

G r A A D M E T E R # 4 Een tijd van evalueren ³; Infectieziekten: altijd een hete kwestie ⁴; De regering over de raad ¹¹; Archiefonderzoek door derden ¹⁴/ Gezondheidszorg ¹⁵: Gericht immuniseren tegen tetanus bij verwonding ¹⁶; Risico's van legionellabacterie kunnen verminderd worden ¹⁸; Andere aanpak van hepatitis B-vaccinatie bij kinderen nodig ²⁰; Pneumokokkenprik alleen voor kwetsbare zieke volwassenen ²³; Diabetes mellitus ²⁵; Neonatale screening ²⁷; Commissie geïnstalleerd voor advies over de gevolgen van rampen ²⁸; Drie adviesaanvragen over besmettelijke ziekten ²⁹/ Voeding ³²: Congres over voedingsmiddelen met claims over gezondheidseffecten ³³; Voedingsvezel ³⁶; Voortzetting landelijke voedselconsumptiepeilingen ³⁷; Vervolgadvies over foliumzuur ³⁹/ Milieu ⁴⁰: Milieu en gezondheid: weten vraagt meer dan meten ⁴¹.

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, Natuurbeheer en Visserij. 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.

Een tijd van evalueren

Academici zijn er de afgelopen jaren aan gewend geraakt dat hun onderzoeks- en onderwijsprestaties periodiek tegen het licht worden gehouden. Ook het politieke bedrijf heeft toenemend te maken met de argusogen van controleurs. Het instrument van de parlementaire enquête wordt steeds vaker toegepast. De Algemene Rekenkamer velt jaarlijks een oordeel over het financiële reilen en zeilen van de ministeries. Toezichhoudende instanties volgen nauwlettend de bewegingen van verzelfstandigde diensten. Opvallend genoeg heeft de vijfde macht – die der adviseurs – zich echter lange tijd aan kritische blikken kunnen onttrekken. Met het van kracht worden van de *Kaderwet adviescolleges* in 1997 is daarin verandering gekomen. Voortaan moet het functioneren van adviescolleges elke vier jaar onder de loep worden genomen. Weliswaar berust die taak bij de colleges zelf, maar toch, de tijd van ongestoord doorgaan op de ingeslagen weg is voorbij. Vorig jaar voldeed de Gezondheidsraad met het uitbrengen van *De staat van dienst* aan deze Kaderwetverplichting. In dit nummer vindt u de reactie van de regering op de ‘zelfevaluatie’ van de raad.

De Gezondheidsraad heeft een mooi rapportcijfer gekregen van de regering. Soms mag de advisering wel eens wat vlotter verlopen, aldus de betrokken bewindslieden, maar over het geheel genomen zijn de adviezen gedegen en gezaghebbend en daardoor beleidsmatig bruikbaar. Dit is vanzelfsprekend een welkome boodschap, waar de raad prima mee vooruit kan. Minder welkom echter is de mededeling dat de bewindslieden zich het recht voorbehouden om niet op alle adviezen te reageren. In bepaalde gevallen biedt de Kaderwet die mogelijkheid inderdaad, maar zeker voor de Gezondheidsraad, met zijn grote aantal ad hoc-commissies, kan een politiek-bestuurlijke radiostilte negatief uitpakken: deskundigen zullen zich dan wel twee keer bedenken alvorens deel te nemen aan activiteiten van de raad. Evalueren is waardevol maar heeft alleen zin als reageren niet achterwege blijft.

Infectieziekten: altijd een hete kwestie

Gesprek met prof. dr Joop Huisman, nieuw erelid van de Gezondheidsraad

MdW Onlangs werd prof. dr Joop Huisman benoemd tot erelid van de Gezondheidsraad (zie ook *Graadmeter* 2003:2/3). In hoeveel commissies hij precies zitting had, heeft hij niet paraat. Vaststaat dat er de afgelopen vier decennia geen jaar voorbijging waarin hij niet in een of andere vorm aan het werk was voor de raad: als commissielid, als secretaris/rapporteur (tegenwoordig heet dat buitensecretaris), als lid van de Beraadsgroep Infectie en Immunititeit, of – ook op dit moment – als lid van de commissie Rijksvaccinatieprogramma. En dat alles deed hij tot aan zijn pensionering naast zijn drie reguliere betrekkingen: als hoofd van de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de Rotterdamse GG&GD, en als hoogleraar aan de Erasmus Universiteit in de Maasstad en aan de Technische Universiteit Delft. Huismans hoge tempo van werken en het staccato waarin hij daarover vertelt, combineren wonderwel met de vele klokken die tegen elkaar in tikken in zijn huiskamer. Uit de veelheid aan verhalen koos ik noodgedwongen de meest saillante.

De eerste commissie

‘In 1961 werd ik voor het eerst in een commissie van de Gezondheidsraad gevraagd. Dat was voor het advies *Salmonellose 1*. In die tijd had je in Nederland nog maar twee GGDen met een gemeentehygiënist, en ik was één van die hygiënisten. Salmonellose begon in de jaren zestig steeds vaker voor te komen. Dat had te maken met de opkomst van de bio-industrie. Er werden veevoederbestanddelen uit verre landen geïmporteerd, en daar zat salmonella in. Via het voer raakte de bacterie verspreid onder varkens en kippen, en kwam zo in het eten van de mensen terecht. We hebben onder leiding van toenmalig Gezondheidsraadvoorzitter dr Wester nog druk vergaderd of steriliseren van die veevoederbestanddelen en



optie was. Uiteindelijk hebben we daar niet voor geadviseerd: het leek ons technisch te moeilijk en te duur. Achteraf gezien is dat jammer. We hadden die besmettingen niet kunnen voorkomen, maar het proces wel belangrijk kunnen vertragen. Ook bij het advies *Salmonellose 2* konden we eigenlijk niet verder komen dan het stimuleren van pogingen om chemische decontaminatie van veevoeder te bevorderen. Verder spraken we ons vertrouwen uit in een hygiënische bedrijfsvoering en gaven voor het overige de huisvrouw de sleutel in handen. Die moest het voedsel niet laten besmetten op het aanrecht – wat veel gebeurt – en die moest het voldoende verhitten in de pan. Eigenlijk waren zulke conclusies natuurlijk een zwakgebod. We hadden salmonella liever eerder in de keten geweerd. Overigens is salmonellose wereldwijd een probleem. De Zweden en Denen slagen in hun strijd tegen voedselvergiftiging het beste. Zij fokken een deel van hun eigen varkens bacterievrij op. In de winkel zit op die karbonades een etiket met “salomonella-vrij”. Het kost wel wat meer, maar dat hebben ze er voor over. Bij ons is de situatie heel anders. Er leven in dit land meer varkens dan mensen. We wonen aan de mondingen van grote rivieren. En onze export is heilig. Wij móeten ons wel meer aantrekken van de landen om ons heen dan de Zweden en Denen. Op het gebied van voedselvergiftiging wint het economisch belang het bij ons van de volksgezondheid. Hoe begrijpelijk ook, toch beschouw ik het als een mislukking dat we als Gezondheidsraad niet in staat zijn geweest om dat tij te keren.’

Ziektes uitroeien

‘Successen hebben we gelukkig ook volop mee kunnen maken in de veertig jaar dat ik meeloop. Neem polio, ook daarover heeft de Gezondheidsraad meermalen geadviseerd. De laatste grote epidemie in Nederland vond plaats in 1956. Het jaar daarop zijn we kinderen massaal gaan inenten. Ik begon toen net bij de GGD in Rotterdam en heb meegeholpen om die vaccinatie te organiseren. Inmiddels circuleert het poliovirus niet

meer in Nederland. Als het nog wordt aangetroffen in monsters van rivier- of rioolwater is het steevast afkomstig uit het buitenland en betreft het altijd vaccinvirus. Ook niet-gevaccineerden krijgen in ons land geen polio meer. Ze worden door de anderen beschermd doordat die hen niet meer aan het virus blootstellen.

Overigens moet je altijd op je hoede blijven met besmettelijke ziekten die uitgebannen lijken. Kinkhoest bijvoorbeeld leek uitgeroeid, maar duikt nu weer op. Begin jaren zeventig zat ik in een commissie die adviseerde over de vraag of kinderen een herhalingsprik DKTP moesten krijgen. We besloten het aan de entgemeenschappen – artsen en verpleegsters in overleg met de ouders – over te laten. Hoe zo'n bacterie weer terug kan komen? Om te beginnen hebben we altijd gekozen voor een tamelijk zwak vaccin, vanwege de ernstige bijwerkingen die we bij zwaardere vaccins zagen. Bovendien zijn de bacteriestammen veranderd. Niemand weet wat de invloed is van importstammen. Wij denken dat er vooral sprake is van een natuurlijk proces waarbij de bacterie zich aanpast om zo beter te kunnen overleven. Nieuw is ook, dat veel meer jongvolwassenen de ziektekiemen dragen dan we ooit gedacht hebben. Zij hoesten niet kinkend en daardoor valt het bij hen minder op wanneer ze kinkhoest hebben.'

De dreiging van pokken opnieuw op de agenda

'Kinkhoest is niet het enige hoofdstuk dat afgesloten leek en toch weer heropend wordt. Op een andere manier maak ik die bevreemding ook mee met pokken. Ik ben ooit gepromoveerd op pokkenvaccinatie. Tot in de jaren zeventig was ik secretaris/rapporteur van de permanente Gezondheidsraadcommissie die de bijwerkingen van pokkenvaccinatie registreerde. We moesten advies uitbrengen over de afschaffing van de pokkenvaccinatie voor zuigelingen. In die tijd had ook de secretaris stemrecht. Toen we stemden over de afschaffing van deze vaccinatie – waar raadsvoorzitter dr Wester tegen was – gingen de stemmen gelijk

op. Ik moest als laatste de doorslaggevende stem uitbrengen en was vóór afschaffing. Dat heeft Wester me kwalijk genomen. Ik sta overigens nog steeds achter mijn stem van toen. Inmiddels is het onder infectiedeskundigen ook de algemene opinie geworden dat je nooit tegen een exotische ziekte iederéén moet gaan inenten.

Het bizarre is dat Nederland sinds de jaren zeventig pokkenvrij is, maar dat ik nu aan het eind van mijn carrière weer in twee commissies heb gezeten die over het pokkenvirus moesten adviseren. Dit keer echter in verband met de dreiging van bioterrorisme. Voormalig minister Borst had het RIVM de opdracht gegeven 16 miljoen doses van het pokkenvaccin te maken. Dan is de associatie: dat is er één voor elke Nederlander. Maar je moet in het algemeen zo lang mogelijk weg blijven van massavaccinatie. Pokkenvaccinatie geeft ook altijd aanleiding tot buitengewoon veel bijwerkingen. Met name de *encephalitis postvaccinalis* – dat is hersenontsteking na vaccinatie – is gevreesd en daarover heeft de raad in het verleden jarenlang geadviseerd. Bovendien zou je nu de complicatie krijgen dat er heel veel oudere mensen ingeënt zouden moeten worden, iets waar we geen ervaring mee hebben. Het is natuurlijk wat anders wanneer mensen daadwerkelijk blootgesteld zijn geweest aan het pokkenvirus. Dan heb je geen keus en moet je vaccineren. Maar wij als commissie hebben gezegd: de kans dat een terrorist in een sproevliegtuigje laag over Nederland gaat vliegen om iedereen met het pokkenvirus te besmetten, is buitengewoon klein. Dus vinden wij dat je moet mikken op het isoleren van eventuele besmette gevallen en op ringvaccinatie in hun sociale omgeving. Als overheid moet je weerstand kunnen bieden aan druk vanuit de bevolking. Burgers schrikken van de nieuwsberichten en willen dat iedereen een prik kan krijgen, maar ze hebben geen idee van de mogelijke bijwerkingen.’

Bezorgde ouders

‘Infectieziekten zijn voor mij al die jaren een machtig interessant terrein gebleven. Er gebeurt altijd wel wat, en het zijn vaak actuele kwesties waarover je moet adviseren. Mensen zijn in het algemeen heel gevoelig voor alles wat met infectieziekten te maken heeft. Wat ze doen met die bezorgdheid, verandert met de tijd. Begin jaren zeventig was het nog zo dat wanneer de dokter of de verpleegster ouders aanraadde om hun kind te laten inenten, ze dat gelijk deden. Tegenwoordig willen ouders hun kinderen minder laten inenten dan vroeger, en zijn ze beducht voor mogelijke bijwerkingen. Sommigen wantrouwen bovendien de informatie van de overheid. Dat heeft ermee te maken dat het RIVM als overheidsinstituut zelf de vaccins maakt die worden gebruikt. De verdenking van bijvoorbeeld de vereniging Kritisch Prikken is dat zo’n instituut als het RIVM – en in het verlengde daarvan de ambtenaren van het ministerie – niet al te kritisch zou zijn op eventuele nadelen van het eigen product. Als Gezondheidsraad heb je met zulke maatschappelijke bewegingen rekening te houden. Ouders kunnen tegenwoordig van het internet meer informatie halen dan wij in een advies kunnen zetten. Je moet je advies dus heel grondig onderbouwen en je daarbij steeds afvragen: hoe komt dit bij ouders over?’

De invloed van de Gezondheidsraad

‘Het commissiewerk voor de raad ben ik altijd leerzaam blijven vinden. Inhoudelijk natuurlijk, maar ook vanwege het proces waarin je met een groep deskundigen tot overeenstemming moet zien te komen. Veel hangt af van de voorzitter en van de secretaris: hoe goed zitten ze in de materie, hoe leiden ze het gezelschap... Betrouwbare ondersteuning van een secretaresse is goud waard, heb ik gemerkt toen ik zelf als secretaris-rapporteur optrad. Sommige commissies lopen vlot, andere stroef. Zelden wordt er met het mes op tafel gediscussieerd. Gelukkig maar, want ik ben zelf ook meer iemand van het poldermodel. De

meest stekelige vergaderingen die ik heb meegemaakt waren rond 1980 met de Commissie Longcarcinoom, die moest beslissen of de massascreening op tuberculose moest worden afgeschaft, dan wel moest worden gericht op de vroege opsporing van longkanker. De meesten van ons waren op statistische gronden voor afschaffing van zo'n screening: als je gevallen van longkanker op deze manier opspoort, is het toch bijna altijd te laat om zo'n leven te redden. De Groningse school verzetten zich echter met hand en tand tegen afschaffing van het massa-onderzoek. Daar kwamen emotionele factoren bij, en het maakte de vergaderingen niet altijd even aangenaam. Toch zijn we er, zelfs toen, uitgekomen zonder onze toevlucht te hoeven nemen tot een minderheidsnota in het advies. Voor mijn gevoel wordt een advies daar ook niet sterker van. Je kunt de discussiepunten natuurlijk bespreken in het advies, maar uiteindelijk moet je toch toe naar één geluid. Alleen dan kun je een praktisch effect van je advies verwachten. Ik denk dat er met de jaren steeds meer naar de Gezondheidsraad wordt geluisterd. Vroeger was er nooit een terugrapportage door de minister. Dan moest je maar afwachten of er in de praktijk wat met je advies gebeurde. Op de salmonella-adviezen van destijds hebben we nooit een reactie gehad, terwijl de minister er toch zelf om had gevraagd. Het is natuurlijk het goed recht van ministers om niets over een advies te zeggen, maar ik vind het een goede zaak dat ze tegenwoordig systematisch wat van zich laten horen.'

De regering over de raad

Vorig jaar publiceerde de Gezondheidsraad *De staat van dienst*, een evaluatie van het eigen functioneren die krachtens de *Kaderwet adviescolleges* elke vier jaar moet worden verricht. In deze eerste zelfevaluatie, die de jaren 1997 tot en met 2000 bestrijkt, lieten topambtenaren van de ministeries van VWS, VROM, SZW en LNV en de Presidiumcommissie hun licht schijnen over de procedures en producten van de Gezondheidsraad (zie *Graadmeter* september/oktober 2002, p. 4-5). Minister Hoogervorst van VWS zond, mede namens zijn collega's van de andere betrokken departementen, op 15 augustus j.l. een reactie op de evaluatierapportage aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

Drs EJ Schoten en drs JH Stegeman zijn respectievelijk secretaris en oud-secretaris bij de Gezondheidsraad.

Met instemming citeren de bewindslieden het samenvattend eindoordeel in *De staat van dienst*:

'De Raad wordt gezien als gezaghebbend, en men prijst de kwaliteit van de adviezen, hetgeen zowel voor de Raad als voor "het beleid" belangrijk is, omdat het naar verwachting kan bijdragen aan de implementatie van op Gezondheidsraadadviezen gebaseerde maatregelen.'

De kwaliteit van de adviezen, erkennen Hoogervorst en collega's, steunt in het algemeen op twee pijlers. Ten eerste is een Gezondheidsraadadvies 'diep': ter beantwoording van de voorgelegde vragen wordt een grondige literatuuranalyse gedaan. Ten tweede is zo'n advies vaak 'breed': er is niet alleen aandacht voor technisch-wetenschappelijke overwegingen, maar ook voor de maatschappelijke en politiek-bestuurlijke context waaraan zulke wetenschappelijke beschouwingen hun betekenis ontleenen. Commissies van de Gezondheidsraad zijn daarom als regel multidisciplinair samengesteld, een garantie dat vraagstukken van verschillende kanten worden belicht en dat een advies op een groot draagvlak kan rekenen. Deze formule 'moet in prin-

cipe worden aangehouden', aldus de bewindslieden. Anders gezegd, 'de Gezondheidsraad is er niet voor *quick and dirty*'.

Toch relativeren de bewindslieden deze laatste uitspraak in zoverre dat *quick* soms veel gewicht in de schaal legt. In dit opzicht laat de slagvaardigheid van de Gezondheidsraad naar hun mening wel eens te wensen over. Ook de raad zelf wees er in het evaluatierapport al op dat één van de kwaliteiten van een advies is dat het voor een opdrachtgever op tijd komt. Praktisch gesproken zal dit meestal neerkomen op versmalling van de voorgelegde vraagstelling. Hoogervorst en collega's beamen dat dan ook de departementen hun steentje moeten bijdragen. Zij zullen in sommige gevallen preciezer moeten aangeven waarover ze advies willen ontvangen. Aan de Gezondheidsraad vervolgens de uitdaging om werkvormen te ontwikkelen waarmee zich een kortere levertijd laat verwezenlijken, zonder dat de diepgang van advisering eronder te lijden heeft.

De bewindslieden juichen het toe dat de Gezondheidsraad binnen zijn commissies toenemend plaats inruimt voor inhoudsdeskundigen uit gedragswetenschappelijke hoek. Die verbreding van expertise vloeit mede voort uit beleidsmatige ontwikkelingen. Zo laat het ministerie van VWS weten steeds meer belang te stellen in adviezen over vraagstukken op het gebied van verpleging en verzorging. Bij de andere ministeries komen kwesties rond risicoperceptie steeds prominenter op de agenda te staan.

Ook stellen Hoogervorst en collega's het op prijs als de Gezondheidsraad strategisch blijft opereren. Om te beginnen is tijdige signalering van nieuwe ontwikkelingen onverminderd van belang. Bijstelling van bestaand of vorming van nieuw beleid kan dan vlotter en gericht totstandkomen. Actualisering van eerder uitgebrachte adviezen is soms eveneens welkom. Verder schrijven de bewindslieden veel te verwachten van het internationale netwerk dat de Gezondheidsraad in de loop der jaren opgebouwd heeft. Graag willen zij nader met de raad van gedachten wisselen over mogelijkheden om van de in dat netwerk

vervatte expertise te profiteren. Wel wordt de Gezondheidsraad uitgenodigd zijn eigen positie ten opzichte van andere adviescolleges, zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor Gezondheidsonderzoek, nog eens kritisch te bezien. Synergie tussen de colleges is overigens evengoed denkbaar, aldus de bewindslieden.

Archiefonderzoek door derden

MVL Soms willen wetenschappelijk onderzoekers gebruik maken van ‘interne’, niet-openbare, documenten bij de Gezondheidsraad. De voorzitter van de Gezondheidsraad staat in principe positief tegenover zulke verzoeken, mits is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- 1 het gaat om een advies dat ten minste vijf jaar geleden is uitgebracht. Dit om te voorkomen dat het onderzoeksproject kan interfereren met nog lopende beleidstrajecten naar aanleiding van de advisering.
- 2 de relevantie en kwaliteit van het onderzoeksprotocol (probleemstelling, methode, waarborg voor feitelijk correcte en zorgvuldige weergave van het adviesproces) zijn buiten twijfel.
- 3 aan de kwaliteit en de reputatie van de onderzoekers bestaat geen twijfel.
- 4 adequate afspraken kunnen worden gemaakt over anonimisering van en autorisatie door personele bronnen.
- 5 de betrokken commissieleden maken geen bezwaar tegen raadpleging van de documenten.

Wanneer wetenschappers de Gezondheidsraad toestemming vragen voor bronnenonderzoek is het mogelijk dat hen gevraagd wordt hun onderzoeksplannen te presenteren in een bijeenkomst met de (meest) betrokken commissiesecretarissen en een vertegenwoordiging van de leiding van de Gezondheidsraad. Een besluit tot medewerking wordt schriftelijk verleend.

Gezondheidszorg

Gericht immuniseren tegen tetanus bij verwonding

Wie een wond heeft die in contact is geweest met grond, bijvoorbeeld door een val buiten, kan met tetanussporen besmet zijn. Maar toedienen van een antistofpreparaat en/of tetanusvaccin is lang niet altijd nodig, en ook niet kosteneffectief. Alleen voor specifieke groepen is toedienen hiervan wel noodzakelijk. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 25 augustus 2003 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Immunisatie tegen tetanus bij verwonding* (2003/11) is elektronisch beschikbaar via www.gr.nl. Een papieren exemplaar is verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschijnen'.

Voor de volgende groepen adviseert de Gezondheidsraad om bij verwonding te behandelen om tetanus te voorkomen:

- personen voor wie vaccinatie langer dan tien jaar geleden is (één dosis vaccin toedienen)
- personen die niet of onvolledig zijn gevaccineerd (antistofpreparaat geven en volledige vaccinatierreeks laten doorlopen of vaccinatierreeks voltooiën)
- personen ouder dan 20 jaar die vermoedelijk gevaccineerd zijn (één dosis vaccin toedienen)
- vermoedelijk gevaccineerde mannen geboren voor 1936 en vermoedelijk gevaccineerde vrouwen geboren voor 1950 (antistofpreparaat en één dosis vaccin toedienen)
- personen met immuniteitsproblemen, zoals bijvoorbeeld mogelijk is bij HIV-infectie (antistofpreparaat geven en volledige vaccinatierreeks laten doorlopen).

Deze gerichte wijze van behandelen heeft een aantal voordelen. Ten eerste hebben minder patiënten last van pijn en stijfheid als gevolg van onnodige injecties. Een groot percentage van de Nederlandse bevolking is namelijk al voldoende beschermd. Dankzij het Rijksvaccinatieprogramma hebben veel mensen genoeg antistoffen tegen tetanus, zodat bij besmetting geen ziekteverschijnselen optreden.

Ten tweede is deze aanpak voor de gezondheidszorg als geheel kosteneffectiever. De Gezondheidsraad heeft daarbij als norm gebruikt dat niet meer dan één miljoen injecties gegeven worden om één ziektegeval te voorkomen. Met de voorgestelde aanpak wordt die norm niet overschreden, terwijl hij toch adequate bescherming tegen tetanus biedt.

Samenstelling commissie:

prof. dr JA Knottnerus; Gezondheidsraad, Den Haag,
voorzitter

prof. dr WJHM van den Bosch, hoogleraar huisarts-
geneeskunde; Katholieke Universiteit Nijmegen

prof. dr EHJM Claassen, hoogleraar cellulaire
immunologie; Erasmus MC, Rotterdam

dr MAE Conyn- van Spaendonck, hoofd afdeling
epidemiologie infectieziekten; Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

prof. dr RA Coutinho, hoogleraar epidemiologie en
bestrijding van infectieziekten; Universiteit van
Amsterdam

prof. dr J Desmyter, emeritus hoogleraar virologie;
Universiteit Leuven (België)

prof. dr JAA Hoogkamp-Korstanje, hoogleraar medische
microbiologie; Katholieke Universiteit Nijmegen

prof. dr J Huisman, emeritus hoogleraar epidemiologie en
bestrijding van infectieziekten; Rotterdam

prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar interne genees-
kunde; Katholieke Universiteit Nijmegen

prof. dr HJ Neijens, hoogleraar kindergeneeskunde;
Erasmus MC, Rotterdam

prof. dr J van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie;
Weesp

prof. dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus
MC, Rotterdam

Jl Paardekooper, hygiënist; Den Haag

prof. dr EJ Ruitenbergh, hoogleraar veterinaire
immunologie, Universiteit Utrecht

prof. dr HA Verbrugh, hoogleraar medische microbiologie;
Erasmus MC, Rotterdam

prof. dr M de Visser, vice-voorzitter Gezondheidsraad,
Den Haag

JK van Wijngaarden, arts; Inspectie voor de Gezondheids-
zorg; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport, Den Haag, *adviseur*

drs J Sekhuis, arts, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Risico's van legionellabacterie kunnen verminderd worden

De legionellabacterie, veroorzaker van de veteranenziekte, kan niet volledig geweerd worden uit leidingwatersystemen. De risico's kunnen echter wel verminderd worden. Veel winst voor Nederland valt te behalen door afspraken op Europees niveau, omdat de helft van de infecties van Nederlanders in het buitenland is opgelopen, en met name in Zuid-Europa. Ook een snellere diagnose en effectievere behandeling kunnen levens redden. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 29 juli 2003 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Bestrijding van legionella* (2003/12) is elektronisch beschikbaar via www.gr.nl en verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

In Nederland worden jaarlijks naar schatting achthonderd mensen met veteranenziekte in het ziekenhuis opgenomen. Van hen overlijden er vermoedelijk tachtig. Harde cijfers zijn er echter niet. De diagnose is lastig, de rapportage laat te wensen over en is bovendien afhankelijk van de actualiteit. Zo was het aantal meldingen na de gebeurtenissen in de West-Friese Flora in Bovenkarspel ruim vijf keer zo hoog als het jaar daarvoor.

Uitgaande van achthonderd ernstige infecties per jaar, voldoen de watervoorziening en het watergebruik in veel gevallen niet aan de geldende veiligheidsnormen. Risicoanalyses zullen dan ook moeten aangeven waar aanvullingen op en implementatie van de al uitgebreide regelgeving nodig zijn, zoals bij watervernevelling op grote evenementen, in woonhuizen of kleine bedrijven, of bij gesloten waterleidingsystemen op schepen en in boortorens. Desinfecterende middelen toevoegen aan ons drinkwater is volgens de Gezondheidsraad geen optie: dat heeft veel meer nadelen dan voordelen. We moeten het hebben van verantwoordelijk en alert beheer, zowel in Nederland als daarbuiten.

Daarnaast kan veel gewonnen worden door een betere diagnostiek. Zo adviseert de Gezondheidsraad om het gebruik van moleculair-biologische diagnostiek verder te stimuleren. Deze methode is namelijk snel en specifiek. Ook adviseert de raad bepaalde medicatie wanneer de diagnose gesteld is, en andere medicatie wanneer juist niet duidelijk is waardoor een ernstige longontsteking veroorzaakt wordt.

Ten slotte is nader onderzoek geboden. Dit kan nieuwe manieren van legionellabestrijding aan het licht brengen. Zo weten we nog niet precies wat het verband is tussen de aanwezigheid van de legionellabacterie in een bepaald systeem en het risico van ziekte. Niet iedereen die in aanraking komt met de bacterie wordt immers ziek. Ook moet bijvoorbeeld onderzocht worden in hoeverre watersamenstelling, materiaal van leidingen en patroon van watergebruik de vermeerdering van de legionellabacterie kunnen tegengaan.

Samenstelling commissie:

prof. dr E Briët, hoogleraar interne geneeskunde;
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, *voorzitter*
M Esveld; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport, Den Haag, *adviseur*
L Groen; Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke
ordening en Milieubeheer, Den Haag, *adviseur*
prof. dr JAA Hoogkamp-Korstanje, hoogleraar micro-
biologie; Universitair Medisch Centrum Nijmegen
prof. dr ir D van der Kooij, hoogleraar milieu-micro-
biologie (drinkwatervoorziening); KIWA NV,
Nieuwegein

dr J Kool (tot juni 2001); Rijksinstituut voor Volksge-
zondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven
WJH Scheffer; Vereniging van Nederlandse Installatie-
bedrijven (VNI), Zoetermeer
prof. dr P Speelman, hoogleraar infectieziekten; Acade-
misch Medisch Centrum, Amsterdam
dr A Voss, bacterioloog; Universitair Medisch Centrum
Nijmegen
JK van Wijngaarden, arts; Inspectie voor de Gezondheids-
zorg, Den Haag, *adviseur*
G Jambroes, arts; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Andere aanpak van hepatitis B-vaccinatie bij kinderen nodig

Kinderen van wie de moeder draagster is van het hepatitis B-virus moeten gevaccineerd worden in een apart programma met een actieve benadering van moeders en kinderen. In de huidige opzet, waarin de vaccinatie gekoppeld is aan het Rijksvaccinatieprogramma, wordt maar negentig procent van de in aanmerking komende kinderen gevaccineerd. Dat is onvoldoende. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 11 augustus 2003 werd uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Vaccinatie van kinderen tegen hepatitis B* (2003/14) is elektronisch beschikbaar via www.gr.nl, en verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Sinds 1 maart van dit jaar is de vaccinatie van kinderen van moeders die draagster zijn van het hepatitis B-virus officieel ondergebracht in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), ook al bestaat die koppeling in praktische zin al sinds 1989. De vaccinatiedoses en tijdstippen van toedienen zijn sinds 1 maart bovendien aangepast aan die van een nieuwe groep in het programma: kinderen van wie ten minste een van de ouders afkomstig is uit een land waar hepatitis B veel voorkomt. Beide groepen worden nu gevaccineerd op de leeftijd van twee, vier en elf maanden. Kinderen van virusdraagsters krijgen vlak na de geboorte ook nog een antistofpreparaat, vanwege het grote gevaar van infectie.

De staatssecretaris van VWS heeft de Gezondheidsraad gevraagd naar de wetenschappelijke rechtvaardiging van deze nieuwe aanpak voor de kinderen van hepatitis B-draagsters. Op grond van een inventarisatie van de wetenschappelijke kennis concludeert de raad dat er op dit moment geen wetenschappelijke onderbouwing te geven is voor het in maart geïntroduceerde schema. De raad adviseert een schema dat wel onderbouwd is.

Verder meent de raad dat blijvend aanhaken bij het Rijksvaccinatieprogramma ongewenst is. Vaccinatie van kinderen van virusdraagsters is namelijk niet alleen preventie, maar ook medische behandeling. Veel van deze kinderen zijn tijdens of vlak na de bevalling al geïnfecteerd. Het belang van een volledig bereik is dan ook groot. In de huidige situatie worden te veel kinderen echter niet bereikt of wordt het programma niet afgemaakt. Jaarlijks raken zo toch nog ongeveer honderd kinderen geïnfecteerd. Van hen worden er negentig drager van het virus, met mogelijk ernstige lichamelijke gevolgen, zoals chronische leverontsteking en leverkanker. Ook kan het virus weer doorgegeven worden. Dit alles brengt uiteraard hoge kosten met zich mee.

Dat de effectiviteit inderdaad nog omhoog kan, blijkt uit het Amsterdamse programma voor kinderen van virusdraagsters. Daar heeft de GGD vanaf het begin gekozen voor een andere opzet, los van het RVP. Deze actieve benadering leidt tot 97 procent gevaccineerde kinderen. Preventie en medische behandeling worden hier gecombineerd. Bovendien volgt men de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie om te vaccineren volgens een bewezen effectief schema bij nul, één en zes maanden, in plaats van bij twee, vier en elf maanden in het RVP. De Gezondheidsraad adviseert dan ook om na te gaan of implementatie van dat model elders in het land mogelijk is.

Samenstelling commissie:

prof. dr EJ Ruitenbergh, hoogleraar immunologie; Universitair Medisch Centrum Utrecht; hoogleraar internationale volksgezondheid; VU medisch centrum, Amsterdam, *voorzitter*
 A Ambler-Huiskes, arts maatschappij en gezondheid; Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, *adviseur*
 drs DJA Bolscher, jeugdarts; Stichting Provinciale Entadministratie Gelderland, Arnhem; Stichting Provinciale Entadministratie Overijssel-Flevoland, Ommen
 drs W Dol; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, *adviseur*
 prof. dr W van Eden, arts-microbioloog/hogleraar veterinaire immunologie; Universitair Medisch

Centrum Utrecht
 prof. dr R de Groot, hoogleraar kindergeneeskunde; Erasmus MC, Rotterdam
 prof. dr J Huisman, emeritus hoogleraar infectieziektenbestrijding, Rotterdam
 prof. dr JT van Oirschot, hoogleraar veterinaire vaccinologie; Universitair Medisch Centrum Utrecht, ID-Lelystad
 dr TGWM Paulussen, senior-onderzoeker gezondheidsbevordering; TNO PG, Leiden
 dr MJ Postma, gezondheidseconoom; Rijksuniversiteit Groningen
 prof. dr JJ Roord, hoogleraar kindergeneeskunde; VU medisch centrum, Amsterdam
 drs J Sekhuis, arts; Gezondheidsraad, Den Haag, *adviseur*

prof. dr SP Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; Leids Universitair Medisch Centrum
dr HP Verbrugge, jeugdarts; Santpoort
dr M Verweij, ethicus; Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht

drs ACG Voordouw, College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Den Haag, *adviseur*
dr HL Zaaijer, arts-microbioloog; VU medisch centrum, Amsterdam
dr H Houweling, arts-epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Pneumokokkenprik alleen voor kwetsbare zieke volwassenen

MdW Er zijn onvoldoende argumenten om meer groepen volwassen Nederlanders in te gaan enten tegen pneumokokken. Voor 65-plussers is de meerwaarde van vaccinatie niet aangetoond. Voor lijdende aan bepaalde ziekten is vaccinatie tegen pneumokokken wel van belang, maar dat was al bekend. Dit concludeert de Gezondheidsraad in een advies dat op 18 augustus 2003 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De publicatie *Vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen en risicogroepen* (2003/10) is elektronisch beschikbaar via www.gr.nl en verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschonen'.

Op dit moment vindt in Nederland op beperkte schaal vaccinatie tegen pneumokokken plaats. Bij volwassenen gaat het om mensen die een sterk verhoogd risico lopen op een pneumokokkeninfectie. Personen zonder milt bijvoorbeeld, en mensen met een verminderde afweer of met de ziekte van Hodgkin. Op verzoek van de minister van VWS onderzocht een commissie van de Gezondheidsraad of er wetenschappelijk gezien aanleiding is het aantal te vaccineren groepen volwassenen uit te breiden. Met name wilde de minister weten of het zinvol zou zijn de jaarlijkse griepvaccinatie voor 65-plussers aan te vullen met vaccinatie tegen pneumokokken.

Op verzoek van de Gezondheidsraad woog het Dutch Cochrane Centre het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied. Uit deze weging blijkt dat er op dit moment onvoldoende gegevens zijn die een ruimere indicatiestelling voor vaccinatie rechtvaardigen. Aan het advies dat de Gezondheidsraad in 1982 over dit onderwerp uitbracht, is weinig nieuws toe te voegen. Voor 65-plussers wijzen de huidige wetenschappelijke inzichten er niet op dat ze behalve tegen het griepvirus ook tegen pneumokokken zouden moeten worden ingeënt. Wel acht de Gezondheidsraad, gezien de geringe hoeveelheid bruikbare

onderzoeksgegevens, een op de Nederlandse situatie afgestemd vergelijkend onderzoek gewenst.

Voor mensen die aan bepaalde ziekten lijden, kan vaccinatie tegen pneumokokken wel van groot belang zijn. De Gezondheidsraadcommissie die het advies opstelde, doet drie typen aanbevelingen: Een harde aanbeveling tot vaccinatie geeft ze alleen voor die groepen waarin het sterfterisico zeer hoog is. Dit is het geval bij mensen zonder (functionerende) milt en bij personen die door schedelletsel kampen met lekkage van hersenvocht. Al deze mensen zouden tegen pneumokokken ingeënt moeten worden. Ook moeten ze altijd over antibiotica kunnen beschikken. Dan zijn er ziektebeelden waarbij vaccinatie tegen pneumokokken per patiënt overwogen zou moeten worden. Het gaat hier onder anderen om mensen met de ziekte van Hodgkin, met auto-immuunziekten of met nierziekten. Op grond van de nu beschikbare gegevens ziet de commissie geen aanleiding om vaccinatie aan te bevelen voor de diagnoses hypoen agammaglobulinemie, diabetes mellitus, chronische longziekten, en chronisch hartfalen. Voor een aantal van deze aandoeningen wordt nader onderzoek aanbevolen.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|--|
| prof. dr JA Knottnerus; Gezondheidsraad, Den Haag,
<i>voorzitter</i> | prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar interne geneeskunde; Katholieke Universiteit Nijmegen |
| prof. dr WJHM van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Katholieke Universiteit Nijmegen | prof. dr HJ Neijens, hoogleraar kindergeneeskunde; Erasmus MC, Rotterdam |
| prof. dr EHJHM Claassen, hoogleraar cellulaire immunologie; Erasmus MC, Rotterdam | prof. dr J van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie; Weesp |
| dr MAE Conyn- van Spaendonck, hoofd afdeling epidemiologie infectieziekten; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven | prof. dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus MC, Rotterdam |
| prof. dr RA Coutinho, hoogleraar epidemiologie en bestrijding van infectieziekten; Universiteit van Amsterdam | Jl Paardekooper, hygiënist; Den Haag |
| prof. dr J Desmyter, emeritus hoogleraar virologie; Universiteit Leuven (België) | prof. dr EJ Ruitenbergh, hoogleraar veterinaire immunologie, Universiteit Utrecht |
| prof. dr JAA Hoogkamp-Korstanje, hoogleraar medische microbiologie; Katholieke Universiteit Nijmegen | prof. dr HA Verbrugh, hoogleraar medische microbiologie; Erasmus MC, Rotterdam |
| prof. dr J Huisman, emeritus hoogleraar epidemiologie en bestrijding van infectieziekten; Rotterdam | prof. dr M de Visser, vice-voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag |
| | JK van Wijngaarden, arts; Inspectie voor de Gezondheidszorg; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| | drs J Sekhuis, arts, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Diabetes mellitus

Op 3 april 2003 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad van de staatssecretaris van VWS een adviesaanvraag over screening op diabetes. Uit het rapport *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen* blijkt dat diabetes een van de zes ziektes is die een hoge ziektelast met zich meebrengen, hoge ziektekosten en maatschappelijke kosten geven, en die veel en bovendien steeds vaker voorkomen. Ook de drie landelijke organisaties die bij diabetes mellitus betrokken zijn – de Nederlandse Diabetes Federatie, de Diabetesvereniging Nederland en het Diabetes Fonds – hebben op Werelddiabetesdag op 14 november 2002 aandacht gevraagd voor de sterke toename van de ziekte. Zij legden daarbij het accent op risicofactoren, op het probleem van onderdiagnostiek en op de mogelijkheden om complicaties uit te stellen en te voorkomen.

Dr PMM Beemsterboer is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Beleidsdoel van het kabinet voor de komende jaren is meer gezonde levensjaren voor iedereen. Daarom is het noodzakelijk om de toename van ziektelast, van onder andere diabetes, af te remmen. Dit kan bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat de incidentie en prevalentie van vooral diabetes mellitus type 2, alsmede van de complicaties van deze aandoening, afnemen. Een van de mogelijke instrumenten is het vroeg opsporen van diabetes.

In 1995 heeft de Gezondheidsraad een signalerend advies uitgebracht over screening op diabetes mellitus (1995/13, zie ook *Graadmeter* 1995/4). In dat advies werd vastgesteld dat er, gelet op de toen actuele stand van de wetenschap, onvoldoende basis was voor screening. Het was (nog) niet duidelijk of een vroege diagnose de prognose van diabetespatiënten verbeterde. Op basis van dat signalement is destijds geen screening op diabetes mellitus overwogen.

In de brief die ze in april van dit jaar aan de voorzitter van de Gezondheidsraad richtte, vraagt de staatssecretaris om een

actueel overzicht van de stand van wetenschap over vroegtijdige opsporing van diabetes mellitus type 2. De concrete vragen die zij de Gezondheidsraad stelt, volgen hieronder:

- Is een vroegtijdige opsporing van (de kans op) de aandoening mogelijk, zinvol en kosteneffectief? Bij de vraag naar het nut van screening gaat het onder meer om de verwachte verbetering in prognose bij vroegtijdige opsporing. Daarbij is de aanname dat voor opgespoorde patiënten ook daadwerkelijk een adequaat begeleidings- en behandeltraject beschikbaar is, gericht op gedragsverandering, medicatie en monitoring.
- Wat zijn de eventuele ongunstige effecten van de invoering van screening?
- Hoe zou vroegtijdige opsporing in het huidige systeem van zorg vorm kunnen krijgen?
- Is aan te geven welke inspanningen geleverd moeten worden om de aandoening in aantal (nieuwe) ziektegevallen te beperken en hieraan een indicatie van kosten toe te voegen per gewonnen levensjaar vrij van de aandoening.

Op 29 april 2003 installeerde vice-voorzitter De Visser van de Gezondheidsraad de Commissie Screening op Diabetes. De samenstelling van de commissie is als volgt:

prof. dr JBL Hoekstra, hoogleraar interne geneeskunde;
AMC, Amsterdam, *voorzitter*
dr C Baan, RIVM zorgonderzoek; *adviseur*
E Denis-Thissen, diabetesverpleegkundige; Academisch
Ziekenhuis Maastricht
prof. dr Y van der Graaf, hoogleraar klinische
epidemiologie; UMC, Utrecht
drs P Groeneveld; VWS, directie POG, *adviseur*
prof. dr RJ Heine, hoogleraar diabetologie; VU medisch
centrum, Amsterdam
dr HJ de Koning, arts-epidemioloog; Erasmus MC,

Rotterdam
prof. dr SW Lamberts, hoogleraar endocrinologie; Erasmus
MC, Rotterdam
dr A Mosterd, cardioloog; Meander MC, Amersfoort
dr A Mudde, internist; Slingeland ziekenhuis, Doetinchem
prof. dr GEHM Rutten, hoogleraar diabetologie in de
huisartsenpraktijk; UMC, Utrecht
prof. dr J Seidell, hoogleraar voeding en gezondheid; VU
medisch centrum, Amsterdam
dr PMM Beemsterboer; Gezondheidsraad; *secretaris*

Neonatale screening

MdW Op 12 augustus 2003 ontving de Gezondheidsraad een verzoek van VWS-staatssecretaris drs C Ross - Van Dorp om haar te adviseren over neonatale screening. Haar verzoek komt in reactie op de publicatie *Ethiek en Gezondheid 2003*, die op 16 mei van dit jaar is uitgebracht door de Gezondheidsraad. Hierin besteedde de Beraadsgroep Gezondheidsrecht en -ethiek aandacht aan het signalement *Workshop neonatale screening met behulp van massaspectrometrie*.

Uit het signalement wordt duidelijk dat het terrein van de neonatale screening volop in ontwikkeling is. Verbeteringen in de analysetechniek maken het mogelijk een groot aantal aandoeningen snel en betrouwbaar op te sporen. Dit zal kunnen leiden tot een aanzienlijke schaalvergroting van de hieprikscreening, waarbij ook het vaststellen van niet-behandelbare aandoeningen in beeld komt.

De staatssecretaris wil nu graag weten of de indertijd door de Gezondheidsraad opgestelde criteria voor screening, zoals weergegeven in *Erfelijkheid, wetenschap en maatschappij* en in *Genetische screening*, nog adequaat zijn. Ook vraagt ze of deze criteria voldoende concreet zijn voor toepassing op het neonatale screeningsprogramma. Verder wil ze weten op welke aandoeningen pasgeborenen onderzocht zouden kunnen worden, en welke ethische, juridische en maatschappelijke vragen hierbij een rol spelen.

Een belangrijk aandachtspunt bij de screeningscriteria vormt het begrip behandelbaarheid, waarover de Gezondheidsraad een apart advies zal uitbrengen. Als uitgangspunt bij dit tweede advies moet volgens de staatssecretaris gelden dat bij screening op onbehandelbare of niet te voorkomen aandoeningen grote terughoudendheid geboden is.

Commissie geïnstalleerd voor advies over de gevolgen van rampen

Op 16 juni 2003 installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad de commissie die zich gaat bezighouden met de gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn. Dit naar aanleiding van de adviesaanvraag die de raad op 22 november 2002 ontving van de staatssecretaris van VWS, drs. C Ross-van Dorp (zie ook *Graadmeter* 2003/1).

Mr dr CJ van de Klippe is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De laatste tien jaar hebben zich in Nederland enkele rampen voorgedaan die voor de getroffen en ingrijpende consequenties hebben gehad en nog steeds hebben. Vooral in de nasleep van de Bijlmerramp was er scherpe kritiek op het overheidsoptreden. De staatssecretaris vindt het belangrijk om te leren van ervaringen die – in Nederland en daarbuiten – met opvang en begeleiding na rampen zijn opgedaan, opdat gezondheidsklachten na rampen in de toekomst zoveel mogelijk kunnen worden beperkt.

Samenstelling commissie:

prof. dr WG van Aken, internist; <i>voorzitter</i>	Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
dr CJM van den Bogaard; Ministerie van VROM, <i>adviseur</i>	prof. dr GJ Mulder, toxicoloog; Leiden/Amsterdam
dr GA van Essen, huisarts; Juliuscentrum voor gezondheidswetenschappen en eerstelijns- geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht	Center for Drug Research, Leiden
prof. dr BPR Gersons, psychiater; Academisch Medisch Centrum Amsterdam	dr SA Reijneveld, epidemioloog, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
dr J Gutteling, psycholoog; Universiteit Twente, Enschede	prof. dr HGM Rooijmans, psychiater; Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag
dr JM Havenaar, psychiater; Altrecht, Utrecht	dr M de Vries, gezondheidswetenschapper; Stichting Impact, Amsterdam
dr RRR Huijsman-Rubingh; Ministerie van VWS, <i>adviseur</i>	dr J Withuis, historisch socioloog; Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie, Amsterdam
prof. dr RJ Kleber, klinisch psycholoog; Universiteit van Utrecht	dr F Woudenberg, psycholoog; GGD Rotterdam
dr ir E Lebret, milieu-epidemioloog; Rijksinstituut voor	mr dr CJ van de Klippe; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>

Drie adviesaanvragen over besmettelijke ziekten

MdW Op 7 juli 2003 heeft er overleg plaatsgevonden tussen de Gezondheidsraad en het ministerie van VWS over het werkprogramma 2003/2004 van de raad. Drie adviesaanvragen passeerden de revue:

- 1 antivirale middelen bij een griep pandemie;
- 2 dreiging van infectieziekten uit het veterinaire domein binnen Europa;
- 3 dreiging van (nog) onbekende ziekteverwekkers.

In een brief van 7 augustus 2003 verklaart VWS-minister Hoogervorst dat hij over deze drie thema's graag op korte termijn advies ontvangt. Over griep pandemie ontvangt de minister graag nog dit jaar advies, reden waarom hij op dit onderwerp uitvoerig ingaat in zijn brief. Het advies over de dreiging van infectieziekten uit het veterinaire domein ontvangt de minister graag in het voorjaar van 2004, dit in verband met het Nederlandse voorzitterschap van de Europese Unie. Het advies over dreigingen van (nog) onbekende ziekteverwekkers volgt dan in het najaar van 2004.

Griep pandemie

Binnen het ministerie van VWS worden al sinds enkele jaren voorbereidingen getroffen om de gevolgen van een griep pandemie zo goed mogelijk op te vangen. Bij een griep pandemie zullen veel meer slachtoffers vallen dan in een regulier griep seizoen het geval is. Dit komt in de eerste plaats doordat het virus een plotselinge verandering heeft doorgemaakt, waardoor het zich in korte tijd onder een grote populatie zal kunnen verspreiden. In de tweede plaats zal er géén of onvoldoende vaccin beschikbaar zijn om de bevolking tegen een besmetting met dit veranderde virus te kunnen beschermen.

Niemand kan voorspellen op welke wijze een grieppandemie zal verlopen. Het is daarom in de voorbereiding op een dergelijke calamiteit nuttig om te werken met scenario's. Met deze scenario's kan het effect van bijvoorbeeld de inzet van antivirale middelen worden ingeschat. In 2002 heeft het RIVM, in opdracht van VWS, al een scenariostudie 'grieppandemie' opgesteld. Hierin is gewerkt met een aantal aannames. De minister wil nu van de Gezondheidsraad weten welke aannames de raad adviseert. Hij vraagt:

- '1 Hoe lang duurt het voordat de pandemie Nederland bereikt heeft wanneer deze ergens ter wereld uitbreekt?
- 2 Hoelang duurt een pandemie?
- 3 Welk percentage van de bevolking zal ziek worden tijdens een grieppandemie?
- 4 Welk percentage van de mensen die ziek worden, zal moeten worden opgenomen in het ziekenhuis of zal overlijden aan de gevolgen van deze griep?
- 5 Op welke manier is het aantal zieken verdeeld in de tijd?
- 6 Verwacht u dat er nog tijdens een pandemie vaccins beschikbaar kan komen?

Ook vraagt de minister de raad om op basis van zijn aanbevelingen een aantal scenario's te schetsen en daarin globaal aan te geven welke beheersmaatregelen getroffen kunnen worden.

Antivirale middelen

De Gezondheidsraad heeft in het verleden al eens advies uitgebracht over antivirale middelen bij een grieppandemie. Inmiddels is er meer onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van zulke middelen. De minister stelt hierover de volgende vragen:

- '1 Wat is het verwachte effect van antivirale middelen op het voorkomen van secundaire complicaties en mortaliteit bij een grieppandemie?

- 2 Wat is het middel van eerste voorkeur bij een grieppandemie?
- 3 Is het op medisch inhoudelijke gronden zinvol om antivirale middelen in te zetten voor de bestrijding van de gevolgen van een grieppandemie?
- 4 Zijn er nieuwe middelen tegen griep in ontwikkeling? Zo ja, binnen welke termijn zullen deze beschikbaar komen?

Voeding

Congres over voedingsmiddelen met claims over gezondheidseffecten

Van 9 tot 11 april 2003 vond in Kopenhagen een congres plaats getiteld *New functional ingredients and foods*. Op dat moment had een commissie van de Gezondheidsraad al overeenstemming bereikt over de strekking van het op 10 juni uitgebrachte advies *Voedingsmiddelen en -supplementen met claims over gezondheidseffecten* (2003/09, 2003/09E). Het congres vormde een gelegenheid om deze standpunten te toetsen aan de ideeën van of gegevens waarover de aldaar aanwezige deskundigen beschikten. Mocht dit nieuwe inzichten of informatie opleveren, dan zou de commissie deze nog in het advies kunnen opnemen. Ondergetekende, secretaris van de commissie, ging erheen en stelde de plenaire sprekers een aantal – voor de commissie – cruciale vragen.

Gérard Pascal (directeur van het Franse Instituut voor Landbouwkundig Onderzoek – INRA) werd gevraagd naar het verschil tussen ziekterisicoreductie en ziektepreventie. Hij zei dat het een subtiel verschil is, waarover ook deskundigen binnen PASSCLAIM nog discussiëren.¹ Dat zelfs deze wetenschappers daarover nog enkele jaren moeten spreken, bevestigde het vermoeden van de Gezondheidsraadcommissie dat het onwaarschijnlijk is dat consumenten het verschil wél begrijpen. Volgens de commissie komt de steeds terugkerende discussie over het verschil tussen ziekterisicoreductie en ziektepreventie enkel voort uit het verbod op medische claims, waartoe ook die over ziektepreventie worden gerekend. Het is de vraag of er ooit discussie over die twee begrippen zou zijn ontstaan, als dat verbod er niet geweest was.

Nils-Georg Asp uit Lund is hoogleraar toegepaste voeding en directeur van de *Swedish Nutrition Foundation*. Aan hem de

Dr ir LTJ Pijls is secretaris bij de Gezondheidsraad.

¹ PASSCLAIM is een tot 2005 lopende *Concerted Action* gefinancierd door de Europese Unie en gecoördineerd door *International Life Science Institute (ILSI) Europe*.

vraag om uitleg te geven over de veelgehoorde definitie van een functioneel voedingsmiddel: *food with health effects beyond its nutritional value*. Is het effect – op het skelet – van met calcium verrijkte sinaasappelsap anders dan het effect van dezelfde hoeveelheid calcium zoals van nature aanwezig in melk? Is het één een functioneel voedingsmiddel en het ander niet? Is het niet zo dat deze voedingsmiddelen zich niet onderscheiden door de effecten die ze hebben, maar enkel door het feit dat ze vergezeld gaan van een claim over die effecten? Asp heeft deze visie van de commissie niet kunnen weerleggen.

Met Asp kwam ook het zogenoemde tweestapsmodel van claims ter sprake. Een voorbeeld daarvan is: ‘Vezel is nodig voor een goede stoelgang en kan obstipatie voorkomen. Dit product bevat veel vezel.’ Asp stelde dat het formuleren in twee stappen voorkomt dat consumenten de bewering als een preventieclaim opvatten. Volgens de Gezondheidsraadcommissie kan – als men wil dat consumenten beseffen dat bij het voorkomen van obstipatie meer factoren een rol spelen dan enkel het gebruik van het vezelrijke product – die mededeling beter met zoveel woorden op de verpakking worden gezet.

De commissie die het advies *Voedingsmiddelen en -supplementen met claims over gezondheidseffecten* (2003/09) opstelde, zag in de opmerkingen van de sprekers in Kopenhagen geen aanleiding om haar standpunten bij te stellen. Volgens de commissie komt veel verwarring rond claims voort uit het feit er twee discussies door elkaar lopen: die over wat er volgens wetten en regels kan/mag, en die over wat er wetenschappelijk mogelijk/verantwoord is. De Gezondheidsraadcommissie heeft zich allereerst geconcentreerd op wat er op basis van wetenschappelijke inzichten en gegevens te claimen valt. Pas daarna heeft ze het resultaat van die analyse geplaatst naast de vigerende regels en wetten, en geconstateerd dat sommige hiervan wetenschappelijk gezien weinig hout snijden. Vice-voorzitter van de Gezondheidsraad prof.dr JGAJ Hautvast deed vervolgens het advies vergezeld gaan van een krachtige aanbeveling aan de minister: ‘Ik onder-

schrijf het advies van de commissie om bij voedingsmiddelen en -supplementen af te zien van gezondheidsclaims zoals die nu in gebruik zijn (zijnde die over risicofactoren en lichaamsfuncties, LP), en om alleen (momenteel juist verboden, LP) claims over ziekterisicoreductie toe te staan. Dit onder de voorwaarde dat deze expliciet, specifiek en wetenschappelijk onderbouwd zijn.'



ZAK, in *Volkskrant* mei 2001.

Voedingsvezel

Er bestaan in Nederland al tientallen jaren aanbevelingen voor de inneming van voedingsstoffen. Deze noemt men voedingsnormen (VR92). Op het werkprogramma van de Gezondheidsraad staat het herzien van deze normen. Onlangs zijn al herzien de aanbevelingen voor energie, eiwitten, vetten, verteerbare koolhydraten, foliumzuur, niacine, panthotheenzuur, biotine en calcium, en de vitamines B1, B2, B6, B12 en D (GR: 2000/12, 2001/19, 2003/04). Nu is voedingsvezel aan de beurt.

Dr ir LTJ Pijls is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Op 23 september 2003 zal prof. dr JGAJ Hautvast, vicevoorzitter van de Gezondheidsraad, een commissie installeren. Deze zal niet gevraagd worden om zelf – opnieuw – alle relevante literatuur te verzamelen, te analyseren en samen te vatten. De opdracht aan de commissie is om na te gaan in hoeverre zij de recente aanbevelingen van de *Food and Nutrition Board* van het *American Institute of Medicine* kan onderschrijven. De commissie zal in ieder geval nagaan of enkele recente publicaties aanleiding geven af te wijken van de Amerikaanse aanbevelingen. Het is de bedoeling het advies uit te brengen in maart 2004.

De commissie zal bestaan uit:

prof. dr ir G Schaafsma, voedingskundige; TNO Voeding, Zeist, <i>voorzitter</i>	dr ir E Kampman, voedingskundige, epidemioloog; WUR, Wageningen
dr ir S Bausch, voedingskundige, epidemioloog; TNO Voeding, Zeist	prof. dr L Mathus-Vliegen, gastro-enteroloog; AMC, Amsterdam
ir B Breedveld, voedingskundige; Voedingcentrum, Den Haag	dr F Nagengast, gastro-enteroloog; St. Radboud, Nijmegen
dr ir EJM Feskens, voedingskundige, epidemioloog; RIVM, Bilthoven	prof. dr ir AGS Voragen, levensmiddelen-technoloog; WUR, Wageningen
ir B van der Heide, Ministerie van VWS, Den Haag, <i>adviseur</i>	dr ir LTJ Pijls, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>

Voortzetting landelijke voedselconsumptiepeilingen

WB Sinds 1987 vindt er in ons land in opdracht van de ministeries van VWS en LNV eens in de vijf jaar een voedselconsumptiepeiling plaats. Deze peilingen hebben een schat aan gegevens over de voedselconsumptie van de Nederlandse bevolking opgeleverd. Aan de opzet van het peilingsysteem kleven echter ook belangrijke nadelen die in de loop der tijd steeds sterker werden gevoeld. Het gaat dan onder meer over de discontinuïteit van het systeem, de beperkte bruikbaarheid van de informatie voor (acute) problemen op het gebied van de voedselveiligheid en de ondervertegenwoordiging van sommige bevolkingsgroepen in de steekproef. In het advies *Enkele belangrijke ontwikkelingen in de voedselconsumptie* heeft de Gezondheidsraad nog eens op deze tekortkomingen gewezen¹.

Na afronding van de peiling in 1997/1998 is de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over een nieuwe opzet van de peilingen. In maart 2002 adviseerde de raad om vooruitlopend op dit advies een peiling uit te voeren waarbij, afgezien van een aantal aanpassingen, zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de opzet en systematiek van de oude peilingen. Hiermee zou een trendbreuk in de gegevensverzameling kunnen worden voorkomen.

Op 21 juli 2003 kwamen de betrokken ministers met hun reactie op dit advies. Zij geven de voorkeur aan een nieuwe opzet van het peilingsysteem, die leidt tot een grotere bruikbaarheid van de gegevens voor beleidsdoeleinden. Deze winst vinden ze belangrijker dan een maximaal behoud van de mogelijkheid om de gegevens van de peiling in 2003 te kunnen vergelijken met die van voorgaande peilingen. Naar aanleiding van het advies en van een notitie van de Beheerscommissie Voedselconsumptiepeilingen² zijn door het ministerie van VWS uitgangspunten voor een nieuw peilingsysteem geformuleerd. In

¹ Dit was adviesnummer 2002/12 d.d. 30 september 2002. Zie *Graadmeter* 2002/5.

² Deze commissie heeft onder meer tot taak het gebruik van de gegevens die met de peilingen zijn verzameld, te stimuleren en ziet erop toe dat dit op een verantwoorde manier gebeurt.

2003 zal er wel een voedselconsumptiepeiling plaatsvinden maar deze zal beperkt van omvang zijn. Zij wordt gericht op een aantal centrale beleidsvragen over de consumptie van totaal vet, verzadigd vet, groenten en fruit en op de totale energie-inneming. De methode van onderzoek die wordt gebruikt zal een aanzet moeten zijn voor de toekomstige peilingen.

De Gezondheidsraad is gevraagd in 2004 de resultaten, opzet en uitvoering van deze peiling te evalueren ten behoeve van de verdere ontwikkeling van het nieuwe peilingssysteem waarbij de raad betrokken zal blijven.

Vervolgadvies over foliumzuur

MdW Op 7 augustus 2003 vroeg de minister van VWS de Gezondheidsraad om een vervolgadvies over foliumzuurverrijking. Eerder dit jaar heeft de raad de voedingsnorm voor foliumzuur herzien. In dit advies (nr 2003/04) is de adequate inneming naar boven bijgesteld van 200-300 mcg naar 300 mcg per dag. De extra foliumzuurbehoefte tijdens de zwangerschap is geschat op 100 mcg per dag. De Gezondheidsraad adviseert vrouwen die zwanger kunnen worden om in de periode van vier weken voor de conceptie tot acht weken erna dagelijks een supplement met 400 mcg foliumzuur te gebruiken. Zo verkleinen ze de kans op een kind met een neuralebuisdefect.

De minister vindt dat meer vrouwen die zwanger kunnen worden tijdig zo'n foliumzuursupplement moeten gaan gebruiken. Uit onderzoek is echter gebleken dat deze raad op dit moment minder goed aanslaat bij vrouwen met weinig opleiding en bij allochtone vrouwen, dan bij vrouwen met een hoge opleiding. Met het oog op de preventie van neuralebuisdefecten overweegt de minister toestemming te geven om basisvoedingsmiddelen te laten verrijken met foliumzuur. Voordat het zo ver kan zijn, moeten eerst de eventuele risico's voor de volksgezondheid worden afgezet tegen de te verwachten gezondheidswinst. Bij foliumzuurverrijking van bijvoorbeeld brood en broodvervangers wordt immers ook de rest van de bevolking blootgesteld aan extra foliumzuur.

De minister vraagt de Gezondheidsraad of hij beducht moet zijn voor neurotoxische effecten van foliumzuur bij andere groepen in de bevolking. Mocht dit niet zo zijn, dan wil hij ook weten onder welke condities verrijking met foliumzuur het beste kan plaatsvinden.

Milieu

Milieu en gezondheid: weten vraagt meer dan meten

Wij staan allemaal bloot aan omgevingsinvloeden die schadelijk kunnen zijn voor onze gezondheid, zoals luchtvervuiling, verkeerslawaaï en ultraviolette straling. Om na te gaan of het beschermingsbeleid van de overheid werkt, zijn er tal van meet-systemen. Veel registraties zijn echter niet goed te gebruiken om tijdig inzicht te krijgen in lokale milieu-effecten op de gezondheid, bijvoorbeeld nabij een industrieterrein. Verbetering van de diverse vormen van monitoring is dan ook nodig. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 26 augustus 2003 werd aangeboden aan de bewindslieden van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer en Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De invloed van milieufactoren op de gezondheid kan op twee, elkaar aanvullende manieren gemonitord worden. Eén manier is om stoffen, geluid en straling te meten. Voorbeelden zijn uitlaatgassen in de buitenlucht, dioxinen in moedermelk en geluid rond Schiphol. Een andere manier is om te registreren in hoeverre in de bevolking gezondheidsproblemen optreden die kunnen samenhangen met milieu-invloeden. Een voorbeeld hiervan is astma.

Maar zijn die registraties ook nuttig om het effect van het beleid te bepalen en te bewaken, bijvoorbeeld bij het terugdringen van lood in drinkwater? Zijn ze bruikbaar voor het tijdig signaleren van nieuwe, verdachte milieufactoren en hun eventuele effecten op de gezondheid? En zijn ze geschikt om vragen over eventuele lokale problemen te beantwoorden, afkomstig van verontruste burgers en bestuurders? De Gezondheidsraad stelt dat op dit moment weinig registraties zonder meer bruikbaar zijn om het beleid op de gewenste manieren te ondersteunen. En dat terwijl de verwachtingen vaak juist hooggespannen zijn.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Gezondheid en milieu: mogelijkheden van monitoring* (2003/13) is elektronisch beschikbaar via www.gr.nl. Een papieren exemplaar is verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschenen'.

Monitoring is ten eerste niet altijd het geëigende middel. Wil je bijvoorbeeld nagaan of de gezondheid negatief beïnvloed wordt door de omgeving, dan kun je dat verband alleen constateren als het ook sterk genoeg is om het in metingen en registraties terug te kunnen vinden. Bovendien moet gedetailleerde informatie over andere risicofactoren, zoals rookgedrag, beschikbaar zijn. Die hebben immers ook invloed op de gezondheid, en kunnen daardoor de uitkomsten vertroebelen. Aan dergelijke voorwaarden is echter lang niet altijd voldaan. Een van de oorzaken is de privacywetgeving, die gebruik van bepaalde gegevens blokkeert, vooral bij het leggen van verbanden op buurniveau.

De Gezondheidsraad meent echter dat wel degelijk meer informatie te verkrijgen is, ook met de bestaande systemen. Daarvoor is een aantal initiatieven nodig. Gegevens over persoonlijke risicofactoren of over gezondheidsproblemen op buurniveau kunnen namelijk ook zo gebruikt worden dat dit de privacy van individuen niet aantast. De Gezondheidsraad adviseert dan ook om deze mogelijkheid te benutten, onder andere door een expertiseplatform in het leven te roepen dat gegevensbestanden verantwoord kan koppelen. Ook worden aanbevelingen gedaan voor uitbreiding of vernieuwing van het meetnet. Daarnaast adviseert de raad een kenniscentrum op te zetten voor het bijhouden en verspreiden van informatie uit de internationale literatuur.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|--|
| drs JLL Pieters, arts-epidemioloog / voormalig inspecteur niet-infectieuze ziekten; Voorburg, <i>voorzitter</i> | en stralingshygiëne; VU medisch centrum Amsterdam |
| prof. dr A Brouwer, hoogleraar milieutoxicologie; Instituut voor Milieuvraagstukken, Vrije Universiteit, Amsterdam | dr GER Schoeters, projectleider; Vlaamse Instelling voor Technologisch Onderzoek (VITO), Mol, België |
| prof. dr MC Cornel, hoogleraar community genetics; Klinische Genetica en Antropogenetica, VU Medisch Centrum Amsterdam | drs BAM Staatsen, hoofd afdeling monitoring; centrum voor Milieu- en Gezondheidsonderzoek, RIVM, Bilthoven, <i>adviseur</i> |
| drs F Duijm, arts / medisch milieukundige; GGD Groningen | prof. dr ir GA Zielhuis hoogleraar algemene epidemiologie; afdeling Epidemiologie & Biostatistiek, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen |
| dr ir G Kleter, inspecteur; Keuringsdienst van Waren, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, <i>adviseur</i> | dr JA van Zorge, deskundige humane toxicologie; Ministerie van VROM, <i>adviseur</i> |
| prof. dr G Molenberghs, hoogleraar biostatistiek; Limburgs Universitair Centrum, Diepenbeek, België | drs MMHE van den Berg, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> (tot 1 april 2002) |
| prof. dr TJF Savelkoul, hoogleraar medische toxicologie | drs M Drijver; Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

De hieronder vermelde publicaties zijn te downloaden van de website (www.gezondheidsraad.nl) of 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

2002

Toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland. 2002/02.
 Het nut van bevolkingsonderzoek naar borstkanker. 2002/03.
 Dementie. 2002/04.
 Hepatitis B vaccinatie. 2002/06.
 Bloedproducten en Parvovirus B19: Signalement. 2002/07.
 Behandeling van drugverslaafde gedetineerden. 2002/08.
 Stamcellen voor weefselherstel; onderzoek naar therapie met somatische en embryonale stamcellen. 2002/09.
 Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. 2002/10.
 Bioterrorisme: vervolgdadvies. 2002/11.
 De toekomst van ons zelf. 2002/13.
 Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. 2002/14.
 Rijgeschiktheid van mensen met diabetes mellitus. 2002/15.
 Bijwerkingen vaccinaties; Rijksvaccinatieprogramma 1997-2001. 2002/16.
 Wet bevolkingsonderzoek: screening van pasgeborenen op taaislijmziekte. 2002/01WBO.
 Wet bevolkingsonderzoek: HPV-test baarmoederhalskanker. 2002/02WBO.

2003

Nieuwe wegen naar orgaandonatie. 2003/01
 Contouren van het basispakket. 2003/02.
 Kostenutiliteitsanalyse. A03/01.
 Publiekscennis genetica, signalement. 2003/05.
 Honderd jaar Gezondheidsraad: een dozijn bespiegelingen. A03/02.
 Juridische afbakening van het verzorgingsbeginsel: mogelijkheden en grenzen A03/03.
 Workshop Neonatale screening met behulp van massaspectrometrie. Verslag van een door de Gezondheidsraad belegde workshop. A03/04.
 Health Council of the Netherlands; reports 2002: executive summaries. A03/05.
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2003 Gezondheidsraad. 2003/08.
 Jaarverslag Gezondheidsraad 2002. A03/06.
 Vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen en risicogroepen. 2003/10.

Immunisatie tegen tetanus bij verwonding. 2003/11.
 Bestrijding van legionella. 2003/12.
 Vaccinatie van kinderen tegen hepatitis B. 2003/14.

Voeding

2002

Maïskiemolie met fytosterolen en vitamine E. 2002/01VNV.
 Raapzaadolie met fytosterolen en vitamine E. 2002/02VNV.
 Docosahexaenzuurrijke olie/Docosahexaenoic acid rich oil. 2002/03VNV.
 Herbicide-tolerante maïs (NK603)/ Herbicide-tolerant maize (NK603). 2002/04VNV.
 Veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen; Safety assessment of novel foods. 2002/05VNV.
 Jodiumrijke eieren. 2002/06VNV.
 Diacylglycerololie. 2002/07VNV.
 Enkele belangrijke ontwikkelingen in de voedselconsumptie. 2002/12.

2003

Voedingsnormen: vitamine B₆, foliumzuur en B₁₂. 2003/04.
 Overgewicht en obesitas. 2003/07.
 Voedingsmiddelen en -supplementen met claims over gezondheidseffecten. 2003/09.
 Fytosterolen (3). 2003/01VNV.

Milieu

2002

Mobiele telefoon; Een gezondheidskundige analyse. 2002/01.
 Blootstelling aan combinaties van stoffen: een systematiek voor het beoordelen van gezondheidsrisico's. 2002/05.
 Advieswaarden voor polychloorbifenylen in bodem en sediment ter bescherming van ecosystemen; Beoordeling van een afleidingsmethode van het RIVM. 2002/17.

2003

Gezondheidseffecten van blootstelling aan radiofrequente elektromagnetische velden; aanbevelingen voor onderzoek. 2003/03.
Benchmark-dosismethode: afleiding gezondheidskundige

advieswaarden in nieuw perspectief. 2003/06.
 Gezondheid en milieu: mogelijkheden van monitoring. 2003/13.
 Monitoring van milieu- en gezondheidsindicatoren, achtergrondstudie T Fast. A03/07.

Arbeidsomstandigheden

2002

Azobisisobutyronitrile; Health-based recommended occupational exposure limit. 2002/01OSH.
 Herevaluatie van oude mac-waarden: p-tert-butyltoluene, cellulose, 2-chloro-6-(trichloromethyl)pyridine (nitrapyrin), ethyl formate, 4-ethylmorpholine, indene, pentacarbonyliron, perchloromethyl mercaptan, starch, sulphur tetrafluoride, o-, m-, p-terphenyl (mixture), tetramethylsuccinonitrile, tricarbonyl(eta-cyclopentadienyl) manganese. 2000/15OSH/030-1 t/m 2000/15OSH/042-1.
 Acrylamide; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/02OSH.
 p-Chloronitrobenzene; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/03OSH.
 Dichloroacetylene; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/04OSH.
 N,N-Dimethylaniline; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/05OSH.
 Phenyl glycidyl ether; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/06OSH.
 N-Methylhydrazine; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/07OSH.
 Rhodium and compounds. 2002/08OSH.
 Tetranitromethane; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/09OSH.
 Xylidine (isomers); Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/10OSH.
 Hydrogen peroxide; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2002/11OSH.

Enflurane. Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2002/12OSH.
 Isoflurane. Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2002/13OSH.
 Halothane. Health-based recommended occupational exposure limit. 2002/14OSH.
 Hydrogen cyanide, sodium cyanide, and potassium cyanide. Health-based recommended occupational exposure limit. 2002/15OSH.
 Herevaluatie van oude mac-waarden: aluminium alkyl compounds, 2-sec-butylphenol, calcium sulphate, 1,3-dichloro-5,5-dimethylhydantoin, dicyclopentadienyl iron (ferrocene), sec-hexyl acetate, 2-methylcyclohexanone, methyl ethyl ketone peroxide, osmium tetraoxide, picric acid, 2-pyridylamine, silicon, tellurium and tellurium compounds, tellurium hexfluoride, thallium and water-soluble thallium compounds, tungsten and tungsten compounds, zirconium and zirconium compounds. 2000/15OSH/043-1 t/m 2000/15OSH/059-1.
 Herevaluatie van oude mac-waarden: n-Butylamine, Calcium carbonate, Dibismuth tritelluride (undoped and Se-doped), Oxalonitrile, Paraffin wax (fume), 2,4,5-T, Valeraldehyde. 2000/15OSH/060-1 t/m 2000/15OSH/066-1.
 Acrylamide. Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2002/16OSH.

2003

Tetrachloorethyleen (PER); Health-based recommended occupational exposure limit. 2003/01OSH.
 Formaldehyde; Health-based recommended occupational exposure limit. 2003/02OSH.
 Metallic lead. 2003/03OSH.
 Tetrachloroethylene (PER). 2003/04OSH.
 Nickel and its compounds. 2003/05OSH.
 β-Chloroprene. 2003/06OSH.
 Strong inorganic acid mists containing sulphuric acid; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2003/07OSH.

GRAADMETER # 4
JAARGANG 19
JULI/AUGUSTUS 2003

Redactie
M van Leeuwen (hoofdredacteur),
W Bosman, ASAM van der Burght,
WA van Veen, 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
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