

G r A A D M E T E R # 1 Gebruikelijk? ³; ‘Een fantastische formule’ ⁴; Gezondheidsraad gastheer van Europese ethiekcommissies ¹¹; Congres in Baltimore over bloedtransfusie ¹⁶ / Gezondheidszorg ²⁰: Rust geen remedie voor chronische vermoeidheid ²¹; Sterkere eerstelijnszorg in Europa goed voor kwaliteit en doelmatigheid ²³; Minister steunt aanbeveling voor onderzoek naar screening op type 2 diabetes ²⁵ / Voeding ²⁷: Geen alcohol is de veiligste optie bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding ²⁸ / Milieu ³¹: Nieuwe test om mutagene stoffen te identificeren nuttige aanvulling op de huidige standaard ³²; Geen reden tot bezorgdheid om mobiel bellende kinderen ³⁴ / Arbeidsomstandigheden ³⁶: Openbare conceptrapporten herevaluatie oude MAC-waarden ³⁷; Installatie commissie ‘Interventiewaarden stoffen’ ³⁹.

Graadmeter is een uitgave van het secretariaat van de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad is ingesteld in 1902. De raad heeft als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand van wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid' (art. 21 Gezondheidswet).

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

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

Gebruikelijk?

MvL 'Mij is niet duidelijk of de betrokken beroepsgroepen (...) deze kansbepalende testen in alle gevallen *en dus in overeenstemming met het advies van de Gezondheidsraad* (cursivering MvL) beschouwen als zorg welke in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.'

Een opvallend citaat uit een brief van de staatssecretaris van VWS aan het College voor Zorgverzekeringen. Nu wordt de Gezondheidsraad geacht te adviseren in overeenstemming met de stand van de wetenschap, en *evidence based medicine* is niet identiek met dat wat onder beroepsgenoten gebruikelijk is.

Ook minister Hoogervorst heeft bij verschillende gelegenheden duidelijk gemaakt van mening te zijn dat "de geneeskunst gebaseerd moet zijn op wetenschappelijke en in de praktijk bewezen methoden."¹ *Evidence based medicine* dus, maar ook *evidence based* beleid? Tot mijn verbazing speelt het gebruikelijkheids-criterium nog steeds een rol in het Vergoedingenbesluit krachtens de uit 1966 daterende Ziekenfondswet, wat de formulering van de staatssecretaris kan verklaren. Zo stelt artikel 3 dat huisartsenzorg omvat 'geneeskundige en heelkundige zorg, naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring de beroepsgenoten gebruikelijk is'. Een soortgelijke bepaling regelt de aanspraken op specialistische hulp.² Inmiddels heeft het Europese Hof in 2001 in een zogeheten prejudicieel vonnis, bepaald dat dit Nederlandse 'vereiste van de gebruikelijkheid van de behandeling aldus wordt uitgelegd dat (...) de betrokken behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden.' Wanneer dat het geval is, aldus de Europese rechters, mag een verzekeraar betaling van een (klinische) behandeling, zolang in een andere lidstaat, niet weigeren. In Nederland is het de Gezondheidsraad die de wettelijke taak heeft de regering te adviseren over de stand van de wetenschap. De vraag van de staatssecretaris aan het College voor Zorgverzekeringen is dan ook in meer dan één opzicht opmerkelijk.

In 1991 adviseerde de Gezondheidsraad in het advies *Medisch handelen op een tweesprong* (1991/23) al het gedateerde gebruikelijkheids-criterium af te schaffen. De commissie die het in 2003 verschenen Gezondheidsraadadvies *Contouren van het basispakket* (2003/02) opstelde constateert dat die aanbeveling nog niets aan geldigheid heeft ingeboet. Wordt het niet eens tijd voor modernisering?

¹ Zoals op 11 maart 2004 in een rede tot het KNMG-congres Arts en Openheid.

² Interessant is dat tandheelkundige hulp aan verzekerden onder de 18 jaar geleverd wordt 'in de omvang en onder de voorwaarden nader door Onze Minister vast te stellen.' Artsen genieten kennelijk meer vertrouwen van de overheid dan tandartsen, maar dit terzijde.

‘Een fantastische formule’

Prof. dr Vic Feron nieuw erelid Gezondheidsraad

Op 28 oktober 2004 werd prof. dr Vic Feron benoemd tot erelid van de Gezondheidsraad. De afgelopen dertig jaar heeft professor Feron als lid en soms als voorzitter aan tal van commissies deelgenomen. Ook is hij lange tijd lid geweest van de Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving. Hij heeft veel veranderingen van nabij meegemaakt: de terugkeer van de Voedingsraad, de overkomst van de Werkgroep van Deskundigen (WGD) en ontwikkelingen op het internationale vlak. Een vraaggesprek over beproefde procedures en nieuwe uitdagingen.

Drs EJ Schoten is secretaris bij de Gezondheidsraad.



Dertig jaar is niet mis. Hoe maakte u eigenlijk kennis met de Gezondheidsraad?

Wanneer ik voor het eerst een uitnodiging ontving om deel te nemen aan een commissie weet ik niet meer precies. Wel kan ik me het onderwerp nog goed herinneren: beoordeling van de carcinogeniteit van chemische stoffen. Tja, dat was wat. Opeens zat ik met allerlei coryfeeën om de tafel, zoals mijn promotor professor Emmelot en professor Van Rijssel als voorzitter. Natuurlijk wist het commissielidmaatschap mij te motiveren en te enthousiasmeren. Want ook toen al gold de Gezondheidsraad als een gezaghebbend adviescollege. Het was bovendien de tijd waarin de risico's van blootstelling aan chemische stoffen sterk in de belangstelling kwamen te staan. Ik was als patholoog-toxicoloog verbonden aan het Centraal Instituut voor Voedingsonderzoek van TNO. Bij TNO deden we langdurige dierproeven naar de kankerverwekkendheid van stoffen en juist de uitkomsten van die proeven waren vaak het vertrekpunt voor de risicoanalyse.

Hoe keek u destijds aan tegen de Gezondheidsraad?

Waar ik al heel snel de waarde van inzag, was de multidisciplinaire samenstelling van commissies. Vraagstukken van het soort waarmee de Gezondheidsraad te maken heeft, kunnen – daar ben ik inmiddels heilig van overtuigd - het best worden beantwoord door deskundigen van verschillende wetenschappelijke signatuur, die elkaar uiteenlopende gezichtspunten aanreiken en in goed onderling overleg tot consensus proberen te komen. Daar hoort ook bij dat ze zich kwetsbaar opstellen. Ze moeten bereid zijn het achterste van hun tong te laten zien en toe te geven dat ze niet altijd een pasklaar antwoord hebben. Naar mijn ervaring gaat dat makkelijker bij (semi)permanente commissies: de leden kennen elkaar beter en moeten bovendien langer met elkaar door. Bij ad hoc-commissies zie je nogal eens dat mensen een tijd lang de kat uit de boom kijken.

Lukt dat wel, wetenschappelijke overwegingen scheiden van belangen die al dan niet op de achtergrond meespelen?

Kijk eens, of steeds een haarscherpe scheiding mogelijk is, blijft gissen. Adviseren is mensenwerk en mensen hebben nou eenmaal belangen. Sterker nog, hoe groter hun belangen, des te groter meestal hun deskundigheid. Ik vind het van lef getuigen dat het presidium van de Gezondheidsraad niet aarzelt om geregeld mensen uit de industrie in commissies op te nemen. Ik zeg expres ‘mensen uit de industrie’ en niet ‘vertegenwoordigers van de industrie’. Telkens viel me namelijk op hoe prudent en terughoudend medewerkers van bijvoorbeeld Shell en Dow zich opstelden in commissies, of het nu ging om milieu- of om arbeidshygiënische onderwerpen. Ze wilden onder geen beding de schijn op zich laden van ‘preken voor eigen parochie’.

Interessant om te horen, want bedrijven en ook werkgeversorganisaties laten zich de laatste tijd soms kritisch uit over de werkwijze van de Gezondheidsraad. Hebt u een verklaring voor die koerswijziging?

Misschien is het de invloed vanuit Amerika. Of de teloorgang van het poldermodel. Wie zal het zeggen? Hoe dan ook vind ik dat de Gezondheidsraad moet vasthouden aan een strikt onderscheid tussen wetenschappelijk afgeleide advieswaarden en beleidsmatig vastgestelde arbeidshygiënische normen (MAC-waarden). Ons land heeft daar al ruim 25 jaar goede ervaring mee. Alle facetten van het complexe proces van normstelling komen bij zo’n onderscheid transparant in beeld. Aan de Commissie WGD is het om de diverse wetenschappelijke gegevens en onzekerheden te inventariseren, te beoordelen en te wegen. De zogeheten Openbare Concept Rapporten, die door vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers en ook door andere geïnteresseerden kunnen worden becommentarieerd, leveren hieraan een waardevolle bijdrage: soms kom je zo ook feitelijke onjuistheden op het spoor. De discussie moet echter niet vertroebeld raken door overwegingen die met haalbaarheid te maken hebben. Daarover moeten werkgevers, werknemers en de overheid onderling maar in de slag gaan. Ik wil

hier nog aan toevoegen dat angst een slechte raadgever is. De Gezondheidsraad hoeft mijns inziens echt niet bang te zijn voor de rechter, mocht een advieswaarde ooit juridisch worden aangevochten.

Nog even over de reikwijdte van de wetenschappelijke oordeelsvorming. U had het zojuist ook over de weging van gegevens en onzekerheden. Hoe objectief is zo'n wegingsproces?

Objectief is het woord niet. Het best haalbare is volgens mij als een groep experts naar eer en geweten de gegevens in samenhang beoordeelt. Wil je vervolgens echt advies geven, dan moet je het naar mijn mening niet laten bij het steriel op een rij zetten van opties. Je moet ook knopen durven doorhakken. Zo vind ik het wel degelijk op de weg van de Gezondheidsraad liggen om soms kostenbatenanalyses of afwegingen tussen risico en nut te maken. In het advies over DON (deoxynivalenol) is dat bijvoorbeeld ook gebeurd. Internationaal zie je soortgelijke ontwikkelingen. Een organisatie als de EFSA (European Food Safety Authority) tendert sterk naar integrale risicobeoordelingen. Ik durf te stellen dat de BSE-affaire nu heel anders zou worden aangepakt.

Staat zo'n pleidooi niet op gespannen voet met uw waardering voor de WGD-procedure?

De arbeidshygiënische normstelling kent inderdaad een fraaie drietrapsprocedure: de Gezondheidsraad leidt advieswaarden af, binnen de SER wordt gediscussieerd over de haalbaarheid van die waarden en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelt uiteindelijk de normen vast. Op andere beleidsterreinen, zoals dat van bestrijdingsmiddelen, zijn de zaken echter vaak minder duidelijk geregeld. Daarop sloegen mijn opmerkingen. Om in WGD-termen te spreken: er komt geen haalbaarheidstrap achteraan. Zoals ik al eerder zei, luistert de commissiesamenstelling dan zeer nauw. Als je een goed afgewogen advies wilt krijgen, moet je een breed samengestelde commissie formeren. Anders dreig je te blijven steken in eenzijdige beschouwingen, die bij de

politiek en in de samenleving op onvoldoende draagvlak kunnen rekenen. Hetzelfde geldt overigens voor de samenstelling van beraadsgroepen. Zo viel me vorig jaar bij de toetsing van een conceptadvies in de Beraadsgroep Voeding op dat de toxicologische invalshoek daar vrijwel geheel ontbrak. Dat gaf aanleiding tot een heel vreemde discussie, waarbij commissie en beraadsgroep totaal niet op één lijn bleken te zitten. Een toxicoloog in die beraadsgroep is volgens mij geen overbodige luxe. Toen de Voedingsraad in 1996 terugkwam bij de Gezondheidsraad – en als Beraadsgroep Voeding verder ging – heb ik al op dit manco gewezen.

Tot nu toe hebben we vooral gesproken over Nederlandse regelingen. Maar in andere Europese landen gebeurt ook het nodige, onder meer op het gebied van arbeidshygiënische normstelling. Wordt er internationaal voldoende samengewerkt?

Goed dat u dit onderwerp aansnijdt, want dat ligt me na aan het hart. Samenwerking is binnen de Europese Unie natuurlijk een toverwoord. Maar nationale tradities en belangen blijken bij arbeidshygiënische kwesties veel gewicht in de schaal te leggen. Toch zijn er ook enkele veelbelovende ontwikkelingen. Een prachtig voorbeeld is de ‘internationale’ Gezondheidsraadcommissie die de gezondheidkundige onderbouwing van zo’n tweehonderd bestaande MAC-waarden onder de loep heeft genomen. Opmerkelijk was wel dat de animo van buitenlandse instanties om een bijdrage te leveren aan deze commissie nogal varieerde. De NEG (Nordic Expert Group) toonde zich enthousiast en ook landen als Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten deden actief mee, terwijl bijvoorbeeld de SCOEL (Scientific Committee for Occupational Exposure Limits, een in Luxemburg gevestigd adviesorgaan van de Europese Commissie) de boot afhield.

Hoe kan de internationale samenwerking beter uit de verf komen?

Het zou zo gek nog niet zijn om de werkwijze van de Gezondheidsraad, mede gezien de ervaringen van de zojuist ge-

noemde internationale commissie, ruimere bekendheid buiten de landsgrenzen te geven. De raad bezit een fantastische formule, die zich prima leent voor de export. Wel dient de aanzet bescheiden te zijn, waarbij naar mijn idee aan twee voorwaarden moet worden voldaan. Je zult een alliantie moeten aangaan met een buitenlandse zusterorganisatie die qua visie en werkwijze relatief dicht bij je staat. De NEG lijkt me hier een goede kandidaat. En er moet structureel voldoende menskracht beschikbaar zijn om zo'n samenwerkingsverband op te zetten, gestalte te geven en aan de man te brengen. Zonder adequate financiële ondersteuning is elk samenwerkingsinitiatief namelijk tot mislukking gedoemd. Op termijn mag je dan hopen dat steeds meer landen en instanties de waarde van zo'n werkwijze gaan inzien en daadwerkelijk gaan meedoen.

Een mooie strategische tip. Hebt u met het oog op de toekomst nog andere adviezen aan de Gezondheidsraad?

Eén ding wil ik nog wel opmerken en dat betreft de voortgaande wetenschappelijke ontwikkelingen. Via moleculair-biologisch onderzoek komen we steeds meer te weten over de manier waarop stoffen de gezondheid kunnen schaden en over blootstelling-effectrelaties op moleculair niveau. Ook de statistische technieken worden steeds verfijnder. De Gezondheidsraad heeft aan deze ontwikkelingen diverse adviezen gewijd. Belangrijk is dat zulke nieuwe inzichten hun weg vinden naar de praktijk van het toxiciteitonderzoek en de afleiding van advieswaarden. Dat zal wel geruime tijd in beslag nemen, omdat voor velen de protocol-toxicologische richtlijnen van internationale organisaties als de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) heilig zijn. Geen misverstand: de richtlijnen van de OESO waren en zijn nog steeds uitermate belangrijk. Maar nieuwere inzichten en voortschrijdende ontwikkelingen maken een meer op de vraagstelling toegesneden aanpak gewenst. Het steeds weer en op allerlei wijzen onder de aandacht brengen van de voordelen van zo'n aanpak is bij de Gezondheidsraad in goede handen.



De presidiumcommissie van de Gezondheidsraad telt elf leden. Ten eerste zijn dat de voorzitter en twee vice-voorzitters die de dagelijkse leiding hebben over het advieswerk van de raad. In de presidiumcommissie laten deze drie zich bij belangrijke inhoudelijke en strategische vragen adviseren door de vice-voorzitters van de acht beraadsgroepen van de raad. In de vorige *Graadmeter* werd één van deze acht beraadsgroep-vice-voorzitters geïnterviewd. In volgende nummers komt ook het werk van de overige beraadsgroepen in beeld.

Gezondheidsraad gastheer van Europese ethiekcommissies

Op uitnodiging van de Gezondheidsraad werd op 21 en 22 december 2004, in het Amsterdamse Trippenhuis (KNAW), het vierde forum gehouden van voorzitters van nationale ethiekcommissies in landen van de Europese Unie. De bijeenkomsten van dit NEC-Forum worden steeds gehouden in het land dat op dat moment voorzitter is van de Europese Unie. Doel is de uitwisseling en bespreking van onderwerpen van gezamenlijk belang. Er waren in Amsterdam commissies uit 23 EU-lidstaten vertegenwoordigd. Alleen uit Estland en Cyprus was niemand gekomen.

Dr WJ Dondorp is secretaris van de Beraadsgroep Gezondheidsethiek & -recht van de Gezondheidsraad.

NEC-Forum en EGE

Als Europees uitwisselingsplatform van nationale ethiekcommissies heeft het NEC-Forum een heel ander karakter dan de al langer bestaande European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE). De EGE is een door de voorzitter van de Europese Commissie ingestelde groep van deskundigen die de EC gevraagd of ongevraagd adviseert over ethische aspecten van wetenschap en technologie, in relatie tot Europese wetgeving of Europees beleid. Mevrouw De Beaufort, hoogleraar Medische Ethiek in Rotterdam en lid van de Gezondheidsraad, is op dit moment het enige Nederlandse lid van die groep. Waar dus de EGE de Europese overheid adviseert, bestaat het NEC-Forum uit commissies die elk in hun eigen land de nationale overheid van advies dienen.

Omdat ook de instelling van het NEC-Forum een initiatief is van de Europese Commissie, ontstond in het afgelopen jaar toch behoefte aan een nadere bepaling van de verhouding tussen beide lichamen en hun respectievelijke taken en verantwoordelijkheden. De Gezondheidsraad heeft daaraan kunnen bijdragen door, op de

eerste dag van het Amsterdamse programma, een gezamenlijke bijeenkomst van de EGE en het NEC-Forum te bewerkstelligen. De EGE is bezig met de voorbereiding van een advies over *Ethical aspects of ICT implants in the human body* en was bereid een al voor 21 december geplande hoorzitting over dat onderwerp voor de gelegenheid niet in Brussel, maar in Amsterdam te houden, zodat ook de leden van het NEC-Forum daaraan konden deelnemen. Aansluitend aan die bijeenkomst werden de aanwezigen het er snel over eens dat de activiteiten van beide groepen als complementair moeten worden gezien. Afsproken werd te zoeken naar mogelijkheden om de synergie tussen de EGE en het NEC-Forum nog te versterken.

ICT-implantaten en ethiek

Bij de EGE-hoorzitting gaf de Belgische neurochirurg Brotchi (Universiteit Luik) een overzicht van de stand van de wetenschap op het gebied van diepe hersenstimulatie bij Parkinson-patiënten en bij patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis. De voorzitter van de Nederlandse Parkinsonvereniging, Hoogendoorn, zette uiteen dat de mogelijkheid dat diepe hersenstimulatie ook ongewenste effecten heeft (deels van psychologische aard: depressie, suicide) de beslissing om de ingreep wel of niet te ondergaan voor patiënten uiterst lastig maakt. Zorgvuldige *informed consent* en *counseling* zijn dan ook belangrijke voorwaarden.

Mevrouw Nsanze van het EGE secretariaat gaf een fascinerend overzicht van wat er verder aan ICT-implantaten op de markt of in ontwikkeling is. Voorbeelden: chips voor identificatie en *tracking* van personen; een *female orgasm implant* met afstandsbediening; een hersenchip als kunstmatige hippocampus voor geheugenherstel en -verbetering; corticale implantaten bij blinden. De Amerikaanse filosoof Moor (Dartmouth College, New Hampshire) ging nader in op de vele filosofische en morele vragen die door dergelijke ontwikkelingen worden opgeroepen. Maakt het in moreel opzicht een verschil als ICT onderhuids gaat? Hoe houdbaar is het onderscheid tussen therapie en *enhancement*? Wat zijn de uitdagingen of

bedreigingen voor privacy, autonomie, rechtvaardigheid? Wat betekent de mogelijkheid mensen door ICT-implantaten te ‘verbeteren’ voor ons begrip van wat de menselijke natuur is of zou moeten zijn?

Ethische aspecten van kosten-utiliteitsanalyse

Op voorstel van de Gezondheidsraad was als hoofdthema voor de bijeenkomst van het NEC-Forum gekozen voor: *Ethical aspects of Cost Utility Analysis*. De Gezondheidsraad heeft zich al eerder met dat thema bezig gehouden. Het was voorwerp van een uitvoerige achtergrondstudie bij het advies *Contouren van het basispakket* (2003). In die achtergrondstudie wordt geconcludeerd dat aan de methode van kosten-utiliteitsanalyse (KUA) zoveel - ook morele - haken en ogen zitten dat hij als instrument voor de beoordeling van de doelmatigheid van zorgvoorzieningen slechts beperkt houvast kan bieden. De reden om het onderwerp in deze internationale bijeenkomst te agenderen, was dat die beperkingen door beleidsmakers vaak onvoldoende lijken te worden onderkend. In zijn uitnodigingsbrief onderstreepte Gezondheidsraadvoorzitter Knottnerus dat het zaak is een realistisch beeld te krijgen van de rol die KUA kan spelen in een moreel aanvaardbare procedure voor verdelingsbeslissingen en ook van de implicaties die dat heeft voor op dit gebied te verrichten onderzoek.

Beide sprekers, de Britse gezondheidseconoom Dolan (Sheffield en Princeton) en de Nederlandse HTA-deskundige Van der Wilt, waren het er over eens dat de standaardbenadering van KUA te kort schiet. Maar terwijl Dolan pleitte voor een op belangrijke punten aangepast model, verwachtte Van der Wilt niet dat de geconstateerde problemen daarmee zouden kunnen worden opgelost. Met de door hem als alternatief bepleite besluitvormingsprocedure (*participatory planning*) is in ons land ervaring opgedaan bij de invoering van cochleaire implantaten bij doof geboren kinderen.

Dat het hier niet om een academisch debat gaat, werd door Dolan en Van der Wilt geïllustreerd met de rol van het National

Institute for Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk. Op grond van de aanbevelingen van het NICE komen voorzieningen wel of niet voor vergoeding in de National Health Service (NHS) in aanmerking. Het NICE baseert zich daarbij in belangrijke mate op KUA uitkomsten. Elders wordt de Britse benadering als model gezien. In de discussie kreeg de stelling bijval dat het tijd wordt de vragen op dit gebied meer nadrukkelijk ook in Europees verband aan de orde te stellen.

Beoordeling van medisch-wetenschappelijk onderzoek

Op verzoek van het bureau van de Europese Commissie was een deel van de bijeenkomst gewijd aan de relatie tussen nationale en lokale ethiekcommissies bij de beoordeling van wetenschappelijk onderzoek met mensen. Onder leiding van de voorzitter van de Slowaakse Nationale Ethiek Commissie, Glasa, werd een inventarisatieronde gehouden. In veel landen bestaat weinig zicht op het aantal commissies dat op lokaal niveau bij de beoordeling van onderzoeksprotocollen betrokken is, op hun samenstelling en op hun manier van werken. Er zijn daar geen institutionele verbanden tussen commissies op nationaal en lokaal niveau. Elders hebben nationale ethiekcommissies behalve een adviestaak ook een rol bij het beoordelen van specifieke categorieën van medisch-wetenschappelijk onderzoek. Het Nederlandse model, waarin de Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO) belangrijke bevoegdheden heeft in de sfeer van accreditatie, supervisie, beroep en registratie, werd kort toegelicht door de secretaris van de CCMO, Kenter. Er was daarvoor veel belangstelling. De uitkomsten van de inventarisatie zullen worden besproken in een eind januari 2005 in Brussel te houden Europese conferentie over dit onderwerp.

Verdere uitwisseling

Het slot van de bijeenkomst was gewijd aan discussie in kleinere groepen over operationele aspecten van het werk van nationale ethiekcommissies. Hoe om te gaan met de pers? Moeten ethiekcommissies wel of juist niet streven naar op consensus gebaseerde adviezen? Moeten ze zich beperken tot het opstellen van gevraagde adviezen, of is een meer proactieve rol gewenst? De open uitwisseling van visies en ervaringen, waaraan nu voor de tweede keer ook door vertegenwoordigers van commissies uit de nieuwe EU-lidstaten kon worden deelgenomen, is het primaire doel van de bijeenkomsten van het NEC-Forum. De Amsterdamse bijeenkomst was ook wat dat betreft zeker een succes.

In 2005 zullen forumbijeenkomsten worden georganiseerd door het Luxemburgse Comité Consultatif National d'Éthique en de Britse Nuffield Council. Een inmiddels onvermijdelijke vraag is wel of het allemaal niet wat veel wordt. Een deel van de commissies was in november 2004 ook vertegenwoordigd op een vergelijkbare bijeenkomst in Australië (zie het vorige nummer van *Graadmeter*), terwijl in april 2005 al weer de tweejaarlijkse conferentie van nationale ethiekcommissies in landen van de Raad van Europa (COMETH) voor de deur staat.

Congres in Baltimore over bloedtransfusie

KG De AABB (voorheen de *American Association of Blood Banks*) houdt jaarlijks een groot congres over bloedtransfusie. In 2004 vond het congres plaats in Baltimore, van 23 tot 26 oktober 2004. De voordrachten en postersessies waren georganiseerd volgens zogenoemde *tracks*. Voor de Gezondheidsraad zijn de technisch/klinische en de wetenschappelijke *track* het meest van belang. Hier volgt een verslag van een aantal van de besproken onderwerpen.

West Nile virus

In 1999 werd het West Nile virus in het oosten van de Verenigde Staten geïntroduceerd. Het virus wordt overgedragen via muskieten en vooral vogels vormen het reservoir. De ziekte kan ook worden overgedragen op mensen. Doordat ook dan de overdracht via muskieten plaatsvindt, ligt de piek in het aantal zieken in de zomermaanden. Besmetting leidt bij ongeveer 20 procent van de geïnfekteerde mensen tot ziekte, met verschijnselen die doen denken aan griep. Bij ongeveer 1 procent van de geïnfekteerden treden ernstige neurologische complicaties op die de dood tot gevolg kunnen hebben of tot blijvende verlamming kunnen leiden. In de Verenigde Staten verspreidde het virus zich snel en het aantal zieken steeg fors: in de periode van 1999 tot 2001 waren er 149 zieken en 7 sterfgevallen, in 2002 4156 zieken en 284 sterfgevallen, en in 2003 9862 zieken en 264 sterfgevallen.

Het West Nile virus bleek ook overdraagbaar via bloedtransfusie en orgaantransplantatie. Nadat in 2002 door bloedtransfusie 23 patiënten met het virus waren besmet en er zeven hiervan aan de gevolgen overleden heeft de Amerikaanse Food and Drug Administration aangeraden donorbloed met een DNA-techniek op het West Nile virus te testen. Standaard worden de donaties vóór

het testen samengevoegd, maar bij een toenemend vóórkomen van het virus gaat men over op testen van iedere donatie apart. In 2003 is overdracht van het virus via bloedtransfusie nog zes keer gedocumenteerd. In de vier gevallen die men kon onderzoeken lag de hoeveelheid virus in het bloed van de donor onder de detectiegrens van de techniek.

In 2004 lijkt het aantal zieken in de Verenigde Staten duidelijk lager uit te komen dan in 2003: tot 30 september 2004 zijn 1818 zieken gemeld waarvan er 59 zijn overleden. Het is onduidelijk hoe het beeld zich de komende jaren zal ontwikkelen. In Nederland hebben de weinige patiënten die tot nu toe door een infectie met het West Nile virus ziek zijn geworden het virus tijdens een vakantie in het buitenland opgelopen.

Variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob

Tijdens dit congres was er – in ieder geval vóór de schermen – betrekkelijk weinig aandacht voor de variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (vCJ). Dit was zeker gezien de (hoogstwaarschijnlijke) overdracht van vCJ via bloedtransfusie bij twee patiënten in het Verenigd Koninkrijk opmerkelijk te noemen. Die overdracht werd overigens door verschillende sprekers wel als verontrustend betiteld. Van optimistische schattingen over het totaal aantal te verwachten slachtoffers, zoals door sommigen geuit tijdens het in 2002 gehouden zeventwintigste congres van de International Society of Blood Transfusion (zie *Graadmeter* 2002, nummer 5) was nu in ieder geval geen sprake.

Tijdens dat congres werd ook gesproken over analyse van *erythroid differentiation-related factor* (EDRF) als surrogaatstest op vCJ. Men neemt soms zijn toevlucht tot een surrogaatstest bij te grote ongevoeligheid van testen voor een ziekmakend agens, in dit geval het afwijkende prion-eiwit. Eerder bleek de surrogaatstest op DNA van EDRF bij grotere aantallen patiënten toch niet te werken. Of de test op eiwitniveau wel werkzaam is zou nog worden uitgezocht.

Complicaties na bloedtransfusie

Twee relatief vaak voorkomende oorzaken van complicaties na bloedtransfusie zijn bacteriële contaminatie van bloedproducten, vooral van bloedplaatjes, en *transfusion related acute lung injury* (TRALI).

Eén van de mogelijkheden om bacteriële contaminatie terug te dringen, is het inzetten van een bacteriekweek op bloedplaatjes. Verschillende sprekers presenteerden hiervan de eerste resultaten. Een van de moeilijkheden hierbij is de beperkte houdbaarheid van bloedplaatjes, die het onmogelijk maakt de kweekresultaten af te wachten voordat de plaatjes aan de patiënt worden toegediend. In Nederland verstrekt de stichting Sanquin Bloedvoorziening, verantwoordelijk voor de bloedtransfusie, bloedplaatjesconcentraten dan ook met het label *negative-to-date*. Soms blijken bloedplaatjes die al aan de patiënt zijn toegediend later in de kweek nog positief. Uit de gepresenteerde resultaten voor Nederland bleek dat dit bij 181 patiënten was voorgekomen. Bij geen van deze patiënten had deze transfusie gedocumenteerde klinische gevolgen. De techniek kent ook beperkingen: drie patiënten die een plaatjesconcentraat ontvingen met een negatieve kweek ontwikkelden een sepsis.

Het onderzoek naar TRALI is nog niet zo ver ontwikkeld. Men is het nu eens over een goed te hanteren definitie, waardoor klinisch onderzoek beter kan plaatsvinden. Ook wordt er gewerkt aan proefdiermodellen.



Van 1 februari tot 11 april 2005 is in de centrale ruimtes en gangen van de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek werk te zien van Nellie de Mulder. Deze kunstenaar uit het Gelderse Wamel maakt materiepanelen, waarbij ze zich onder meer laat inspireren door grottekeningen en archaische handschriften. De drie panelen op de foto zijn elk 24 cm breed en 122 cm hoog. In de vitrines is ook viltwerk van Nellie de Mulder te zien.

Gezondheidszorg

Rust geen remedie voor chronische vermoeidheid

MdW Patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS), ook wel bekend als ME, lijden aan een aandoening die niet algemeen als zodanig wordt erkend. In een advies dat op 25 januari 2005 verscheen, wil de Gezondheidsraad een einde maken aan die controverse. De raad noemt CVS een ernstig invaliderende aandoening. De precieze oorzaken ervan zijn nog niet bekend, maar vaststaat dat het gaat om een samenspel van lichamelijke en psychosociale factoren. De beste behandeling is niet totale rust, maar een geleidelijke opbouw van lichamelijke activiteit. Cognitieve gedragstherapie kan daarbij helpen.

De publicatie *Het chronische-vermoeidheidssyndroom* (2005/2) is te downloaden van de website van de Gezondheidsraad (www.gr.nl) en – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de raad. Zie rubriek 'Verschenen'.

Nederland telt naar schatting tussen de dertig- en veertigduizend patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS). Ruim driekwart van hen is vrouw. CVS- patiënten voelen zich voortdurend moe en uitgeput en hebben daarbij ook allerlei andere lichamelijke klachten. Hun werk valt hen vaak te zwaar, evenals hun sociale leven. CVS is een controversiële aandoening. Zowel binnen als buiten de medische wereld zijn er mensen die wel en mensen die niet in het bestaan ervan geloven. Dat heeft onder meer tot grote meningsverschillen geleid over het vermogen van CVS-patiënten om arbeid te verrichten en daarmee over het recht op een uitkering.

Er is nog weinig bekend over het ontstaan en de oorzaken van CVS. Eenvoudige diagnostische tests zijn er niet. Voor de Gezondheidsraad staat vast dat CVS niet is af te doen als een ziekte die louter psychische oorzaken heeft. CVS is één van de vele syndromen met lichamelijk onverklaarde klachten, waartoe bijvoorbeeld ook fibromyalgie en het prikkelbaredarmsyndroom behoren. Het klachtenpatroon bij deze aandoeningen duidt op een ontregeling van regelsystemen of van de communicatie tussen regelsystemen. De ontregeling lijkt terug te voeren op eenzelfde grondpatroon: een langdurige en ernstige verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en belasting.

Moeheid is in het algemeen een signaal om het kalmer aan te doen, maar totale rust doet de conditie geen goed en houdt de klachten uiteindelijk in stand. ‘Rust roest’ is daarom de rode draad in het beleid bij vermoeidheidsklachten. CVS-patiënten moeten het advies krijgen te doen wat ze nog kunnen, zo nodig na aanpassing van werk(tijden) in overleg met de bedrijfsarts. Verder blijkt cognitieve gedragstherapie een effectieve behandeling te zijn. Patiënten leren hun mogelijkheden optimaal te benutten en hun lichamelijke activiteit geleidelijk op te bouwen met als doel herstel van functioneren en werkhervatting.

Voor een adequate zorgverlening is uitbreiding van de behandelcapaciteit nodig. Cognitieve gedragstherapie bij CVS is alleen structureel beschikbaar in Nijmegen, maar daar staan ruim driehonderd patiënten op de wachtlijst. Er zouden meer centra gevormd moeten worden die zich speciaal op CVS richten of meer in het algemeen op onderzoek en behandeling van stressgebonden aandoeningen.

De kennis over CVS vertoont grote hiaten. De zoektocht naar één specifieke oorzaak van CVS is niet vruchtbaar gebleken en zal vermoedelijk ook in de toekomst niet leiden tot een verklaring van het scala van symptomen en verschijnselen. Een daadwerkelijke vergroting van het inzicht in de oorzaken en de behandeling van CVS vergt een multidisciplinaire aanpak.

Samenstelling commissie:

dr E Borst-Eilers, oud-minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Bilthoven, *voorzitter*
 prof. dr JM Bensing, hoogleraar gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht; directeur NIVEL Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
 prof. dr G Bleijenberg, hoogleraar medische psychologie; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
 dr CF Dagnelie, huisarts, Rotterdam, docent huisartsgeneeskunde; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 prof. dr MHW Frings-Dresen, hoogleraar arbeid en gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 prof. dr JJ Heijnen, hoogleraar psychoneuroimmunologie, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 dr AM van Hemert, psychiater en epidemioloog, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag
 prof. dr B van Houdenhove, hoogleraar psychiatrie, Universitaire

Ziekenhuizen Leuven
 dr H Kroneman, medisch adviseur UWV, Amsterdam
 prof. dr SJW Lamberts, hoogleraar inwendige geneeskunde, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar inwendige geneeskunde, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
 dr B Terluin, huisarts, Almere; wetenschappelijk medewerker huisartsgeneeskunde, VU Medisch Centrum, Amsterdam
 drs PC Groeneveld, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Den Haag, *adviseur*
 drs IMJ Pieters, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, *adviseur*
 dr YA van Duivenboden, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
 S Levent, Gezondheidsraad, Den Haag, *projectassistent*

Sterkere eerstelijnszorg in Europa goed voor kwaliteit en doelmatigheid

Wie in Nederland een gezondheidsprobleem krijgt, neemt om te beginnen contact op met een eerstelijns hulpverlener, meestal een huisarts, maar soms ook een verpleegkundige of fysiotherapeut. Die verwijst dan eventueel door. In andere Europese landen kan de route van hulpvraag naar hulp heel anders zijn, met een minder prominente rol voor de eerste lijn. Welke invloed heeft de eerstelijnszorg op de kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg? En in welke richting zou de Europese eerstelijnszorg zich moeten ontwikkelen? Een sterke eerstelijnszorg blijkt gunstig. Die in Europees verband verder uitbouwen is dan ook aan te bevelen. Dit stelt de Gezondheidsraad in een advies dat op 16 december 2004 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Op dit moment zijn er grote verschillen tussen Europese landen in de organisatie van de gezondheidszorg buiten de ziekenhuizen. Zo zijn in veel landen lang niet alle patiënten ingeschreven bij een huisarts. Het beschikbare internationaal vergelijkend onderzoek laat zien dat een sterke eerstelijnszorg samengaat met een effectievere en doelmatiger gezondheidszorg. De eerstelijns hulpverleners zorgen ervoor dat patiënten terechtkomen bij de juiste specialisten. Ze bewaken ook de continuïteit. En ze stimuleren door hun gidsfunctie en *evidence-based* protocollen een doelmatiger gebruik van zorg.

Deze wetenschappelijke kennis over de gunstige rol van de eerste lijn kan goed benut worden nu de zorgsystemen in Europa de komende jaren naar elkaar toe zullen groeien. Alle landen worden geconfronteerd met zaken als vergrijzing, nieuwe technologieën, een mondige bevolking en financiële beperkingen. Het ligt voor de hand dat gezocht zal worden naar overeenkomstige oplossingen. In dat kader is versterking van de eerstelijnszorg een belangrijk aandachtspunt.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad. Dr JND de Neeling werkt er als secretaris.

De publicatie *European primary care* (2004/20E) is te downloaden van de website van de Gezondheidsraad (www.gr.nl) en – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de raad. Zie rubriek 'Verschenen'.

Het verdient dan ook aanbeveling om op korte termijn een Europees forum op te richten om de eerstelijnszorg verder te ontwikkelen. De Gezondheidsraad ziet veel in teams en netwerken van eerstelijns zorgverleners die verantwoordelijk zijn voor alle mensen in een gebied. Op die manier kan de gidsfunctie van de eerste lijn optimaal benut worden. Uiteraard is nauwe samenwerking met andere sectoren in de gezondheidszorg, zoals preventie en arbeidsgerelateerde zorg, van groot belang. Voor alle landen, dus ook voor Nederland, geldt dat de capaciteit moet meegroeien met de toename van het aantal chronisch zieken en ouderen.

Samenstelling commissie:

- | | |
|---|---|
| prof. dr JA Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht; voorzitter | prof. dr B Meyboom-de Jong, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde; Rijksuniversiteit Groningen |
| drs I van Bennekom, directeur Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht | prof. dr RAB Oostendorp, wetenschappelijk directeur Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort; hoogleraar paramedische zorg, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen |
| prof. dr EKA van Doorslaer, hoogleraar gezondheidseconomie; Erasmus Universiteit Rotterdam | dr AHj van de Rijdt-van de Ven, management consultant; Eindhoven |
| prof. dr CMA Frederiks, emeritus hoogleraar verplegingswetenschap; Enkhuizen | prof. dr AH Schene, hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam |
| prof. dr PP Groenewegen, hoofd onderzoeksafdeling, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht | prof. dr C van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen |
| prof. dr FM Haaijer-Ruskamp, hoogleraar geneesmiddelengebruikstudies; Rijksuniversiteit Groningen | prof. mr FCB van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht; Universiteit Maastricht |
| prof. dr RA Hira Sing, hoogleraar jeugdgezondheidszorg; Vrije Universiteit, Amsterdam | prof. dr JW Wladimiroff, emeritus hoogleraar verloskunde en gynaecologie; Erasmus Universiteit Rotterdam |
| dr JBF Hutten; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, adviseur | dr JND de Neeling; Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| prof. dr JM de Maeseneer, hoogleraar huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg; Universiteit Gent | |

Minister steunt aanbeveling voor onderzoek naar screening op type 2 diabetes

Op 13 september 2004 is het advies *Screening op type 2 diabetes* door prof. dr M de Visser, vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, aangeboden aan minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op 1 november van het zelfde jaar ontving de Gezondheidsraad de reactie op het advies.

Dr PMM Beemsterboer is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Diabetes, ofwel suikerziekte, is één van de belangrijke bedreigingen van de volksgezondheid van deze tijd. Het aantal geregistreerde patiënten in Nederland is in tien jaar bijna verdubbeld tot circa een half miljoen. Dat aantal neemt alleen al door de vergrijzing fors toe, maar ook de stijging onder jonge mensen is zorgwekkend. Veel mensen weten niet dat zij diabetes hebben. Diabetes is een ernstige chronische ziekte die vaak wordt onderschat. Als tijdige diagnostiek, adequate leefstijl en goede behandeling uitblijven, krijgen velen vroeg of laat te maken met ernstige complicaties. Dat kunnen zijn: hart- en vaatziekten, blindheid, aantasting van de nieren en van het zenuwstelsel. Mensen met diabetes hebben een grotere kans om vroegtijdig te overlijden dan gezonde leeftijdgenoten. Bij mannen is die kans ongeveer tweemaal groter en bij vrouwen zelfs nog groter.

De Gezondheidsraad concludeert in het advies dat screening op diabetes in de algemene bevolking op dit moment nog niet aangegeven is, omdat de kosten en de baten daarvan wetenschappelijk nog niet zijn aangetoond. Dat geldt ook voor het invoeren van screening op diabetes bij risicogroepen.

De minister schrijft dat hij, conform het advies van de Gezondheidsraad, daarom op dit moment geen voorbereidingen zal treffen voor de invoering van een landelijke screening op diabetes.

De Gezondheidsraad veronderstelt dat screening op diabetes wel gezondheidswinst kan opleveren. Het staat immers vast dat diabetes een goed te behandelen ziekte is. De raad acht het aannemelijk dat de prognose beter is naarmate de diagnose vroeger wordt gesteld. De raad adviseert de minister daarom om spoedig een vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van screening te laten uitvoeren, liefst onder mensen met overgewicht. In het advies levert de raad een handreiking voor een onderzoeksopzet.

De minister denkt dat het door de raad voorgestelde onderzoek zou kunnen passen in het Preventieprogramma van ZonMw. Wanneer ZonMw inderdaad besluit om onderzoek naar de kosteneffectiviteit van screening op diabetes te laten doen, dan is de minister bereid om hiervoor een eenmalige financiële impuls te leveren van maximaal 500.000,- euro. Op basis van de resultaten van eventueel nader onderzoek zal hij te zijner tijd screening op diabetes heroverwegen en daarvoor indien nodig de Gezondheidsraad opnieuw consulteren.

Voeding

Geen alcohol is de veiligste optie bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding

Moeten zwangere en zogende vrouwen helemaal geen alcohol drinken of kan een enkel glas geen kwaad? De adviezen verschillen nogal eens. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat de enige veilige optie is: niet drinken. Ook voorafgaand aan de conceptie is niet drinken, ditmaal door beide partners, de enige keuze die schadelijke effecten uitsluit. Na de conceptie kan alcoholgebruik door de man de vrucht uiteraard niet meer schaden. Voor zwangere en zogende vrouwen ligt dat anders. Alcohol in het bloed bereikt via de placenta het ongeboren kind. Via borstvoeding kan de baby ook alcohol binnenkrijgen. In beide gevallen kunnen al bij matig gebruik negatieve effecten optreden. Vrouwen doen er dan ook goed aan af te zien van alcohol tot ze stoppen met borstvoeding. Dat schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 27 januari 2005 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

Het advies *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding* (2004/22) is te downloaden van de website van de Gezondheidsraad (www.gr.nl) en – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de raad. Zie rubriek 'Verschonen'.

Wat zijn de effecten van matig alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding? De grote hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek levert het volgende beeld op.

Er zijn aanwijzingen dat een vrouw die één standaard horecaglas alcoholhoudende drank per dag drinkt al verminderd vruchtbaar kan zijn. Ook kan dit het risico van een miskraam verhogen. Alcoholgebruik door de man, voorafgaand aan de conceptie, speelt mogelijk ook een rol. Hoe meer er door beide partners gedronken wordt, hoe sterker de effecten lijken te zijn. Niet drinken door beiden vanaf het moment dat de vrouw zwanger probeert te raken sluit deze risico's uit.

Is de zwangerschap eenmaal vastgesteld, dan heeft het alcoholgebruik van de man uiteraard geen invloed meer op de vrucht. Voor vrouwen ligt dat anders. Onderzoek wijst erop dat al bij één standaard horecaglas per dag het risico van miskramen en

vroeggeboorte toeneemt. Ook kan deze hoeveelheid de latere psychomotorische ontwikkeling van het kind ongunstig beïnvloeden.

Het risico van deze en andere effecten neemt toe naarmate een zwangere vrouw meer alcohol drinkt. Dit principe geldt als ze gemiddeld meer alcohol binnen krijgt, maar ook als ze af en toe bij één gelegenheid veel drinkt. Bij twee tot zes glazen per dag loopt een kind later mogelijk meer kans op alcoholverslaving. Zes glazen per dag tijdens de zwangerschap kan leiden tot ernstige aangeboren afwijkingen, zoals het Foetaal Alcohol Syndroom. FAS-kinderen vertonen groei-afwijkingen, hersenletsel en afwijkende gelaatstreken.

Wat zegt wetenschappelijk onderzoek over het effect van alcohol op kinderen die borstvoeding krijgen? Ze blijken aanzienlijk minder te drinken in de drie uur nadat hun moeder een of twee standaard horecaglazen alcoholhoudende drank heeft gedronken. Ook kan een verstoord slaap-waakpatroon optreden.

Al deze onderzoeksresultaten wijzen erop dat een veilige ondergrens niet te geven is. Effecten bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding kunnen al optreden door kleine hoeveelheden alcohol. Niet drinken is de enige veilige optie.

Die boodschap moet in alle vormen van voorlichting dan ook de kern zijn, vindt de Gezondheidsraad. Daarbij kan toegelicht worden dat iedere vermindering van alcoholgebruik de risico's vermindert. Dat geldt voor het gemiddelde gebruik, maar zeker ook voor incidentele uitschieters. Tijdens de periode dat borstvoeding wordt gegeven moet na één glas alcoholhoudende drank drie uur gewacht worden met voeden of kolven voor latere voedingen. Elk glas meer verlengt die tijd met drie uur. Eenduidigheid in de voorlichting is van groot belang. De voorlichting moet eenvoudig zijn en geen angst oproepen, maar aangeven hoe het gedrag kan worden aangepast.

Samenstelling commissie:

prof. dr JH Kok, hoogleraar neonatologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; *voorzitter*

dr AH Blankenstein, huisarts; Vrije Universiteit, Amsterdam

dr B Boon, gezondheidswetenschapper; *tot en met juli 2004*: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Woerden; *vanaf augustus 2004*: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO), Rotterdam

dr S Buitendijk, reproductie-epidemioloog; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

SB van Ginneken, teamleider alcohol; directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*

prof. dr JP Holm, hoogleraar gyneacologie en verloskunde; Academisch Ziekenhuis Groningen

AM van Huis, verloskundige; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

prof. dr D Lindhout, kinderarts en hoogleraar Medische Genetica; Universitair Medisch Centrum, Utrecht

prof. dr GJ Mulder, hoogleraar toxicologie; Universiteit Leiden

dr AH Piersma, reproductietoxicoloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

prof. dr EG Schouten, hoogleraar epidemiologie en preventie; Wageningen Universiteit

dr ir CJK Spaaij; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Milieu

Nieuwe test om mutagene stoffen te identificeren nuttige aanvulling op de huidige standaard

Een nieuw type test is ontwikkeld om te onderzoeken of blootstelling aan chemische stoffen het DNA kan veranderen. De nieuwe tests maken gebruik van muizen en ratten met zogeheten reporter genen, die door genetische modificatie zijn ingebracht. Treden daarin door blootstelling veranderingen op, dan is de stof in kwestie mutageen. In dat geval kan de stof ook schadelijk zijn voor mensen. Mutageniteit wijst namelijk op kankerverwekkendheid. Het is echter nog te vroeg voor routinematige toepassing van deze tests. Wel kunnen ze in gevallen waarin de bestaande mutageniteitstests geen uitsluitsel geven soms waardevol zijn. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 24 januari 2005 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De tests met reporter genen zijn op dit moment geen volwaardig alternatief voor bestaande mutageniteitstests. Daarvoor is de uitvoering nog te weinig gestandaardiseerd. Juist consistentie in de uitvoering is van belang als een test routinematig wordt toegepast. Alleen dan zijn de uitkomsten betrouwbaar en reproduceerbaar, en kunnen ze aanleiding zijn voor maatregelen om mensen te beschermen.

Wel vormen de tests in principe een nuttige aanvulling op de huidige standaardtests, met name door hun flexibiliteit. Die helpt bij het vergaren van aanvullende informatie over eventuele mutagene eigenschappen, en daarmee over schadelijkheid voor mensen. De test kan namelijk aangepast worden aan wat al bekend is over de toxiciteit van een stof. Omdat bijna alle organen en celtypen in de proefdieren onderzocht kunnen worden, kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een specifiek orgaan. Dat verkleint dan weer de kans dat de stof als niet mutageen uit de test komt, terwijl hij wel degelijk mutaties kan veroorzaken.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Mutageniteitstests met reporter genen bij dieren* (2005/1) is te downloaden van de website van de Gezondheidsraad (www.gr.nl) en – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de raad. Zie rubriek 'Verschenen'.

Verdere standaardisering, ook bij deze flexibele toepassing, zou bij voorkeur internationaal uitgewerkt moeten worden, in OESO-verband. Aanzetten daarvoor zijn al gegeven. Ook de WHO bereidt een rapport voor over deze testsystemen.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|---|
| dr GMH Swaen, epidemioloog; Universitair Medisch Centrum, Maastricht; <i>voorzitter</i> (tot 1 september 2004) | dr PC Noordam; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; <i>adviseur</i> (tot 9 februari 2004) |
| prof. dr ir AA van Zeeland, hoogleraar moleculaire stralingsdosimetrie en stralingsmutagenese; Leids Universitair Medisch Centrum; (vanaf 1 februari 2004, als <i>voorzitter</i> sinds 1 september 2004) | dr H te Riele, moleculair bioloog; Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam |
| dr PJ Boogaard, toxicoloog; Shell International BV, Den Haag | dr H Roelfzema; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; <i>adviseur</i> |
| drs HC Dreef - van der Meulen, toxicologisch patholoog; NV Organon, Oss | prof. dr W Slob, hoogleraar kwantitatieve risico-beoordeling; Universiteit Utrecht |
| prof. dr VJ Feron, emeritus hoogleraar biologische toxicologie; Zeist; (tot 19 februari 2004) | prof. dr ALM Verbeek, hoogleraar klinische epidemiologie; Radboud Universiteit Nijmegen |
| prof. dr H van Loveren, hoogleraar immunotoxicologie; Universiteit Maastricht, tevens Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; (vanaf 14 november 2003) | prof. dr EJJ van Zoelen, hoogleraar celbiologie; Radboud Universiteit Nijmegen |
| prof. dr GR Mohn, hoogleraar cellulaire mutatie-genetica; Leids Universitair Medisch Centrum; (tot 1 januari 2004) | dr JA van Zorge; Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Den Haag; <i>adviseur</i> |
| prof. dr GJ Mulder, hoogleraar toxicologie; Leiden/Amsterdam Center for Drug Research, Leiden | dr ir PW van Vliet; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i> |
| dr MJM Nivard, moleculair bioloog en genetisch toxicoloog; Leids Universitair Medisch Centrum | |

Geen reden tot bezorgdheid om mobiel bellende kinderen

MdW Op 11 januari 2005 heeft de Engelse National Radiological Protection Board (NRPB) het rapport *Mobiele telefoons en gezondheid 2004* uitgebracht. De berichtgeving hierover in de media zorgde voor een hernieuwde publieke belangstelling voor de vraag of het gebruik van mobiele telefoons negatieve gevolgen voor de gezondheid kan hebben, met name voor kinderen. In een briefadvies aan de staatssecretaris van VROM geeft de Gezondheidsraad een reactie van zijn commissie Elektromagnetische velden op het Engelse rapport.

Veel van de conclusies in het Engelse rapport waren al te vinden in eerdere adviezen van de Gezondheidsraad. GSM-telefoons zijn de afgelopen jaren alom in gebruik geraakt. Deze periode is te kort om al iets te kunnen zeggen over eventuele gezondheidseffecten op de lange termijn. Mogelijk verschillen mensen in hun gevoeligheid voor de elektromagnetische velden waaraan zij bij mobiel bellen worden blootgesteld, maar wetenschappelijke bewijzen hiervoor zijn er niet. Ook zou het kunnen zijn dat kinderen gevoeliger zijn dan volwassenen, onder meer omdat hun zenuwstelsel nog in ontwikkeling is. Ook hierover kan de wetenschap op dit moment echter geen uitsluitsel geven. Zowel de NRPB als de Gezondheidsraad ondersteunen de aanbevelingen van de WHO om meer onderzoek te doen naar mogelijke effecten bij kinderen.

Bij de huidige stand van wetenschap trekt de Gezondheidsraad een andere conclusie dan de Britse NRPB. De auteurs van het Engelse rapport schrijven: 'Bij gebrek aan nieuwe wetenschappelijke gegevens blijft de aanbeveling in het Stewart rapport om het gebruik van mobiele telefoons door kinderen te beperken een geschikte voorzorgsmaatregel.' De Gezondheidsraad echter stelt:

Dit briefadvies is te downloaden van de website van de Gezondheidsraad (www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschonen'.

'De Gezondheidsraad heeft in het advies *Mobiele telefoons; een gezondheidskundige analyse* uit 2002 aangegeven dat er, op grond van de gegevens over de ontwikkeling van het hoofd en de hersenen bij kinderen, geen reden is om te veronderstellen dat er vanaf een leeftijd van circa twee jaar nog belangrijke verschillen zijn in vergelijking met volwassenen. Een in juni 2004 door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) georganiseerd congres over kinderen en blootstelling aan elektromagnetische velden kwam tot dezelfde conclusie. Naar het oordeel van de Gezondheidsraad zijn er op dit moment geen wetenschappelijke gegevens waaruit blijkt dat het gebruik van mobiele telefoons door kinderen boven de leeftijd van twee jaar schadelijk is voor hun gezondheid.'

Arbeidsomstandigheden

Openbare conceptrapporten herevaluatie oude MAC-waarden

Op verzoek van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid beoordeelt de Commissie Herevaluatie Oude MAC-waarden van de Gezondheidsraad ongeveer tweehonderd oude grenswaarden voor beroepsmatige blootstelling aan chemische stoffen. Deze grenswaarden (MAC: Maximale Aanvaarde Concentratie) zijn in het verleden rechtstreeks overgenomen van buitenlandse instanties.

Dr C Bouwman en drs JTJ Stouten zijn beiden secretaris bij de Gezondheidsraad.

In elk afzonderlijk geval tracht de commissie een gezondheidkundige advieswaarde vast te stellen aan de hand van de beschikbare toxicologische gegevens. Zij formuleert haar bevindingen in eerste instantie in openbare conceptrapporten die voor commentaar worden aangeboden aan de Subcommissie MAC-waarden van de Sociaal-Economische Raad en aan deskundigen van werknemers- en werkgeversorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen, binnen een termijn van acht weken na het verschijnen van het persbericht, commentaar leveren. De definitieve rapporten van de commissie worden aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, waarna deze overgaat tot het vaststellen van wettelijke grenswaarden.

Op 21 december 2004 heeft de commissie conceptrapporten openbaar gemaakt over de gezondheidsrisico's van beroepsmatige blootstelling aan:

- bromine
- calcium oxide
- diboron trioxide
- difenyl ether
- 6,6'-di-tert-butyl-4,4'-thiodi-m-cresol
- ethyleen dinitraat
- mierenzuur
- glycerol trinitraat
- hydroxypropyl acrylaat
- 2,2'-iminodiethanol
- tributyl fosfaat

Voor vijf van de hierboven genoemde stoffen heeft de commissie reeds eerder conceptrapporten gepubliceerd. Commentaar en/of nieuwe gegevens hebben de commissie ertoe gebracht gewijzigde gezondheidkundige advieswaarden voor te stellen. De commentaartermijn voor deze – in het Engels gestelde – conceptrapporten eindigt op 21 februari 2005.

Installatie commissie ‘Interventiewaarden stoffen’

Bij incidenten met gevaarlijke stoffen is het zaak om zo snel mogelijk een risicobeoordeling te maken. Zo'n beoordeling houdt onder meer een afweging in tussen de risico's van blootstelling van mensen aan die stoffen en de risico's van de te nemen maatregelen. Interventiewaarden voor rampenbestrijding bij blootstelling aan gevaarlijke stoffen zijn bedoeld om richting te geven aan de direct te nemen maatregelen. Voor 288 stoffen zijn inmiddels interventiewaarden opgesteld voor drie niveaus van blootstelling: de voorlichtingsrichtwaarde (VRW), de alarmeringsgrenswaarde (AGW) en de levensbedreigende waarde (LBW).

Drs JW Dogger is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De voormalige minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer heeft – mede namens de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – aan de Gezondheidsraad gevraagd een beoordeling te geven van de methodiek die voor de afleiding van interventiewaarden is gebruikt. Daarnaast vraagt hij de raad om ook in te gaan op een afweging tussen enerzijds de ongewenste nadelige gevolgen van blootstelling aan gevaarlijke stoffen en anderzijds de nadelige gevolgen van de te nemen maatregelen, zoals evacuatie van de bevolking.

Op 23 november 2004 installeerde vice-voorzitter De Visser van de Gezondheidsraad de commissie die zich gaat bezighouden met een beoordeling van de interventiewaarden. Hierin hebben zitting:

dr F. Woudenberg, psycholoog; GGD Rotterdam en omstreken; *voorzitter* D Arentsen; Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding (NIBRA), Arnhem
 dr ir J Arts, toxicoloog; TNO Voeding, Zeist
 dr C van der Bogaard; Ministerie voor Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Den Haag; *adviseur*
 dr PJ Boogaard, toxicoloog; Shell, Den Haag
 dr K Gerritse; Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag; *adviseur*
 dr S Kezic, arbeidstoxicoloog; Coronel Instituut, Universiteit van Amsterdam
 ir J de Knijff, techniekfilosoof; Rijswijk

prof. dr GJ Mulder, toxicoloog; Universiteit Leiden en Gorlaeus Laboratoria Leiden
 drs SMW van Rossenberg, biotechnoloog; GHOR Rijnmond, Rotterdam
 dr MWMM Ruijten; RIVM, toxicoloog/epidemioloog; *adviseur*
 dr I de Vries, internist/toxicoloog; RIVM, afdeling Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC), Bilthoven
 dr J van Wijnen, medisch milieukundige; GG&GD, Amsterdam
 prof dr FA de Wolff, toxicoloog; Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden
 drs JW Dogger; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

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

Gezondheidszorg

2004

Omstreden Herinneringen. 2004/02.
 Vaccinatie tegen kinkhoest. 2004/04.
 Antivirale middelen bij een griepandemie; gebruik bij schaarste. 2004/05.
 Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. 2004/06.
 Screenen op chlamydia. 2004/07.
 Bewaartermijn patiëntengegevens. 2004/08.
 Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. 2004/10.
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2004 _ Gezondheidsraad. 2004/12.
 Screening op type 2 diabetes. 2004/16.
 Emergeng zoonoses / Opduikende zoönosen. 2004/18.
 Kunstmatige ondersteuning bij leverfalen. 2004/19.
 European primary care. 2004/20E.

2005

Het chronische-vermoeidheidssyndroom. 2005/02.

Voeding

2004

Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen. 2004/11.
 Isomaltulose. 2004/01VNV.
 Lycopene/Lycopene. 2004/02VNV.
 Nonisap (2). 2004/03VNV.
 Nonisap (3). 2004/04VNV.
 Chiazaad. 2004/05VNV.

2005

Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. 2004/22.

Milieu

2004

Elektromagnetische velden. 2004/01.
 Natuur en gezondheid. Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden. 2004/09.
 TNO-onderzoek naar effecten van GSM- en UMTS-signalen op welbevinden en cognitie. Beoordeling en aanbevelingen voor nader onderzoek. 2004/13.
 Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid. 2004/14.

Risico van bodemverontreiniging voor de mens: bodem-onderzoek, modellen en normen. 2004/15.

2005

Mutageniteitstests met reporter genen bij dieren/The use of reporter genes for mutagenicity testing in animals. 2005/01.
 Briefadvies Mobiele telefoons en gezondheid. 2005/03.

Arbeidsomstandigheden

2004

Nitrogen dioxide; Health-based recommended occupational exposure limit. 2004/01OSH.
 Wheat and other cereal flour dusts; An approach for evaluating health effects from occupational exposure. 2004/02OSH.
 Herevaluatie van oude mac-waarden: Ammonium chloride (fume); Benomyl; Benzenethiol; Calcium hydroxide; 2-Chloroacetophenone; (2-Chlorobenzylidene) malononitrile; 2-Chlorotoluene; Cyclohexene; 2,6-Di-tert-butyl-p-cresol; Iron salts, water-soluble; Methyl acetate; 4-Methylpent-3-en-2-one; Nicotine; Oxalic acid; Pentan-3-one; Perhydro-1,3,5-trinitro-1,3,5-triazine; Pindone; Potassium hydroxide; Strychnine; Warfarin. 2000/15OSH/093-1 t/m 2000/15OSH/112-1.
 Herevaluatie van oude mac-waarden: Acetic acid; Carbon tetrabromide; 1-Chloro-1-nitropropane; Cyanogen chloride; Dibutyl hydrogen phosphate; 1,1-Dichloro-1-nitroethane; Disulphur dichloride; Ethanethiol; Ethyldimethylamine; Isopropylamine; Magnesium oxide (fume); Nitroethane; Nitrogen trifluoride; Oxygen trifluoride; Propyl nitrate; Propyne; Propyne-allene mixture (MAPP gas); Tantalum; Tetraethyl orthosilicate; Tetramethyl orthosilicate. 2000/15OSH/113-1 t/m 2000/15OSH/132-1.
 Tetrachloroethylene (PER) - 2; Health-based recommended occupational exposure limit for short-term exposure. 2004/03OSH.
 Bleomycin; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/04OSH.
 Mitomycin C; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/05OSH.
 Nitrogen Mustard (hydrochloride); Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/06OSH.
 Methylchloride; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2004/

10OSH.

Cyclohexanol; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2004/09OSH.

Ethylmethanesulphonate; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2004/08OSH.

Isopropylmethanesulphonate; Evaluation of the effects on

reproduction, recommendation for classification. 2004/07OSH.

Herevaluatie van oude mac-waarden: Cyanamide/calcium cyanamide; Liquefide Petroleum GAS (LPG), propane, butane; 3-Nitrotoluene; Pentan-2-one; Prop-2-yn-1-ol; Pyrethrum (pyrethrins); Sucrose; Sulphuryl difluoride; Zinc distearate. 2000/15OSH/133 t/m 2000/15OSH/142.

GRAADMETER # 1
JAARGANG 21
JANUARI / FEBRUARI 2005

Redactie

M van Leeuwen (hoofdredacteur),
MMHE van den Berg, W Bosman,
ASAM van der Burght, M de Waal
(eindredacteur), K Groeneveld

Secretariaat/opmaak

M Javanmardi, J van Kan

Basisvormgeving

Noortje Hoppe, Rotterdam

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

Adres redactie en
abbonementen

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

ISSN 0169-5211