het advies *Q-koorts: risico van overdracht via bloed of ander lichaamsmateriaal* (2011/15) is te downloaden van www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

De Gezondheidsraad concludeerde eveneens dat de overdracht van Q-koorts via lichaamsmateriaal mogelijk is en dat het risico op overdracht van *C. burnetii* afhankelijk is van een aantal factoren. De raad adviseerde donoren van materiaal met een hoog risico op overdracht landelijk te testen op Q-koorts. Voor weefsels en sperma sluit de minister aan bij de door de beroepsgroepen genomen maatregelen of de initiatieven hiertoe. Voor organen neemt de minister het advies van de Gezondheidsraad niet over, omdat donoren met klinische verschijnselen van Q-koorts al worden getest op de aandoening.

Gezonde leefomgeving

Minister van VWS gaat systematische omgang met hoogrisicogroepen propageren

Eind vorig jaar bood de Gezondheidsraad het advies *Leidraad voor identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen* aan aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu (zie *Graadmeter* 2011/5). Het advies bevatte een ‘beoordelingskader’ waarmee op een systematische en uniforme manier hoogrisicogroepen te identificeren zijn op diverse beleidsterreinen die zich bezighouden met het voorkómen van ziekte en gezondheidsschade bij de mens. Tevens maakte de commissie van de raad inzichtelijk hoe met een ‘afwegingskader’ op een systematische en transparante manier besluitvorming kan plaatsvinden over de omgang met geïdentificeerde hoogrisicogroepen. Op 1 maart jl. berichtte de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Tweede Kamer hoe zij met het advies zal omgaan. Vanwege de samenhang met dat onderwerp verpakte de bewindsvrouw haar korte reactie in een brief aan het parlement over gezondheidsrisico’s en vroege opsporing van ziekten.

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

De minister dankt de raad voor het advies. Zij verzoekt alle ‘organen’ die haar adviseren op het gebied van risicoafweging – inclusief de Gezondheidsraad zelf – het gepresenteerde beoordelingskader structureel bij de werkzaamheden toe te passen. Zij onderschrijft de mening van de raad dat de uitkomsten van het afwegingskader – dat zijn de besluiten over de omgang met hoogrisicogroepen – sterk normatief van aard zijn. Een complicerende factor is dat die besluiten deels aan Europese regelgeving gebonden zijn. Toch gaat de bewindsvrouw propageren dat het gepresenteerde afwegingskader zo veel mogelijk in de beleidsvoorbereiding wordt betrokken. Haar collega van Infrastructuur en Milieu zal apart reageren op het advies.

Gezonde arbeidsomstandigheden

Commentaar gevraagd op arbo-adviezen

De Gezondheidsraad heeft onlangs een aantal conceptrapporten openbaar gemaakt waarop inhoudelijk commentaar welkom is.

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

Indium en indiumverbindingen

De Commissie Classificatie van reproductietoxische stoffen beoordeelde de reproductietoxische eigenschappen van indium en indiumverbindingen. Indiumverbindingen worden onder meer toegepast in halfgeleiders, als lagers in auto's en vliegtuigen en bij de behandeling van kanker. Commentaar op het conceptadvies is welkom tot 2 juli 2012. U kunt dit sturen aan: drs. J.T.J. Stouten (e-mail: h.stouten@gr.nl).

Synthetische nanodeeltjes

De Commissie Omgaan met nanodeeltjes heeft een advies voorbereid over blootstellingsregistratie en gezondheidsbewaking bij het werken met synthetische nanodeeltjes. Wanneer u inhoudelijk commentaar wilt geven, doe dit dan voor 10 augustus 2012. U kunt het richten aan dr. J.M Rijnkels (e-mail: jolanda.rijnkels@gr.nl).

Tillen tijdens het werk

De Commissie Signalering Arbeidsomstandighedenrisico's heeft zich verdiept in de gezondheidsrisico's van regelmatig tillen tijdens het werken. Opmerkingen bij dit conceptrapport zijn welkom tot 14 augustus 2012. U kunt ze sturen aan: dr.A.S.A.M van der Burg (a.vd.burght@gr.nl).

De Commissie Gezondheid en beroepsmatige blootstelling aan stoffen (Commissie GBBS) heeft een analyse gemaakt van de gezondheidsrisico's van beroepsmatige blootstelling aan hydrochinon en benzochinon. Hydrochinon wordt in de industrie onder meer gebruikt bij de productie van rubber, oliën en vetten. Benzochinon wordt voornamelijk gebruikt bij de productie van hydrochinon. Reacties op het conceptadvies kan men tot 22 augustus 2012 sturen aan: dr. A.J. Baars (e-mail: a.j.baars@gr.nl).

Naftaleen en benzoylperoxide

De Subcommissie Classificatie van kankerverwekkende stoffen heeft de kankerverwekkende eigenschappen van naftaleen en benzoylperoxide beoordeeld. Naftaleen gebruikt men onder andere bij de productie van geneesmiddelen. Benzoylperoxide wordt vaak toegepast als bleekmiddel. Uw commentaar op het conceptadvies kunt u sturen tot 31 augustus 2012 aan dr. S. Vink (e-mail: sj.vink@gr.nl).

Procedure

De conceptadviezen 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 werkne-
mersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen reageren. Binnengekomen commentaar wordt meegewogen bij het vaststellen van de adviezen. De definitieve adviezen zullen worden aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De ontvangen commentaren en de reacties van de (sub)commissies hierop worden bij het uitbrengen van de definitieve adviezen openbaar gemaakt via de website van de Gezondheidsraad (www.gezondheidsraad.nl).

Innovatie en kennisinfrastructuur

Symposium *Aantoonbaar beter*

Op 5 april namen zo'n honderdzestig mensen deel aan het symposium *Aantoonbaar beter – Over het meten van de kwaliteit van zorg*, dat de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Gezondheidsraad samen organiseerden.

Dr. J.N.D. de Neeling maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Andrew Vallence-Owen deed verslag van de ervaring die de afgelopen jaren in het Verenigd Koninkrijk is opgedaan met *patient reported outcome measures* (PROMs) als maten voor de kwaliteit van gezondheidszorg. Richard Grol introduceerde vervolgens de drie thema's die de leidraad vormden voor de rest van het symposium: het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief, de meting van kwaliteit in ketens en netwerken en het streven naar een kernset van kwaliteitsinformatie. Deze thema's werden daarna geïllustreerd met drie Nederlandse voorbeelden van het meten van de kwaliteit van gezondheidszorg: van oncologische zorg vanuit het perspectief van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, van ketenzorg bij diabetes en van intensive care. 's Middags was aan elk van de drie thema's een parallelsessie gewijd.

Het was een dag van boeiende presentaties en levendige discussies, die met elkaar een goede indruk gaven van de stand van zaken rond het meten van de kwaliteit van zorg: van de verworvenheden en nieuwe mogelijkheden, de grote betrokkenheid bij alle partijen in de gezondheidszorg, de hoge verwachtingen, maar ook van de methodologische en praktische problemen, de onzekerheden, de kosten. Al met al vormde het symposium een mooi vertrekpunt voor het signalement over het meten van de kwaliteit van zorg dat de Gezondheidsraad later dit jaar zal uitbrengen.

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

Werkprogramma 2012 Gezondheidsraad. A11/05.
Jaarverslag 2010. A11/01.

Optimale gezondheidszorg

2012

Briefadvies Rijgeschiktheid bij epilepsie. 2012/08.
Nieuwe antistollingsmiddelen: een gedoseerde introductie. 2012/07.
De mondzorg van morgen. 2012/04.
De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. 2012/02.

2011

Briefadvies Laaggeletterdheid te lijf. 2011/17.
Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling. 2011/11.
Een billijke compensatie. Overwegingen bij een voorstel om levende nierdonoren prioriteit te geven bij transplantatie. 2011/06.

Preventie

2012

Wet bevolkingsonderzoek:tuberculosescreening. 2012/06.
Briefadvies Test variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob. 2012/05.
Wet bevolkingsonderzoek: versneld herhaalde screening op darmkanker. 2012/01.

2011

De rol van vaccinatie bij de voorbereiding op een griepvaccinatie. 2011/40.
Wet bevolkingsonderzoek: prostaatkankerscreening met MRI. 2011/37.
Wet bevolkingsonderzoek: Het gebruik van folie bij compressie van de borst in de mammograaf. 2011/36.
Wet bevolkingsonderzoek: ERGO uitgebreid met lever- en huidonderzoek. 2011/30.
Wet bevolkingsonderzoek: drukgeleide borstcompressie in borstkankerscreening. 2011/25.
Briefadvies Vaccinatie tegen seizoensgriep. 2011/21.
Wet bevolkingsonderzoek: aanvullende MRI screening bij vrouwen met hoge borstdensiteit. 2011/19.

Antibiotica in de veeteelt en resistente bacteriën bij mensen. 2011/16.

Q-koorts: risico van overdracht via bloed of ander lichaamsmateriaal. 2011/15.

Screening op baarmoederhalskanker. 2011/07.

Vaccinatie van kinderen tegen tuberculose. 2011/04.

Gezonde voeding

2011

Ondervoeding bij ouderen. 2011/32.
Richtlijnen goede voeding ecologisch belicht. 2011/08.

Gezonde leefomgeving

2011

Leidraad voor identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen. 2011/39.
Invloed van radiofrequente telecommunicatiesignalen op kindhersenen. 2011/20.
Briefadvies Gezondheidsrisico's door gewasbeschermingsmiddelen in de landbouw: het nut van onderzoek onder omwonenden. 2011/18.
Nanomaterialen in afval. 2011/14.

Gezonde arbeidsomstandigheden

2012

Potassium cyanide. 2012/03.

2011

Staan, geknield en gehurkt werken. 2011/41.
Hexachlorobenzene - Health-based recommended occupational exposure limit. 2011/35.
Metallic chromium - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/34.
Antimony and antimony compounds - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/33.
Briefadvies Hittestress. 2011/31.
Refractory ceramic fibres - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/29.
4-Methoxyphenol - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/28.
Acetone - Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2011/27.
Carbon disulphide; Health-based recommended occupational exposure limit. 2011/26.

- Methotrexate - Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2011/24.
- Hexachlorophene - Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2011/23.
- N-fluoren-2-ylacetamide - Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2011/22.
- Grain dust - Health-based recommended occupational exposure limit. 2011/13.
- Aerosols of mineral oils and metalworking fluids (containing mineral oils). 2011/12.
- Ethyleneglycol monomethylether (EGME) and ethyleneglycol monomethylether acetate (EGMEA). 2011/10.
- 1,4-Dioxane. 2011/09.
- 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.

Innovatie en kennisinfrastructuur

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 gezondheidszorg. 2011/02.
- Medische producten: nieuw en nodig! Een investeringsagenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten. 2011/01.

GRAADMETER # 2
JAARGANG 28
JUNI, 2012

Redactie

J.N.D. de Neeling (hoofdredacteur),
M. de Waal (eindredacteur),
A.S.A.M. van der Burght, H. Houweling,
R.M. Weggemans

Secretariaat/opmaak

M. Javanmardi, J. van Kan

Basisvormgeving

Noortje Hoppe, Rotterdam

Overname van artikelen is, met duidelijke
bronvermelding, toegestaan.

Adres redactie en
abonnementen

Gezondheidsraad
Postbus 16052, 2500 BB Den Haag
Telefoon - 070 340 75 20
Fax - 070 340 75 23
E-mail - graadmeter@gr.nl
Internet - www.gr.nl
www.gezondheidsraad.nl
www.healthcouncil.nl

ISSN 0169-5211

Graadmeter is een uitgave van het secretariaat van de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad is ingesteld in 1902. De raad heeft als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand van wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Infrastructuur & Milieu; Sociale Zaken & Werkgelegenheid; Economische Zaken, Landbouw & Innovatie en Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, wanneer hij ontwikkelingen of trends signaleert die van belang kunnen zijn of worden voor het overheidsbeleid.

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

