

G r A A D M E T E R # 6 2007: een bewogen
jaar ³; Bij het overlijden van dr. Gabriël ten Velden ⁵;
Interview met Wilfried Notten: ‘Gezondheidsraad is
uniek’ ⁸; Varia ¹³; Gr-galerie ¹⁵ / Gezondheidszorg ¹⁶:
Screenen op osteoporose ¹⁷ ; NEC Forum in Lissabon ¹⁹ /
Gezondheidsonderzoek ²⁴ : Adviesbrief over
multimorbiditeit ²⁵ / Milieu ²⁷ : Adviesbrief over
onderzoek gezondheidseffecten mobiele telefoons ²⁸ ;
Adviesbrief over ondergrondse aanleg
hoogspanningslijnen ³⁰ ; Installatie van de Commissie
Signalering Gezondheid en Milieu ³² /
Arbeidsomstandigheden ³⁴ : Openbaar concept rapport over
platina en platinaverbindingen ³⁵ ; Verslag symposium
Beoordelen, behandelen, begeleiden ³⁶; Reactie op
‘Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’ ³⁸.

Graadmeter is een uitgave van het secretariaat van de Gezondheidsraad.

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

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesaanvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer; Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, wanneer hij ontwikkelingen of trends signaleert die van belang kunnen zijn of worden voor het overheidsbeleid.

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

2007: een bewogen jaar

Deze laatste Graadmeter van 2007 begint met de trieste mededeling van het plotselinge overlijden van Gabriël ten Velden. Gabriël was meer dan twintig jaar bij de Gezondheidsraad in dienst, en was voor veel mensen een vraagbaak, steun en toeverlaat. Wij zullen hem erg missen. Elders in deze Graadmeter wordt nader bij het overlijden van Gabriël stilgestaan.

Het jaar 2007 werd voor de Gezondheidsraad gekenmerkt door discussies over de voorgenomen verdere bezuinigingen op het budget van de raad. Desondanks hebben de Gezondheidsraad (GR) en de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) dit jaar weer een reeks van belangwekkende adviezen uitgebracht over onder meer het Rijksvaccinatieprogramma, preconceptiezorg, translationeel onderzoek, voedselallergie en risicofactoren voor astma. Het laat zien dat de GR een vitale organisatie is. In de Nota Vernieuwing Rijksdienst vervult het zogenoemde ‘kaartenbakmodel’ van de raad niet voor niets een voorbeeldfunctie. Het werken met onafhankelijke commissies van experts staat garant voor het op doelmatige wijze verkrijgen van betrouwbare informatie over belangrijke vraagstukken op het brede terrein van zorg en gezondheid. Ook in het interview met Wilfried Notten, elders in deze Graadmeter, wordt het voordeel van het werken met commissies onderstreept. Betrouwbare informatie is niet alleen van belang voor beleidsmakers maar ook voor de Nederlandse burgers, die immers dagelijks te maken hebben met vragen rond voeding, leefstijl, leefomgeving en arbeidsomstandigheden.

Dit jaar was het 105 jaar geleden dat de Gezondheidsraad is opgericht en bestond de RGO 20 jaar; samen 125 jaar ervaring op het gebied van advisering over gezondheid en gezondheidszorg. Nederland beschikt door de integratie van de GR en de RGO over een adviesorgaan dat enerzijds beschikbare kennis samenbrengt en anderzijds richting geeft aan kennisontwikkeling. Dit is uniek in Europa en vormt een uitstekende basis voor *evidence-based*

adviezen voor het gezondheid(szorg)beleid. De GR ziet dan ook de komende 125 jaar met vertrouwen tegemoet en wenst u en uw naasten een gezond en gelukkig 2008.

Bij het overlijden van dr. Gabriël ten Velden

De deur van de kamer van Gabriel ten Velden staat open. Iemand heeft het licht aan gedaan, maar de bureaustoel, die toch zo gemakkelijk zwenkt, zal de hele dag half gedraaid blijven staan. Het is alsof Gabriël even weg is, voor een gesprek of overleg waarin hij, zoals altijd, beminnelijk en deskundig zijn bijdrage levert. We verwachten dat hij dadelijk weer terug zal zijn om met inzet van zijn precisie en enorme ervaring, verder te werken aan een advies.

Prof. dr. J.A. Knottnerus is voorzitter en mw. ir. A. Wijbenga is algemeen secretaris bij de Gezondheidsraad.

Zoals het altijd was, zo zou het nu ook moeten zijn. Maar zo is het niet. Want geheel onverwacht overleed Gabriël, tijdens het sporten, op zondag 11 november 2007. Hij werd 59 jaar.

Het plotselinge afscheid van Gabriël laat op veel plekken een pijnlijke leegte vallen. Zijn vrouw José, zijn drie kinderen Judith, Mischa en Luc (die nog maar acht jaar is), zijn moeder, zijn broers en zussen, vele naasten en vrienden daaromheen: zij zullen hem vreselijk missen. En hier, op zijn werkplek, wordt zijn afwezigheid ook scherp gevoeld.

Natuurlijk staan ons daarbij zijn professionele kwaliteiten voor ogen. Drieëntwintig jaar lang stond Gabriël garant voor integere, onafhankelijke wetenschappelijke advisering. Als commissie-secretaris, adviseur en auteur heeft hij zich beziggehouden met talloze belangrijke volksgezondheidsthema's. Van medische technologie, infectieziekten en screening tot de wetenschappelijke onderbouwing van het basispakket, de gezondheid van ouderen en nieuwe beroepen in de zorg.

Gabriëls lange staat van dienst verdroeg zich uitstekend met zijn oog voor innovatie. Enthousiast volgde hij de nieuwste ontwikkelingen op zijn vakgebied. Dat terrein is inmiddels zo omvangrijk geworden dat vrijwel niemand het nog kan overzien.

Maar Gabriël, die zijn veelzijdigheid schijnbaar moeiteloos combineerde met diepgang, kwam daar dicht bij in de buurt.



Dat overzicht kon hij de laatste jaren, als plaatsvervangend algemeen secretaris, volop inzetten in zijn bijdragen aan de gedachtevorming over de toekomst van de raad en de invulling van het werkprogramma. Het maakte hem ook tot iemand die in nationale en internationale netwerken, met zijn broze gestalte en vriendelijke uitstraling, opmerkelijk veel gewicht in de schaal kon leggen.

Maar wanneer iemand overlijdt zijn het toch vooral de menselijke kwaliteiten die op de voorgrond treden, ook voor de mensen met wie iemand heeft gewerkt. Meer nog dan als topprofessional zullen wij Gabriël missen om zijn zachtaardige innemendheid. Kenmerkend was de twinkeling in zijn ogen; hoe serieus hij zijn werk ook nam, altijd kwam het moment dat er iets haast ondeugends te zien was in zijn blik. Den Haag verliest een gentleman, die in de soms stevige dialoog tussen wetenschap en beleid humor en hoffelijkheid paarde aan strijdbaarheid voor het publieke belang.

Zoals het altijd was, zo zal het nooit meer zijn. Maar in het collectief geheugen van de Gezondheidsraad zal Gabriël een vaste plek in blijven nemen, ook nu zijn bureaustoel half gedraaid blijft staan, en het licht aan het einde van de dag door iemand anders weer wordt uitgedaan. Op de ‘vergaderdruppel’ aan zijn bureau, met de grote stapels concepten en wetenschappelijke literatuur, die hij altijd verwelkomend opzij schoof als iemand hem om raad kwam vragen, staat een vaasje met rode rozen. Als dank.

Interview met Wilfried Notten: 'Gezondheidsraad is uniek'

Wilfried Notten is sinds het najaar van 2005 vice-voorzitter van de Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving. Hij maakte echter al in de jaren '70 van de vorige eeuw kennis met de Gezondheidsraad. Net gepromoveerd en werkzaam bij de afdeling Arbeidstoxicologie van het ministerie van Sociale Zaken werd hij ambtelijk adviseur van de 'Filosofiecommissie Toxicologie', een in de ogen van de jonge Notten indrukwekkend gezelschap (hoog)geleerde heren onder voorzitterschap van prof. Haex. Inmiddels zijn de 'adviezen Notten' een begrip in de wereld van de toxicologie en het stoffenbeleid. Een vraaggesprek over grenswaarden en grenzen in de wetenschap op de campus Woudestein van de Erasmus Universiteit van Rotterdam.

Drs. M.M.H.E. van den Berg en
Dr. A.S.A.M. van der Burght
maken deel uit van de
wetenschappelijke staf van de
Gezondheidsraad.

U werkt sinds kort bij het Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Wat doet dit instituut en wat houdt uw huidige functie in?

Het iBMG houdt zich bezig met onderzoek en onderwijs op terrein van beleid en management in de gezondheidszorg. Kenmerkend is een multidisciplinaire aanpak door onder meer artsen, economen, psychologen, juristen en bedrijfskundigen. Om het belang van de relatie met de andere faculteiten te benadrukken is het instituut gehuisvest op de campus Woudestein en niet in het Erasmus Medisch Centrum. Ik volg Frans Rutten op als voorzitter van het iBMG en wordt binnenkort tevens hoogleraar Kennismanagement Innovatie in de Gezondheidszorg.

U heeft brede kennis en ervaring op het terrein van gezondheid, maar bij de Gezondheidsraad bent u vooral bekend vanwege uw toxicologische achtergrond. Kunt u iets meer vertellen over uw achtergrond en loopbaan?

Na de studie biologie in Nijmegen en een promotie op een farmacologisch-toxicologisch onderwerp, ben ik in 1975 gaan werken bij DG Arbeid van het ministerie van Sociale Zaken. In die tijd kwam er steeds meer belangstelling voor schadelijkheid van stoffen, ook op de werkplek. Ik kreeg de opdracht een afdeling arbeidstoxicologie op te zetten en een nationaal onderzoeksprogramma toxicologie te ontwikkelen. Uit die tijd stammen ook mijn contacten met de Gezondheidsraad. Ik volgde toen de medisch adviseur op van de 'Filosofiecommissie Toxicologie' van de Gezondheidsraad, een voorloper van de Beraadsgroep Toxicologie (inmiddels Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving). In 1985 ben ik overgestapt naar het TNO Medisch Biologisch Laboratorium. Daarmee eindigde mijn ambtelijk lidmaatschap en werd ik lid van de beraadsgroep. Van 1994 tot 2004 ben ik directeur geweest van het TNO-instituut Preventie en Gezondheid en vervolgens kerngebieddirecteur van Bouw & Ondergrond. Sinds 1 november j.l. ben ik dus directeur van het iBMG.

U bent voorzitter geweest van diverse commissies van de Raad. In de wandelgangen spreekt men nog steeds over de 'adviezen Notten'. Om welke adviezen gaat het? En hoe belangrijk zijn deze adviezen voor het stoffenbeleid?

In 1975 nam SZW het initiatief voor het opzetten van de welbekende drietrapsprocedure om te komen tot grenswaarden voor blootstelling aan stoffen op de werkplek (MAC-waarden). Vanuit SZW was ik nauw betrokken bij de oprichting van de Werkgroep van Deskundigen (WGD), de eerste stap in deze drietrapsprocedure. Ik was in die tijd ook lid van de Duitse MAK-commissie.

Aan transparantie en inzet van de nieuwste wetenschappelijke inzichten bij het afleiden van grenswaarden heb ik altijd veel waarde gehecht. Mogelijk heeft de toenmalige voorzitter van de Gezondheidsraad, de heer Ginjaar, mij daarom gevraagd voorzitter te worden van de commissie 'Uitgangspunten voor gezondheidskundige advieswaarden'. Deze commissie heeft een reeks van adviezen uitgebracht, onder meer over de 'benchmark dose', mengseltoxiciteit en gerichte testen. Het laatste - in voorbereiding zijnde - advies van de commissie gaat over veiligheidsfactoren. Ik vind het moeilijk om aan te geven of en hoe precies deze adviezen in beleid zijn vertaald maar denk niet dat de adviezen Notten concrete handvatten geven voor het huidige beleid. Ze zijn meer richtinggevend voor toekomstig beleid. Het doel van de commissie is om wetenschappelijke ontwikkelingen in kaart te brengen en mogelijke consequenties aan te geven voor het afleiden van advieswaarden.

Een belangrijke vraag is bijvoorbeeld geweest op welke manier toxicologische resultaten uit nieuwe testmethoden (gentesten en *in vitro* studies) meegenomen kunnen worden in de afleidingsprocedure. De commissie heeft in mijn ogen een 'avantgardistische' positie ingenomen: zij zoekt in haar afwegingen de grenzen op van de wetenschap. Ik vind het belangrijk dat deze adviezen breed onder de aandacht van beleidsvoorbereiders en beleidsmakers gebracht worden, zowel nationaal als internationaal. De adviezen van deze commissie kunnen richtinggevend zijn voor nieuwe discussies in het stoffenbeleid én voor nieuw onderzoek.

U staat bekend om uw uitstekende voorzitterskwaliteiten. Hoe ziet u zelf uw rol als voorzitter? Wat maakt u in uw ogen tot een goede voorzitter?

Als voorzitter vind ik het belangrijk om goed in ogenschouw te nemen welk doel met een commissie wordt nagestreefd. Dit kan maken dat je een vergadering wat strakker moet leiden of juist meer vrijheidsgraden in de discussie kunt geven. Met name de discussies waarbij de commissieleden worden uitgedaagd om met

nieuwe ideeën te komen, leveren waardevolle resultaten op en zijn een genoegen om aan deel te nemen.

U bent ook vicevoorzitter van de Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving. Waarin verschilt deze commissie van uw andere gezondheidsraadactiviteiten?

De Beraadsgroep richt zich meer op de bredere advisering op het gebied van de invloed van omgevingsfactoren op gezondheid. Van de leden wordt dan ook verwacht dat ze een helikopterview hebben en een bredere context kunnen overzien.

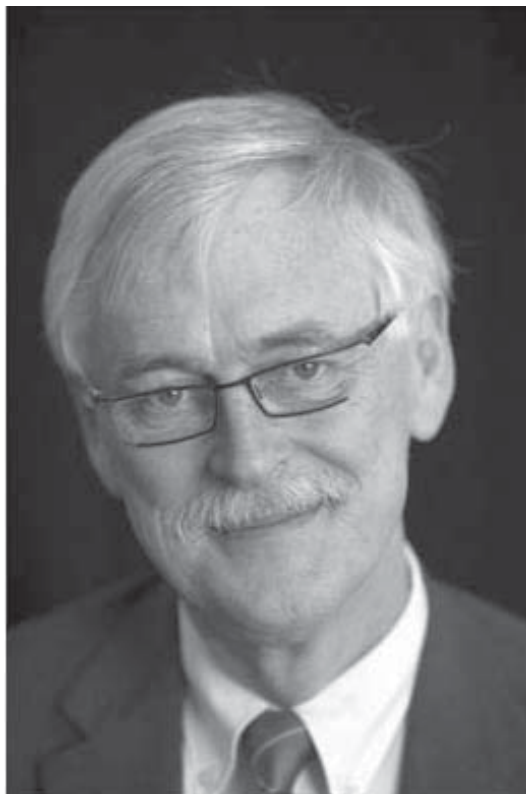
Daarnaast vind ik de signalerende taak van een Beraadsgroep belangrijk. Aangezien bij de departementen de inhoudelijke kennis afneemt is het noodzakelijk dat er een Raad bestaat die met gezag ontwikkelingen in de wetenschap die van belang zijn voor de gezondheid kan signaleren. Ook leveren de leden van de Beraadsgroep ideeën en onderwerpen aan voor het werkprogramma van de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad adviseert voornamelijk aan de overheid. Ziet u meer mogelijkheden voor Raad?

Met de departementen als belangrijkste opdrachtgever is het vanzelfsprekend dat de adviezen van de Gezondheidsraad aan hen gericht zijn. Toch zijn de adviezen ook belangrijk voor anderen. In eerste instantie denk ik dan aan het parlement. Maar de Gezondheidsraad zou wellicht ook wat actiever aan beroepsgroepen in de gezondheidszorg kunnen adviseren. Ook de overheid is gebaat bij het goed informeren van deze beroepsgroepen.

Natuurlijk kunnen ook andere organisaties adviseren, maar de Gezondheidsraad is uniek in de zin dat hij gebruik maakt van het zogenoemde ‘commissiemodel’. De adviezen hebben daardoor een breed draagvlak in de wetenschappelijke wereld. Het bijzon-

dere van de Gezondheidsraad is dat hij beschikt over een ledenbestand met groot wetenschappelijk gezag. Nog steeds zijn vele wetenschappers bereid hun diensten tegen een zeer geringe vergoeding beschikbaar te stellen. Dit maakt ook dat de adviezen van de Gezondheidsraad prijs-technisch 'goedkoop' zijn.



Tot slot, wat zijn naar uw idee toekomstige ontwikkelingen, die van belang zijn voor de Raad

Ik vind dat bij de verdere ruimtelijke ordening en inrichting van Nederland meer aandacht geschonken zou moeten worden aan het aspect gezondheid. Tot op heden is het niet gebruikelijk om bijvoorbeeld al in de fase van planning van wegen rekening te houden met de consequenties voor de gezondheid (door onder meer de uitstoot van fijn stof). Hiervoor is een mentaliteitsverandering nodig.

Voorstellen Marie-Louise Essink

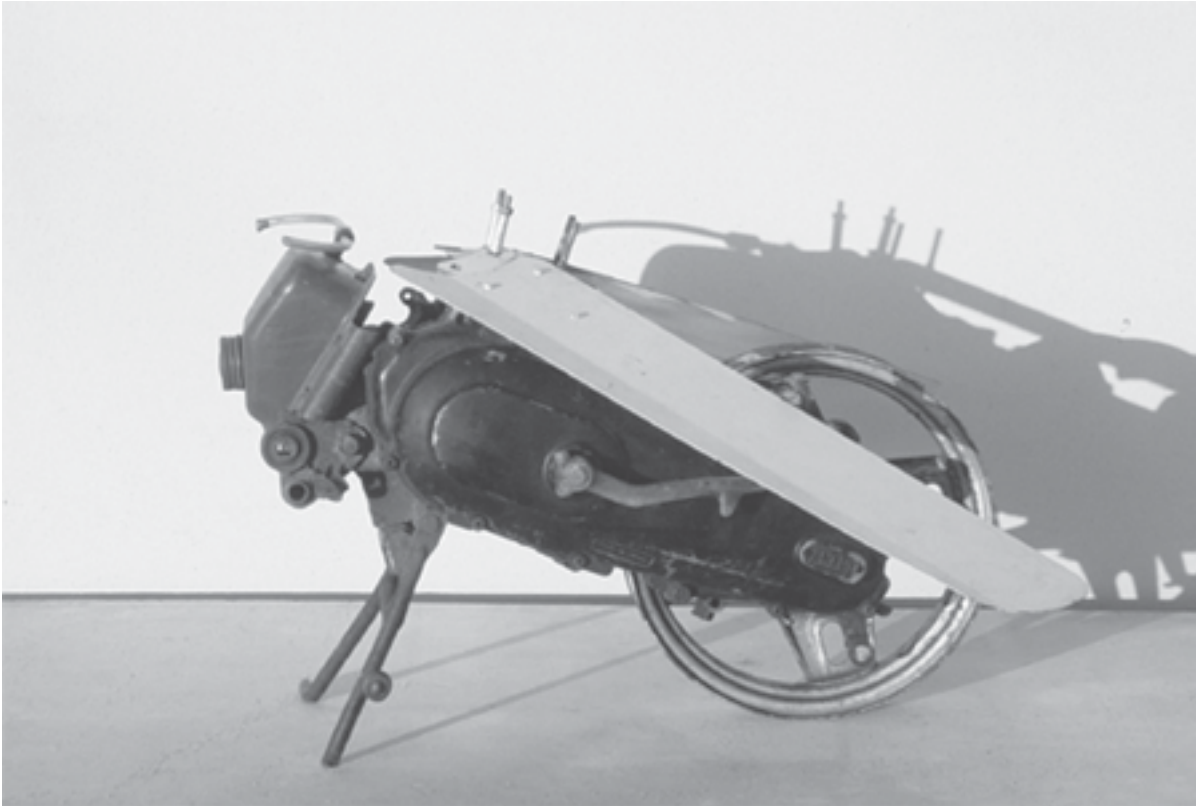
Vanaf 1 september j.l. versterkt Marie-Louise Essink de Gezondheidsraad/RGO. Marie-Louise is gepromoveerd op onderzoek naar kwaliteit van leven en patiëntenpreferenties bij het Erasmus MC in Rotterdam. Thans werkt zij als onderzoeker bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC en is zij voor 50% gedetacheerd bij de Gezondheidsraad/RGO. Zij zal hier als secretaris voor de commissie 'Cohortstudies en registraties' optreden. Deze commissie zal een samenhangende visie ontwikkelen op grootschalige dataverzameling bij de algemene populatie met longitudinale follow-up, ten behoeve van volksgezondheidsbeleid en wetenschap in Nederland.

Afscheid Kees Langeveld

Na bijna elf jaar in dienst te zijn geweest bij de RGO heeft Kees Langeveld ons verlaten. Hij heeft een prachtige functie als wetenschappelijk eindredacteur bij het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde aanvaard; een functie die hij elf jaar geleden al ambieerde en die hem dan ook op het lijf geschreven is. Kees heeft in die elf jaren niet alleen verschillende adviezen geschreven, maar zich als plaatsvervangend algemeen secretaris ook altijd intensief beziggehouden met de koers van de RGO. Behalve zijn enorme kennis van het terrein waarover de RGO adviseert, en zijn nauwgezette manier van werken, zullen we vooral zijn loyale en altijd opgewekte inbreng missen. En zijn zelfgebakken appeltaarten natuurlijk.

Nico de Neeling versterkt de RGO

Nico de Neeling begon zijn loopbaan als epidemioloog bij het EMGO-instituut, publiceerde in 1991 het boek 'Quality of life. Welzijnseffecten van medische behandelingen' en promoveerde in 1994 op het onderwerp 'Peripheral nerve function in relation to glucose tolerance: the Hoorn Study'. In 1996 kwam hij werken bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Hij was secretaris van commissies die adviezen uitbrachten over uiteenlopende onderwerpen als prionziekten, 'de toekomst van ons zelf', European primary care en het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In 2003 verscheen van zijn hand het rapport Kostenutiliteitsanalyse. Sinds kort ontplooit hij ook activiteiten als aanjager van 'methodologische bezinning' binnen het secretariaat. Vanaf december 2007 versterkt Nico de RGO.



'Bromvlieg' 2007

Op 20 november jongstleden opende in Gr-Galerie de tentoonstelling van Pinky Messchaert. In haar beelden maakt Pinky gebruik van uiteenlopende materialen, die zij vindt op straat, in containers en op ijzersloperijen. Eerst wordt er gezocht naar de opvallende en karakteristieke delen van de gekozen materialen. Vervolgens begint een spel van samenbrengen en weghalen, met behulp van een lastrafo, een haakse slijper en wat handgereedschap, en wordt aan oude, afgedankte materialen op speelse wijze een nieuw leven geschonken. Zie ook www.pinkart.eu

Gezondheidszorg

Screenen op osteoporose

Osteoporose is een risicofactor voor het krijgen van botbreuken. Osteoporotische fracturen vormen een omvangrijk probleem met een grote ziektelast. In het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) heeft de Commissie WBO een vergunningaanvraag beoordeeld van een stichting uit Rotterdam. Het betreft getrapte screening op osteoporose in huisartspraktijken, die in 2002 is begonnen.

W.A. van Veen, arts, maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Vergunningaanvraag

Het in de aanvraag beschreven project heeft tot doel jaarlijks 300 huisartsen te helpen de CBO/NHG-richtlijnen voor osteoporose *case finding* in praktijk te brengen. Dit gebeurt door personen met een vergrote kans op een botbreuk op te sporen, bij hen vast te stellen of zij osteoporose hebben en, zo ja, hen voor behandeling terug te verwijzen naar hun huisarts om de fractuurkans te verkleinen. De aanvrager heeft programmatuur ontwikkeld om in het gegevensbestand van het huisartseninformatiesysteem te laten zoeken naar personen met risicofactoren voor osteoporose, zoals vrouwen tussen 50 en 80 jaar. De geselecteerde personen krijgen een vragenlijst toegestuurd, waarmee de aanvrager beoordeelt wie in aanmerking komen voor een botdichtheidsmeting (DEXA). De aanvrager komt met een speciaal daartoe ingerichte bus naar de betrokken huisartspraktijken om de DEXA-metingen te verrichten. Op basis van de uitslag van de DEXA-meting ontvangt de huisarts een advies voor eventuele behandeling. Na 3, 6 en 12 maanden stuurt de aanvrager een enquête naar de personen voor wie een behandeladvies is afgegeven met vragen naar de aard van de medicatie en de therapietrouw.

Advies aan de minister

De commissie had de indruk dat het project verder gaat dan *case finding* conform de richtlijnen en vroeg zich af welke wetenschappelijke argumenten daarvoor bestaan. Zij heeft daarom een hoorzitting gehouden met de aanvrager en deskundigen geraadpleegd die betrokken waren bij het opstellen van de richtlijnen. De commissie concludeert dat het in de aanvraag beschreven project afwijkt van de CBO- en NHG-richtlijnen voor osteoporose *case finding* en dat het gaat om (getrapte) screening. Het voldoet in zijn huidige vorm niet aan de wettelijke eis van ‘wetenschappelijke deugdelijkheid’. De commissie adviseert de minister van VWS de gevraagde vergunning niet te verlenen.

Samenstelling commissie

prof. dr. H. Rigter, hoogleraar afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam, *voorzitter*
 dr. J.H. Dekker, huisarts, Universitair Medisch Centrum Groningen
 prof. dr. J.J.M. van Delden, hoogleraar medische ethiek, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 prof. dr. mr. J.C.J. Dute, hoogleraar gezondheidsrecht, Erasmus MC Rotterdam, Universiteit van Amsterdam
 prof. dr. L.P. ten Kate, emeritus hoogleraar klinische genetica, VU medisch centrum, Amsterdam

prof. dr.M.H. Prins, hoogleraar klinische epidemiologie, Universiteit Maastricht
 dr. P.G.J. Reulings, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Amsterdam, *adviseur*
 dr. E.M.A. Smets, psycholoog, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
 prof. dr. F. Sturmans, emeritus hoogleraar epidemiologie en gezondheidsbeleid, Erasmus MC, Rotterdam
 dr. P.M.M. Beemsterboer, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
 W.A. van Veen, arts, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

NEC Forum in Lissabon

In de Portugese hoofdstad Lissabon werd op 11 en 12 oktober 2007 het 10^{de} NEC Forum gehouden – een forum van Europese nationale ethiekcommissies. In het kader van het Portugese voorzitterschap waren de vertegenwoordigers van deze ethiekcommissies uitgenodigd om bijeen te komen in het Pavilhão Atlântico in het Parque das Nações, een paviljoen gelegen aan de Taag en gebouwd in het kader van EXPO 98.

Mr. L.F. Stultiëns maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Het doel van de bijeenkomsten van het NEC-Forum – die ieder half jaar plaatsvinden in het land dat op dat moment voorzitter is van de Europese Unie – is het uitwisselen van informatie en ervaring op het gebied van ethiek en wetenschap.

De EU 50 jaar: welke rol voor ethiek?

De eerste dag werd voor een groot deel in beslag genomen door een gezamenlijke zitting van het NEC Forum en de European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE). Zowel het NEC Forum als EGE zijn opgericht op initiatief van de Europese Commissie. Het NEC Forum is een onafhankelijk Europees uitwisselingsplatform van nationale ethiekcommissies die in hun eigen land de overheid van advies dienen. De EGE is een onafhankelijk adviesorgaan dat de Europese Commissie – gevraagd en ongevraagd – adviseert over de ethische aspecten van wetenschap en nieuwe technologieën met het oog op de voorbereiding en implementatie van wetgeving en beleid dienaangaande. De activiteiten van het NEC Forum en de EGE zijn complementair.

In de gezamenlijke bijeenkomst vond reflectie plaats op de belangrijkste ethische waarden in Europa, waaronder menselijke waardigheid, autonomie, gelijkheid, solidariteit, etc. Veel van deze fundamentele waarden liggen ten grondslag aan Europese verdragen en

declaraties. In zijn presentatie zette professor Göran Hermerén – voorzitter van de EGE – uiteen dat gemeenschappelijke normen en waarden een belangrijke rol spelen bij het bijeenhouden van de Europese Unie. Een gemeenschap vereist een minimale set van standaarden/waarden. Deze zijn bepalend voor de morele identiteit van een gemeenschap en maken er tegelijkertijd deel van uit. Een probleem is dat die waarden soms met elkaar in conflict kunnen komen, wat dan reden is om te zoeken naar een hiërarchische ordening. Dat is echter op zichzelf weer een ethische beslissing. Het is de vraag in hoeverre we daarover binnen Europa overeenstemming kunnen vinden. Bovendien zal zo'n ordening onvermijdelijk contextafhankelijk zijn. In ieder geval is een open discussie en een cultuur van tolerantie noodzakelijk om elkaars standpunten te kunnen begrijpen.

Ethiek in een “global world”

In aansluiting op de gezamenlijke NEC-EGE bijeenkomst besprak het NEC Forum de mondiale dimensie van ethiek. Ethische vraagstukken beperken zich niet tot Europa. Dr. Jean-Michel Baer van de Europese Commissie gaf aan dat het de taak is van de EU om ontwikkelingslanden te helpen bij de ontwikkeling van hun benadering ten aanzien van ethiek en onderzoek. De Europese Commissie financiert onderzoeksprojecten die deels worden uitgevoerd in ontwikkelingslanden. Het is van belang dat de fundamentele waarden die neergelegd zijn in de “European Charter of Fundamental Rights” daarbij gerespecteerd worden. Opkomende economieën zoals China en India hebben allemaal eigen onderzoekscentra. De EU helpt hen om op juiste wijze met onderzoek en de daaraan verbonden ethische aspecten om te gaan. Bij het onderzoek in ontwikkelingslanden speelt het probleem van “double standards”. Dit houdt in dat onderzoeken die in de ontwikkelde landen als onethisch worden beschouwd in ontwikkelingslanden worden uitgevoerd, mede bij gebrek aan voldoende toezicht en richtlijnen in die laatste landen.

Mevrouw Rena Petridou – voorzitter van de nationale bio-ethiek commissie van Cyprus – benadrukte dat veel landen geconfronteerd worden met gemeenschappelijke ethische dilemma's zoals op het gebied van biomedisch onderzoek. In haar ogen zouden mensenrechten daarbij de ethische leidraad dienen te zijn. Het Europees Verdrag Biogeneeskunde (de Oviedo conventie), waarin de rechten en vrijheden van degenen die deelnemen aan biomedisch onderzoek zijn neergelegd, is het enige juridisch bindend instrument op dit gebied. Dezelfde procedure – een juridisch raamwerkdocument met minimale standaarden en nadere uitwerking van bepaalde onderwerpen in optionele additionele protocollen – zou in een mondiale context kunnen worden gebruikt. De WHO levert een belangrijke bijdrage aan het opzetten van ethische commissies in ontwikkelingslanden en ook de UNESCO houdt zich bezig met initiatieven op het gebied van bio-ethiek.

Een interessante invalshoek in de discussie kwam van de kant van professor Volnei Garrafa uit Brazilië. Hij sprak van de grote contradictie in een land als Brazilië, waar zeer veel armoede heerst, maar waar wel geld beschikbaar is om onderzoek te doen naar stamcellen. Volgens Garrafa is het mooi om te kunnen spreken van universele waarden op het gebied van bio-ethiek (weldoen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid), maar moeten deze waarden worden bekeken in het licht van de specifieke context waarin deze waarden een rol spelen. Tientallen miljoenen Brazilianen zijn analfabeet. Dit doet niets af aan het autonomie-beginsel, maar vergemakkelijkt bijvoorbeeld niet het verkrijgen van schriftelijke toestemming voor het doen van biomedisch onderzoek.

De invloed van mobiliteit in de EU op fundamentele waarden

Door een afgevaardigde van de Deense ethiekraad werden de (ethische) problemen rondom “treatment tourism” aangekaart. Treatment tourism is het verschijnsel dat patiënten zich in een ander land laten behandelen omdat de behandeling in eigen land niet is toegestaan of aan bepaalde voorwaarden is gebonden. Zo

geeft de Zweedse wet een na kunstmatige inseminatie geboren kind recht op toegang tot informatie over de biologische vader. Het gevolg hiervan is dat veel Zweedse paren voor een kunstmatige inseminatie naar Denemarken gaan omdat in Denemarken de anonimiteit van zaaddonors is gewaarborgd. De toekomstige ouders en hun kind zullen dan niet geconfronteerd worden met informatie over de biologische vader. Bijkomend gevolg is ook dat in Zweden het aantal zaaddonors afneemt, omdat de meesten alleen willen doneren als hun anonimiteit gegarandeerd is.

De volgende elementen spelen bij “treatment tourism” een rol: enerzijds op bepaalde waarden gebaseerde wetgeving in ieder land afzonderlijk en anderzijds pluralisme op internationaal niveau. De “hiërarchie” van waarden in het ene land en de daarop gebaseerde wetgeving komen niet overeen met de “hiërarchie” van waarden en daarop gebaseerde wetgeving in andere landen. Moeten landen tegengaan dat mensen voor bepaalde behandelingen die, met het oog op de bescherming van de burger, in hun eigen land verboden zijn – zoals euthanasie – naar het buitenland vertrekken? “Treatment tourism” zou een op bepaalde waarden gebaseerde wetgeving kunnen rechtvaardigen aangezien mensen de mogelijkheid hebben naar het buitenland te gaan. Echter, overwogen zou moeten worden of bepaalde gevallen van “treatment tourism” gereguleerd zouden moeten worden.

Toegang tot biobanken en DNA databases

De directeur van de Engelse “Nuffield Council on Bioethics”, Hugh Whittall, hield een uiteenzetting over de ethische aspecten van het forensisch gebruik van bioinformatie. Recent heeft de Council hierover een rapport gepubliceerd. Het gaat hier om het vinden van een juiste balans tussen politiebevoegdheden enerzijds en individuele rechten als vrijheid, autonomie en privacy anderzijds. Onder welke omstandigheden mag de politie vingerafdrukken en DNA afnemen en hoe lang mag deze informatie/dit materiaal worden bewaard? Het gebruik van de informatie uit de UK

National Criminal DNA database, de grootste DNA database ter wereld, heeft geleid tot een toename van het aantal opgespoorde misdrijven van 26 procent. Echter, een kwart van de informatie in de DNA database is afkomstig van mensen die nooit veroordeeld zijn. Zonder instemming van betrokkenen mogen DNA samples van arrestanten worden afgenomen en voor onbepaalde tijd bewaard. De cruciale vraag is of hier op disproportionele wijze inbreuk wordt gemaakt op fundamentele waarden als vrijheid, autonomie, privacy, informed consent en gelijkheid. Volgens de Nuffield Council is het bewaren van DNA samples voor onbepaalde tijd niet proportioneel als betrokkenen niet veroordeeld zijn. Daarnaast is het zo dat mensen die vrijwillig DNA materiaal afstaan dit materiaal niet uit de database kunnen laten verwijderen. Dit zou – op verzoek van de betrokkene – mogelijk moeten zijn. Er moet een nieuw (transparant) juridisch raamwerk komen en een onafhankelijk instituut dat kan beoordelen wanneer DNA samples kunnen worden verwijderd.

Aan het slot van de bijeenkomst nodigde professor Joze Trontelj iedereen van harte uit voor het volgende NEC Forum dat door de Sloveense nationale ethiek commissie zal worden georganiseerd. Tijdens die bijeenkomst zullen de rechten en vrijheden van het individu en het belang van de gemeenschap centraal staan.

Gezondheidsonderzoek

Adviesbrief over multimorbiditeit

Op 11 september j.l. hebben de voorzitters van de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek, op basis van het werk van de Commissie Multimorbiditeit, de belangrijkste bevindingen per brief aan de staatsecretaris kenbaar gemaakt, nog voordat de commissie haar advies helemaal heeft afgerond. Ambtenaren van VWS hadden om dit tussentijds advies verzocht opdat de bevindingen nog konden worden meegenomen in de plannen van de regering (rijksbegroting) die met Prinsjesdag zijn gepresenteerd.

In de adviesbrief wijzen de voorzitters erop dat volgens de commissie de gelijktijdige aanwezigheid van verschillende aandoeningen (multimorbiditeit) onder ouderen veelvuldig voorkomt. Circa tweederde van alle 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen en dat percentage stijgt snel naarmate men ouder wordt. Voor patiënten wordt multimorbiditeit vooral een probleem als deze gepaard gaat met beperkingen in het functioneren en met verlies van vitaliteit. Voor de zorgverlening is het de opgave de samenhang en de continuïteit van de – bij deze groep patiënten vaak complexe – medische en verpleegkundige zorg te waarborgen om verder verlies van beperkingen en sociale uitval te voorkomen. De commissie meent dat de huidige gezondheidszorg voor deze groep patiënten niet adequaat is ingericht. Vier zaken zouden moeten worden ontwikkeld: de vroegtijdige signalering van gezondheidsrisico's bij ouderen met multimorbiditeit; de regie over de zorg aan deze groep ouderen; de specialistische advisering aan de eerste lijn; de toepassing van specifieke kennis over complexe multimorbiditeit in de kliniek. De commissie vindt dat er op regionaal niveau afspraken gemaakt moeten worden over zorgtrajecten voor ouderen met complexe problematiek waarin deze vier zaken worden gerealiseerd. Deze regionale afspraken zouden moeten worden gemaakt tussen alle betrokken beroepsbeoefenaren en -organisaties, en de verzekeraars.

Aan de ontwikkeling van deze regionale zorgnetwerken kunnen volgens de commissie twee voorwaarden gekoppeld wor-

Dr. R. van der Sande maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad/RGO.

den: de ontwikkeling (opbouw) en de uitvoering van deze netwerken dienen adequaat te worden gefinancierd, en de effecten op de gezondheid en het welbevinden van ouderen met complexe multimorbiditeit dient wetenschappelijk te worden geëvalueerd. Op deze manier kan goede evidence op dit gebied tot stand worden gebracht.

De commissie bepleit daarnaast verbetering van de informatievoorziening rond patiënten. Van vitaal belang is dat betrokken zorgverleners makkelijk kunnen beschikken over een toegankelijk en actueel (elektronisch) dossier. Ook dienen artsen en verpleegkundigen te worden geschoold in de zorg aan ouderen met multimorbiditeit. Tenslotte vindt de commissie meer onderzoek nodig naar de behandeling van en zorg voor ouderen met multimorbiditeit. Zo dienen onder meer het onderzoek naar preventiemogelijkheden, naar tijdige signalering van problemen en naar de mogelijkheden om bij problemen te interveniëren, krachtig te worden gestimuleerd.

In haar brief aan de Tweede Kamer, d.d 12 november j.l., over de toekomst van de ouderenzorg in ons land, zegt de staatssecretaris met waardering kennisgenomen te hebben van de adviesbrief. Het advies biedt – samen met het eerder verschenen RGO-advies over het onderzoek in de ouderenzorg – belangrijke aanknopingspunten voor haar beleid op dit terrein, aldus de staatssecretaris. Haar beleid voorziet in een programma Ouderenzorg waarin de komende vier jaar geld beschikbaar wordt gesteld (in totaal circa 80 miljoen euro) voor onderzoek en ontwikkeling. In het programma spelen de voorstellen voor de ontwikkeling van de regionale zorgnetwerken een centrale rol.

Milieu

Adviesbrief over onderzoek gezondheidseffecten mobiele telefoons

Blootstelling aan elektromagnetische velden veroorzaakt door systemen voor mobiele telefonie houdt de gemoederen nog steeds bezig. Voortdurend verschijnen nieuwe wetenschappelijke publicaties over dit onderwerp. De commissie Elektromagnetische velden van de raad bestudeert deze en rapporteert hierover. De minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer heeft de raad verzocht om, vooruitlopend op een meer uitgebreide analyse, een beknopte eerste reactie te geven op drie wetenschappelijke publicaties die in het maatschappelijke debat vaak naar voren komen.^{1,2,3} Ook vroeg de minister de Gezondheidsraad om aan te geven of naar verwachting de resultaten van deze onderzoeken aanleiding zullen geven om eerdere conclusies met betrekking tot de mogelijke gezondheidseffecten van mobiele telefonie bij te stellen.

Prof. dr. M. de Visser, vice-voorzitter van de raad, heeft deze vragen voorgelegd aan de commissie Elektromagnetische velden. Die heeft naast de door de minister aangegeven artikelen ook een recent artikel van een onderzoeksgroep uit Nijmegen besproken.⁴ Dit artikel heeft nogal wat aandacht gekregen in de landelijke media.

De vice-voorzitter schrijft, na consultatie van de Beraadsgroep Straling en Gezondheid van de raad, in een adviesbrief aan de minister van VROM dat de commissie tot de voorlopige conclusie komt dat de resultaten van de vier onderzoeken geen aanleiding geven om haar standpunten te herzien. De commissie handhaaft haar conclusie dat tot nu toe geen oorzakelijk verband is aangetoond tussen gezondheidsproblemen en blootstelling aan de elektromagnetische velden afkomstig van mobiele telefoons of basisstations voor mobiele telefonie. Wel vindt de commissie dat

Dr. E. van Rongen maakt deel uit van de wetenschappelijk staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Elektromagnetische velden en gezondheid* (2007/24) is te downloaden van www.gr.nl en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

¹ Cook, CM et al. Exposure to ELF magnetic and ELF-modulated radiofrequency fields: the time course of physiological and cognitive effects observed in recent studies (2001-2005). *Bioelectromagnetics*, 2006; 27: 613-627.

² Hardell, L et al. Tumour risk associated with use of cellular telephones or cordless desktop telephones. *World Journal of Surgical Oncology*, 2006; 4: 74.

³ Hutter, HP et al. Subjective symptoms, sleeping problems, and cognitive performance in subjects living near mobile phone base stations. *Occupational and Environmental Medicine*, 2006; 63:307-313.

⁴ Arns, M. et al. Electroencephalographic, personality, and executive function measures associated with frequent mobile phone use. *International Journal of Neuroscience*, 2007; 117: 1341-1360.

nader wetenschappelijk onderzoek naar dergelijke verbanden nog steeds gerechtvaardigd is. Zij heeft in 2006 dergelijk onderzoek ook aanbevolen voor het onderzoeksprogramma Elektromagnetische velden en gezondheid dat thans mede door VROM wordt gefinancierd.

De commissie baseert deze uitspraak op een eerste beknopte analyse van de vier betreffende artikelen en op de reeds eerder door de commissie besproken literatuur. Zij benadrukt dat het bespreken van de resultaten van individuele wetenschappelijk onderzoeken alleen zinvol is in combinatie met een beschrijving van en vergelijking met andere onderzoeken op hetzelfde gebied. Daarbij worden de publicaties gewogen naar kwaliteit. In het verleden is regelmatig gebleken dat de bevindingen van een enkel onderzoek niet bevestigd konden worden in soortgelijke onderzoeken of in replicatieonderzoek. De commissie baseert haar oordeel over eventuele gezondheidseffecten van blootstelling aan elektromagnetische velden dus steeds op de totale wetenschappelijke bewijslast en niet op de resultaten van slechts één of enkele onderzoeken. Dat neemt niet weg dat nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen altijd aanleiding kunnen geven tot een verandering van inzicht; de commissie zal die mogelijkheid steeds bij haar overwegingen blijven betrekken.

De commissie zal in komende publicaties uitgebreider aandacht besteden aan de onderwerpen van de besproken artikelen, te weten de mogelijke effecten van het gebruik van of het wonen nabij apparatuur voor mobiele telecommunicatie op 1) het cognitief functioneren, 2) het vóórkomen van tumoren in het hoofd of 3) het optreden van gezondheidsklachten.

Adviesbrief over ondergrondse aanleg hoogspanningslijnen

De minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer legde onlangs tijdens een overleg de leiding van de Gezondheidsraad de vraag voor wat de gevolgen zijn van ondergrondse aanleg van hoogspanningslijnen op eventuele effecten van blootstelling aan de door die lijnen opgewekte elektrische en magnetische velden. In een adviesbrief antwoordt prof. dr. M. de Visser, vice-voorzitter van de raad, na consultatie van de Commissie Elektromagnetische Velden en de Beraadsgroep Straling en Gezondheid van de raad, het volgende.

Dr. E. van Rongen maakt deel uit van de wetenschappelijk staf van de Gezondheidsraad.

Wanneer hoogspanningslijnen ondergronds worden aangelegd (er wordt dan van “kabels” gesproken) zal de veldsterkte die ze op het maaiveld veroorzaken, veranderen. De elektrische velden worden daarbij vrijwel geheel afgeschermd, maar dat geldt niet voor de magnetische velden. Of en hoeveel de magnetische veldsterkte gereduceerd wordt door de lijnen ondergronds te leggen, is onder meer afhankelijk van hoe diep ze worden ingegraven. Indien de kabels niet al te diep liggen kan de magnetische veldsterkte op het maaiveld in een smalle strook direct boven de kabels zelfs toenemen ten opzichte van de veldsterkte onder bovengrondse lijnen. Op een horizontale afstand van meer dan zo'n 10 meter van deze strook zal de magnetische veldsterkte juist lager zijn. Daarbij moet worden aangetekend dat hoogspanningslijnen niet de enige bronnen van dergelijke velden zijn, maar dat ze ook worden opgewekt door bijvoorbeeld elektrische apparatuur en elektriciteitsleidingen in woningen. Ook in woningen die niet dicht naast een hoogspanningslijn liggen komen deze velden dus voor.

Bij het beantwoorden van de vraag van de minister worden drie soorten mogelijke effecten op de gezondheid onderscheiden: indirecte effecten van elektrische velden, directe acuut optredende effecten van elektrische en magnetische velden en effecten van magnetische velden op lange termijn.

Indirecte effecten zijn het gevolg van een zogeheten ontladstroom bij het aanraken van grote metalen voorwerpen die door een sterk elektrisch veld kunnen worden opgeladen. Dergelijke effecten zullen niet optreden boven ondergrondse hoogspanningskabels. Omdat het elektrische veld wordt afgeschermd door de grond boven de kabels is op het maaiveld vrijwel geen elektrisch veld meer aanwezig. Bij de veldsterktes die in Nederland onder hoogspanningslijnen voorkomen is de kans dat indirecte effecten optreden overigens al heel klein. Alleen onder de zwaarste lijnen kunnen elektrische veldsterktes voorkomen waarbij dergelijke effecten optreden.

Acute effecten zijn het gevolg van in het lichaam opgewekte elektrische stroompjes. De blootstellingslimieten die verschillende organisaties, waaronder de Gezondheidsraad, hebben voorgesteld zijn op deze effecten gebaseerd. Zij komen bij hoogspanningslijnen niet voor, omdat de elektrische en magnetische veldsterktes op leefniveau daarvoor veel te laag zijn. Ondergronds aanleggen zal hierin geen verandering brengen.

Rest de eventuele effecten op lange termijn, en dat zijn ook de effecten waar de maatschappelijke discussie over gaat. Het gaat hierbij vooral om een mogelijke verhoging van de kans op leukemie bij kinderen. In een aantal epidemiologische onderzoeken zijn redelijk consistente aanwijzingen gevonden dat kinderen die langdurig dicht bij bovengrondse elektriciteitslijnen wonen en daarbij worden blootgesteld aan een magnetisch veld dat gemiddeld over het jaar boven een bepaalde waarde (0,4 microtesla) uitkomt, een ongeveer twee keer zo hoge kans op leukemie hebben als andere kinderen. Er zijn echter geen wetenschappelijke aanwijzingen dat dit verband een oorzakelijk karakter heeft. Het is daarom onzeker of een reductie van de magnetische veldsterkte op leefniveau bij ondergrondse aanleg van hoogspanningslijnen hierop van invloed is. Als dat wél het geval zou zijn, dan zou dat in Nederland mogelijk leiden tot een vermindering van het aantal gevallen van leukemie bij kinderen met één per twee jaar, op een totaal van circa 220 nieuwe gevallen in die periode.

Installatie van de Commissie Signalering Gezondheid en Milieu

De invloed van onze leefomgeving op onze gezondheid is een thema dat steeds meer internationaal wordt benaderd. Milieuvloeden trekken zich immers niets aan van grenzen. Ook de gevolgen van de maatregelen die worden getroffen om dergelijke invloeden te beperken doen zich internationaal voelen. Voor succesvol milieubeleid is een gezamenlijke inzet dan ook onontbeerlijk. Mede in dit licht heeft de Europese Commissie recentelijk een Environmental Health Action Plan vastgesteld.

Dr. ir. P.W. van Vliet maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

In verband met de genoemde trend wordt het ook steeds belangrijker om de internationale ontwikkelingen op het aandachtsgebied 'gezondheid en omgeving' te volgen. Op verzoek van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer gaat de Gezondheidsraad dit in nog sterkere mate dan voorheen doen. Op 22 november 2007 heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad, prof. dr. J.A. Knottnerus, hiertoe namelijk een aparte commissie geïnstalleerd: de Commissie Signalering Gezondheid en Milieu. Deze commissie, die voorlopig voor de duur van twee jaar is ingesteld, heeft een tweeledige taak gekregen:

- 1 het identificeren van onderwerpen die zich lenen voor een signalement over de invloed van de leefomgeving op de gezondheid en
- 2 het opstellen van zulke signalementen als onderdeel van de adviserende taak van de Gezondheidsraad.

Signalementen zijn beknopte rapportages waarin problemen op het gebied van gezondheid en milieu worden geanalyseerd en geagendeerd. Het kan om nieuwe *issues* gaan, maar even goed om oude die opnieuw aandacht moeten krijgen. Aan bod komt hoe sterk de wetenschappelijke aanwijzingen zijn voor de milieuvloeden die in beschouwing worden genomen, en wat het belang is voor de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

De commissie zal aan de voorzitter van de Gezondheidsraad voorstellen doen voor een selectie van te behandelen onderwerpen. Deze selectie wordt voorgelegd aan één of meer beraadsgroepen van de Gezondheidsraad. Verder vindt afstemming plaats met wat er elders in Nederland, alsmede in het buitenland op het onderhavige terrein gebeurt. Het ligt in de bedoeling om jaarlijks enkele signalementen uit te brengen.

Samenstelling van de commissie:

prof. dr. W.F. Passchier, bijzonder hoogleraar risicoanalyse, Universiteit Maastricht, *voorzitter*
 dr. ing. J.W. Erisman, hoofd afdeling Biomassa, Kolen en Milieu-onderzoek, Energieonderzoek Centrum Nederland, Petten
 prof. dr. ir. D.J.J. Heederik, hoogleraar gezondheidsrisicoanalyse, Institute for Risk Assessment Sciences, Universiteit Utrecht
 prof. dr. J. van der Pligt, hoogleraar sociale psychologie, in het bijzonder de fundamentele benaderingen daarin, Universiteit van Amsterdam

prof. dr. R. Leemans, hoogleraar milieusysteemanalyse, Wageningen Universiteit en Researchcentrum
 dr. ir. J. Legler, toxicoloog, Instituut voor Milieuvraagstukken, Vrije Universiteit, Amsterdam
 dr. J.P. van der Sluijs, onderzoeker omgang met onzekerheid in risicoanalyses, Copernicus Instituut voor Duurzame Ontwikkeling en Innovatie, Universiteit Utrecht
 dr. ir. P.W. van Vliet, Gezondheidsraad, *secretaris*

Arbeidsomstandigheden

Openbaar concept rapport over platina en platinaverbindingen

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 platina en platina-verbindingen.

De Voorzitter van de Gezondheidsraad biedt de gelegenheid om inhoudelijk commentaar te leveren op dit conceptrapport. Het conceptrapport 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 conceptrapport. De commentaartermijn loopt tot 3 maart 2008. De Commissie GBBS betreft het ontvangen commentaar bij het vaststellen van het definitieve advies.

Het definitieve advies zal worden aangeboden aan de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

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

Het conceptrapport, geschreven in het Engels en getiteld Platinum and platinum compounds, is te downloaden van www.gr.nl.

Verlag symposium *Beoordelen, behandelen, begeleiden*

Op 4 juni 2007 kwamen zo'n 65 vertegenwoordigers van diverse medische en paramedische disciplines, patiënten/cliënten-organisaties, wetenschappelijk onderzoekers, de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), de Sociaal-Economische Raad (SER), het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) en de Gezondheidsraad bijeen om van gedachten te wisselen naar aanleiding van de afronding van de reeks Gezondheidsraadadviezen over het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Op 25 september jl. bood raadsvoorzitter Knottnerus het verslag van de bijeenkomst aan aan de ministers van SZW en VWS. *'Het was een boeiende en inspirerende samenkomst'*, zo schrijft hij in zijn ten geleide. *'Eenieder wie de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid ter harte gaat, maar die niet bij het symposium aanwezig kon zijn, kan zich daarvan nu persoonlijk overtuigen.'*

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

Uit het verslag blijkt dat er veel is waarover eigenlijk alle partijen het eens zijn. Over dat er goede mogelijkheden zijn om het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verbeteren. Over de in de praktijk vaak nog utopische vanzelfsprekendheid dat werknemers met gezondheidsproblemen geen professionele adviezen moeten krijgen die onderling tegenstrijdig zijn. Over de verwachting dat overkoepelende multidisciplinaire richtlijnen – '3B-richtlijnen', richtlijnen voor beoordelen, behandelen en begeleiden – daarbij behulpzaam kunnen zijn. En over de aanbeveling van de Gezondheidsraad om verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie' te ontwikkelen, teneinde de kwaliteit en de transparantie van de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening en de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van de beoordeelden te bevorderen.

Zeker aan het begin van de bijeenkomst zet optimisme de toon. De adviezen van de Gezondheidsraad *'kunnen direct worden toegepast'*, aldus Directeur-Generaal De Goeij van VWS, *'er staan vele lichten op groen.'* Directeur-Generaal Hilgersom van SZW: *'Ik heb er alle vertrouwen in dat op de ingeslagen weg nog vele goede resultaten behaald zullen worden.'* UWV-bestuursvoorzitter Linthorst meent dat de Gezondheidsraad met name *'door de wijze waarop hij een niet meer terug te draaien slinger aan de implementatie heeft weten te geven'* voortreffelijk werk heeft verricht.

Maar gaandeweg wordt duidelijk dat er nog wel wat openstaande vragen zijn. Vooral twee vragen komen uit de discussie duidelijk naar voren. Hoe te voorzien in een stabiele kennisinfrastructuur, die aandacht voor de relatie tussen arbeid en gezondheid, in onderzoek, richtlijnontwikkeling en praktijk, duurzaam kan garanderen? En hoe om te gaan met de spanning tussen de verwevenheid van beoordeling, behandeling en begeleiding enerzijds en de aloude *'scheiding van controle en behandeling'* anderzijds? Voorzitter De Paauw van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad laat er geen misverstand over bestaan dat hij een warm voorstander is van het principe dat (claim)beoordeling en behandeling gescheiden horen te zijn. *'En we zijn bezorgd dat dit principe op de tocht staat.'* Over beide vragen is op het symposium het laatste woord niet gezegd, zoveel is duidelijk.

Reactie op ‘Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’

Het Gezondheidsraadadvies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie* werd gepresenteerd tijdens het symposium *Beoordelen, behandelen, begeleiden* op 4 juni 2007 (waarover hiervoor meer). Op 18 oktober verscheen de reactie van het kabinet op het advies.

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

Minister Donner schrijft dat hij het een waardevol advies vindt. Hij kondigt aan dat het UWV de al bestaande casuïstiekbesprekingen van verzekeringsartsen meer gestructureerd zal opzetten en de commentaren daarop systematischer zal bundelen. De beroepsvereniging van verzekeringsartsen NVVG zal conform het advies een multidisciplinair samengestelde mediprudentiecommissie instellen. Het UWV en leden van de beroepsgroep kunnen becommentarieerde casussen in deze commissie inbrengen. De commissie beslist vervolgens met het toetsingskader van de Gezondheidsraad welke casussen en welke commentaren zij als ‘verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’ zal publiceren. Daarbij kan worden gedacht aan rapportages die relevant zijn voor anderen omdat zij een dilemma schetsen of een lacune in wetenschappelijke kennis signaleren. *‘Door deze procedure’,* zo besluit de minister zijn brief aan de Tweede Kamer, *‘verwacht ik dat het belang van mediprudentie breed gaat leven in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep waardoor de kwaliteit van de claimbeoordeling verder verbeterd wordt’.*

De hieronder vermelde publicaties zijn te downloaden van de website (www.gr.nl) of – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag, tel: 070 3406728, fax: 070 3407523, e-mail: order@gr.nl

Algemeen

2007

Jaarverslag 2006 Gezondheidsraad / RGO. A07/02.
Werkprogramma 2008 Gezondheidsraad. A07/05.

2006

Gezondheidsraadlezing 2006 - De keuze voorbij: organisme en omgeving
Jaarverslag 2005 Gezondheidsraad / RGO. A06/02.
Adviseren met gezag in de 21e eeuw; zelfevaluatie 2001-2004. A06/01.

Gezondheidszorg

2007

Briefadvies Griepvaccinaties bij ouderen van groot belang. 2007/22.
Briefadvies Multimorbiditeit bij ouderen. 2007/20.
Preconceptiezorg: voor een goed begin. 2007/19.
Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. 2007/13.
Ruilen met de wachtlijst: een aanvulling op het programma voor nierdonatie-bij-leven? 2007/11.
Nacontrole in de oncologie. 2007/10.
Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. 2007/09.
BMR-vaccinatie en autisme: geen aanwijzingen voor een verband. 2007/04.
De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden. 2007/02.
Bijzondere interventies aan het hart. 2007/01.
Wet bevolkingsonderzoek: screening op osteoporose. 2007/04WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: prostaatkanker ERSPC-Rotterdam (3). 2007/03WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (7). 2007/02WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: moleculaire tests voor screening op blaaskanker. 2007/01WBO.

2006

Wet bevolkingsonderzoek: screening op darmkanker met sigmoidoscopie of FOBT (2). 2006/04WBO.
Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob? Signalering Ethiek en Gezondheid, 2006/2.
Publicatienummer Gezondheidsraad: 2006/19.
Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en

lange termijn. 2006/18.
MRSA-beleid in Nederland. 2006/17.
Plan de campagne; Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting. 2006/16.
Wet bevolkingsonderzoek: aanzet tot een landelijk programma voor prenatale screening. 2006/03WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: screening op darmkanker met sigmoidoscopie of FOBT. 2006/02WBO.
Bijwerkingen vaccinaties Rijksvaccinatieprogramma 2002-2003. 2006/14.
Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2006. 2006/10.
Het belang van weefselovereenkomst bij niertransplantatie. 2006/08.
Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. 2006/07.
Betekenis van nanotechnologieën voor de gezondheid. 2006/06.
Briefadvies Percutane Coronaire Interventies; Tussentijdse rapportage. 2006/05.
Hersendoodprotocol. 2006/04.
Wet bevolkingsonderzoek: thuishet voor niet-deelnemers aan de screening op baarmoederhalskanker. 2006/01WBO.
Behandelbaarheid: Het begrip '(niet-)behandelbaar' in de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) en de Wet op de medische keuringen (WMK). 2006/02.
Preimplantatie genetische diagnostiek en screening. 2006/01.

Gezondheidsonderzoek

2007

Participatie van patiënten in gezondheidsonderzoek. (RGO) 56.
Translatieel onderzoek in Nederland – Van kennis naar kliniek. (RGO) 55.

2006

Onderzoek medische zorg voor Ouderen. (RGO) 54.
Onderzoeksagenda Medische Biotechnologie. (RGO) 53.

Voeding

2007

Veiligheidsbeoordeling van nieuwe voedingsmiddelen (2). 2007/23.
Briefadvies Toetsing van het KCO-rapport 'Overgewicht en obesitas'. 2007/08.
Voedselallergie. 2007/07.

2006

Richtlijnen goede voeding 2006. 2006/21.
Voeding van zuigelingen en peuters. 2006/20.
Richtlijn voor de vezelconsumptie. 2006/03.

Milieu

2007

Elektromagnetische velden en gezondheid. 2007/24.
Maten voor milieugezondheidseffecten. 2007/21.
De waarde van interventiewaarden. 2007/16.
Astma, allergie en omgevingsfactoren. 2007/15.
Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2006. 2007/06.
Risico's van blootstelling aan ioniserende straling. 2007/03.

2006

Stille gebieden en gezondheid. 2006/12.
Voorstellen voor onderzoek naar effecten van elektromagnetische velden (0 Hz - 300 GHz) op de gezondheid. 2006/11.
Briefadvies Asbest. 2006/09.

Arbeidsomstandigheden

2007

Propylene glycol (1,2-Propanediol). 2007/02OSH.
Diethylene glycol. 2007/03OSH.
Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid - Verslag van het symposium Beoordelen, behandelen, begeleiden. A07/07.
Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen. A07/04.
Kanttekeningen over mogelijke beperkingen bij MRI bij invoering van een EU richtlijn. 2007/17.

Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. 2007/14.
Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische-
vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculairsyndroom.
2007/12.
Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen,
Beroerte, Borstkanker. 2007/05.
Bitumen (vapour and aerosol). 2007/01OSH.

2006

Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding,
Overspanning, Depressieve stoornis. 2006/22.
Nachtwerk en borstkanker: een oorzakelijk verband?
2006/15.
Tetrachloroethane; Health-based recommended occupational
exposure limit. 2006/09OSH.
Calcium oxide. Health-based recommended occupational
exposure. 2006/08OSH.
Hydrogen sulphide. Health-based recommended
occupational exposure. 2006/07OSH.
Ethanol (ethyl alcohol). Evaluation of the health effects from
occupational exposure. 2006/06OSH.
Acrylamide. Health-based calculated occupational cancer risk
values. 2006/05OSH.
Methanol; Evaluation of the effects on reproduction,
recommendation for classification. 2006/04OSH.
Trichloroacetic acid; Evaluation of the effects on
reproduction, recommendation for classification. 2006/
03OSH.
Formic acid; Evaluation of the effects on reproduction,
recommendation for classification. 2006/02OSH.
BaP and PAH from coal-derived sources; Health-based
calculated occupational cancer risk values of benzo[a]pyrene
and unsubstituted non-heterocyclic polycyclic aromatic
hydrocarbons from coal-derived sources. 2006/01OSH.

GRAADMETER # 6
JAARGANG 23
NOVEMBER/DECEMBER 2007

Redactie

D. Kromhout (hoofdredacteur),
M.M.H.E. van den Berg, A.S.A.M.
van der Burght, K. Groeneveld,
R. van der Sande, M. de Waal
(eindredacteur)

Secretariaat/opmaak

M. Javanmardi, J. van Kan

Basisvormgeving

Noortje Hoppe, Rotterdam

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

Adres redactie en
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