

G r A A D M E T E R # 3 Nieuwe hoofdredacteur ³; Afscheid van Menno van Leeuwen ⁴; ‘Een gespleten persoon’ ⁷; Afscheid van algemeen secretaris dr Menno van Leeuwen ¹⁴; Met beide benen in de maatschappij ¹⁸; Verzilver de toekomst ²⁵; Vergrijzen met ambitie ²⁶ / Gezondheidszorg ³⁴; Werkconferentie Publieke Gezondheid ³⁵; Congres in Baltimore over vaccinonderzoek ⁴²; Screenen op darmkanker ⁴⁸; Onderzoek naar aderverkalking ⁵⁰; Allogene stamceltransplantaties bij kinderen ⁵³ / Milieu ⁵⁴: Reacties op advies over kinderen en bestrijdingsmiddelen ⁵⁵; Installatie commissie ‘Nanotechnologie en gezondheid’ ⁵⁷ / Arbeidsomstandigheden ⁵⁹: Risico’s van beroepsmatige blootstelling aan vier kankerverwekkende stoffen ⁶⁰; Glutaaraldehyde ⁶².

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.

Nieuwe hoofdredacteur

Per 1 mei 2005 zwaai ik de hoofdredacteurscepter van Graadmeter. Die scepter is tegelijkertijd vertrouwd en nieuw. Vertrouwd, omdat het ongeveer tien jaar geleden is dat ik dit attribuut overdroeg aan een opvolger, destijds de huidige raadsvoorzitter André Knottnerus. Nieuw omdat het blad sindsdien weer een gedaantewisseling heeft ondergaan. Vernieuwend wil het blad niet alleen aan de buitenkant zijn, maar juist en vooral aan de 'binnenkant'. U krijgt het nieuws en ook het nieuws achter het nieuws van de Gezondheidsraad. Leesbaar en beeldend! Daaraan zal ik in mijn nieuwe oude rol met het redactieteam blijven werken.

Wim Passchier

Prof. dr WF Passchier is waarnemend algemeen secretaris van de Gezondheidsraad.

Afscheid van Menno van Leeuwen

Graadmeter moet het met ingang van dit nummer stellen zonder zijn hoofdredacteur van de laatste jaren: dr Menno van Leeuwen. Op vrijdag 27 mei nam deze afscheid als algemeen secretaris van de Gezondheidsraad. Hij gaat met pensioen, na een professionele loopbaan die de maximale periode, namelijk tot zijn vijfenzestigste verjaardag en zelfs nog een week langer, heeft beslagen. Dat te bereiken vereist een sterke motivatie, zeg maar liefde, voor het werk en een prima lichamelijke conditie. In Menno van Leeuwen ging dit alles als vanzelfsprekend samen. Voor menigeen in de Gezondheidsraadskring kwam zijn pensionering zelfs als een verrassing.

Prof. dr JA Knottnerus is voorzitter van de Gezondheidsraad.

Voordat Menno van Leeuwen in 1993 aantrad bij de Gezondheidsraad, had hij al een indrukwekkende carrière achter de rug. De raad heeft volop kunnen profiteren van zijn internationale oriëntatie, zijn passie voor *health technology assessment* (HTA), en zijn bestuurlijke ervaring. Als medicus-fysioloog werkte Van Leeuwen een aantal jaren aan internationaal gerenommeerde wetenschappelijke centra als Harvard Medical School en de Mayo Clinics. Na zijn promotie was hij langdurig als wetenschapper en bestuurder verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, en was hij enige tijd gastdocent aan de Universiteit van Suriname. Mede op zijn initiatief werd het Dutch Cochrane Center opgericht en met zijn inbreng kwam ook het International Network of Agencies for HTA tot stand, waarvan hij ook voorzitter is geweest. Direct voorafgaand aan Van Leeuwen's entree bij de Gezondheidsraad was hij, als logisch vervolg op talloze andere bestuurlijke bijdragen in de medische beroepsgroep, voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Zowel qua visie als netwerk vormde dit een uitstekend vertrekpunt voor zijn sleutelfunctie bij de Gezondheidsraad.

In de periode-Van Leeuwen vonden voor de Gezondheidsraad belangrijke ontwikkelingen plaats, waarop de pensionaris zijn stempel heeft gezet. In zijn beginperiode liep de 'Raad op maat'-evaluatie van het Nederlandse adviesstelsel. Deze viel voor de Gezondheidsraad zeer positief uit, en bij herziening van de Gezondheidswet in 1997 behield de raad zijn positie. Omdat de rijksoverheid enkele kantoorpanden afstootte, kwam het secretariaat onder één dak met het ministerie van VWS. De onafhankelijke positie van de Gezondheidsraad kwam niet in gevaar, getuige de inhoud van de adviezen. De adviestaak werd uitgebreid, onder meer ten aanzien van arbeid en voeding. Er werd extra aandacht besteed aan de contacten met bewindslieden, departementen, en parlement, en recent werd voor het eerst in de raads geschiedenis rechtstreeks advies uitgebracht aan de Tweede Kamer. De steeds hogere communicatieve eisen van onze snel veranderende samenleving leidden tot nieuwe initiatieven inzake het mediabeleid. De internationale wetenschappelijke samenwerking werd geïntensifieerd. Het Engelstalig beschikbaar maken van adviezen werd usance, hetgeen werd vergemakkelijkt door de goed bezochte website www.gr.nl. De Gezondheidsraad ging nauwer samenwerken met andere adviesorganen in binnen- en buitenland. Integratie van de Raad voor Gezondheidsonderzoek binnen de Gezondheidsraad werd in gang gezet, zodat advisering over het continuüm van 'stand van wetenschap' tot 'gezondheidsonderzoek' nog effectiever kan plaatsvinden. Als veertiende 'AS' was Menno van Leeuwen verantwoordelijk voor het eeuwfeest van de Gezondheidsraad in de Ridderzaal, waarbij met H.M. de Koningin als getuige 'De ervaren toekomst' zichtbaar werd.

Niet alles wat Menno van Leeuwen als algemeen secretaris had willen realiseren is bij zijn vertrek afgerond. Ik denk aan de nog voortdurende zorgen rond de bezuinigingsrondes van de afgelopen jaren, en de parallel daaraan juist zo noodzakelijke extra ruimte voor wetenschappelijke advisering over publieke gezondheid, het kwaliteitsbeleid, internationale samenwerking, en externe communicatie. Deze, evenals zich nieuw aandienende activiteiten worden voortgezet respectievelijk opgepakt door de waarnemend alge-

meen secretaris, Wim Passchier, en Van Leeuwen's – naar verwachting over niet al te lange tijd te benoemen – opvolger.

Voor de 'raadspensionaris' zal ook ná zijn ambtsperiode als algemeen secretaris veel te doen zijn. Er zal vraag blijven naar zijn aanzienlijke expertise, zowel inhoudelijk als bestuurlijk. Maar *first things first*: eindelijk ook alle tijd voor mooie en leuke dingen in de privé-sfeer voor de beide dokters Van Leeuwen, Menno en zijn vrouw Tineke.

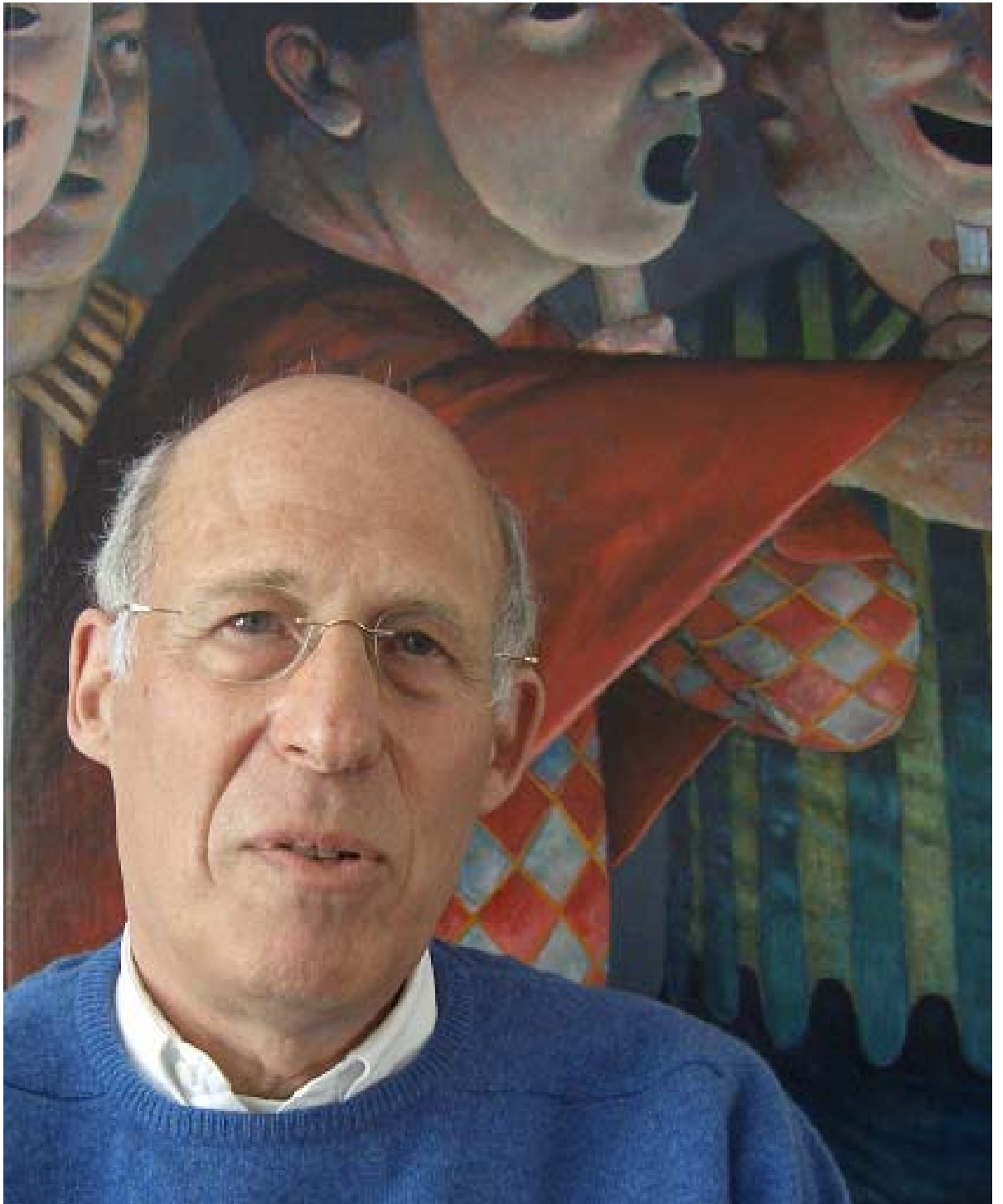
‘Een gespleten persoon’

Gesprek met dr Menno van Leeuwen,
vertrekkend algemeen secretaris van de Gezondheidsraad

MdW Per 1 mei 2005 ging dr Menno van Leeuwen met pensioen. Bijna twaalf jaar lang was hij algemeen secretaris van de Gezondheidsraad, en daarmee de op één na langst zittende ooit op die post. Hij werkte met veel enthousiasme voor de raad, al verhult hij niet dat aan de rol van algemeen secretaris de nodige conflictstof kleeft. Niet voor niets typeert hij zichzelf in deze functie als een gespleten persoon.

Een raad met durf

‘Twaalf jaar geleden werkte ik als fysioloog bij de Universiteit van Amsterdam. Ik had een grote onderwijstaak en de nodige bestuurlijke verantwoordelijkheden, en daartussendoor probeerde ik met enthousiasme nog enig onderzoek te doen. Ik hoorde van de vacature van algemeen secretaris bij de Gezondheidsraad tijdens het 90-jarig bestaan van de raad. Er was een bijzondere bijeenkomst in de Ridderzaal en ik was daarbij aanwezig omdat ik op dat moment voorzitter was van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De secretaris-generaal van de KNMG vertelde dat hij mijn naam had genoemd als mogelijke opvolger voor Henk Rigter, de vertrekkende algemeen secretaris. Hij vroeg of ik dat erg vond. Integendeel! Ik kende de Gezondheidsraad en had veel waardering voor wat daar gebeurde. In die tijd had je net het geruchtmakende advies *Medisch handelen op een tweesprong* gehad. Dat was door veel dokters niet met gejuich ontvangen. Het advies stelde namelijk dat met name specialisten te individualistisch opereerden, en dat er te grote verschillen in werkwijze en resultaten waren. Het advies pleitte onder andere voor richtlijnen en protocollen. Wat in KNMG-kringen niet erg gewaardeerd kon worden, was dat het rapport was



verluchtigd met anekdotische kadertjes over specialisten. Die typeringen waren voor ingewijden zeer herkenbaar, maar men vond dat het niet publiekelijk gezegd had mogen worden. Veel specialisten voelden zich collectief in hun hemd gezet. Ze waren bang dat lezers de nuances zouden vergeten en alle specialisten over één kam zouden scheren. Ik vond *Medisch handelen op een tweesprong* een mooi advies. Ik zei: jongens, als ik met jullie aan de borrel sta, hoor ik regelmatig van dat soort verhalen. Ik had het sterker gevonden als de specialisten hadden gezegd: dit zijn excessen en daar gaan we wat aan doen. Bedacht moet wel worden dat de specialisten in die tijd in een moeilijke positie verkeerden. Ze werden gezien als de boze geldverdieners, terwijl de huisartsen troeteldier waren van de politiek en de rol van poortwachter kregen toebedeeld. Ondertussen is er veel veranderd. De Orde van Medisch Specialisten is primair kwaliteitsgericht en zeer wel bereid tot kritische zelfreflectie. De hele medische beroepsgroep is trouwens doordrongen geraakt van het belang van *evidence-based* handelen. Dat gewraakte Gezondheidsraadadvies heeft aan die ontwikkeling beslist een belangrijke impuls gegeven.’

Weerbarstige gewoontes

‘Ik kende de Gezondheidsraad wel van buiten, maar niet van binnen toen ik er in dienst trad. Ik had bijvoorbeeld nooit in een commissie van de raad gezeten. Wat was zoals ik gehoopt had: het werk was inderdaad intellectueel uitdagend. De breedte van het terrein en de bijbehorende contacten met wetenschappers vanuit een breed scala aan disciplines, het niveau van de besprekingen in de beraadsgroepen, en secretarissen van hoog professioneel niveau en met uiteenlopende wetenschappelijke achtergronden, dat alles vormde voor mij een aanzienlijke immateriële beloning, zoals de econoom Tinbergen dat ooit noemde. Ook beviel het me dat de Gezondheidsraad een wetenschappelijk adviesorgaan is en géén politieke adviezen geeft. Wat een beetje tegenviel, was de weerbarstigheid van sommige gewoontes. Het grootste struikelblok in de beginjaren was dat ik vond dat er meer methodologische

systematiek zou moeten zijn in de manier waarop een advies tot stand komt. In mijn begintijd als algemeen secretaris stond de autonomie van de commissies nog voorop. Op methodologische vragen kwam in die tijd als antwoord dat zo'n eminent gezelschap van deskundigen het toch zeker wel het beste zou weten. *Doctor knows best*. Ik vond die houding achterhaald. We leven in een tijd van *evidence based medicine* en dat stelt eisen aan je werkwijze. Het is niet meer voldoende dat wij zelf wel weten dat een Gezondheidsraadadvies op uiterst zorgvuldige wijze tot stand komt, dat onze commissies van topniveau en de secretarissen geweldige professionals zijn. Het werk van de Gezondheidsraad is secundaire research; je onderzoeksmateriaal zijn door anderen gepubliceerde onderzoeksresultaten. Aan publicaties van dergelijke primaire research worden strenge kwaliteitseisen gesteld. Dat hoort ook het geval te zijn met Gezondheidsraadadviezen, waarvoor misschien nog wel sterker de eis geldt dat je je werkwijze degelijk verantwoordt, gezien de vaak ingrijpende en kostbare beleidsbeslissingen die op grond van onze adviezen worden genomen. Tot mijn vreugde gebeurt dat ook steeds meer, maar het zou nog systematischer kunnen. Ook is er een grote bereidheid bij de secretarissen, maar net zo goed bij de logistieke staf, om het eigen werkproces kritisch te bekijken en te kijken waar het voor verbetering vatbaar is. De medewerkers zoeken actief naar nieuwe vormen van samenwerking en experimenteren daarmee.'

Twee petten

'Als algemeen secretaris bij de Gezondheidsraad ben je een beetje een gespleten persoon. Je bent secretaris van de raad, en vertegenwoordigt die naar buiten toe wanneer de voorzitter dat vraagt. De enige aan wie je verantwoording schuldig bent in deze rol is de voorzitter van de raad. Daarnaast ben je ook de baas van het secretariaat; 'het bevoegd gezag' zoals dat heet in ambtenarentaal. In die tweede rol ben je geen verantwoording schuldig aan de voorzitter, maar aan de minister, via de secretaris-generaal. Die twee

petten kunnen in de praktijk problemen geven, al gebeurt dat gelukkig niet vaak. Neem bijvoorbeeld het overleg op het ministerie over het werkprogramma van de raad. Ik zat daar dan als vertegenwoordiger van de onafhankelijke Gezondheidsraad. Die positie moest ik regelmatig uitleggen aan VWS-ambtenaren die nog geen ervaring met de raad hadden. Zeker sinds we bij VWS in het gebouw wonen, is het voor VWS-ambtenaren niet altijd duidelijk dat we daarmee nog niet tot het kerndepartement horen. Ik heb steeds mijn best gedaan om ambtenaren waar nodig ervan te doordringen dat onafhankelijkheid geen Gezondheidsraadbelang is, maar het belang van de minister en de staatssecretaris. Wanneer de Gezondheidsraad gezien zou worden als verlengde arm van het ministerie ondermijnt dat het gezag van zijn adviezen, en daarmee de acceptatie ervan door de beroepsgroepen.

Domeindiscussies

‘Als baas van het secretariaat is de algemeen secretaris er voor verantwoordelijk dat de medewerkers hun werk goed doen. Dat betekent onder meer dat je leest wat er geschreven wordt. Je kunt je niet met het proces bemoeien zonder je ook met de inhoud bezig te houden. Daar ontmoeten de voorzitter en de algemeen secretaris elkaar. Uiteindelijk is namelijk de voorzitter van de Gezondheidsraad verantwoordelijk voor de inhoud van de adviezen die naar buiten gaan. Hier zit potentiële conflictstof. In mijn tijd bij de Gezondheidsraad heb ik drie voorzitters meegemaakt. De rol van algemeen secretaris was voor hen niet altijd direct duidelijk. Vaak waren ze voorheen vakgroepvoorzitter geweest bij een universiteit en waren gewend aan een andere bestuurlijke cultuur. Niets natuurlijker dan dat je dat wilt voortzetten. Overigens heb ik nooit een ernstige verstoring van de relaties meegemaakt, maar er is wel eens aanleiding geweest voor een goed gesprek. In wezen ging dat dan over de te onderscheiden verantwoordelijkheden en bevoegdheden.’

Voor een stuiver op de eerste rij

‘De rol van algemeen secretaris is in meerdere opzichten een lastige. Toch heb ik het werken voor de raad geen moment niet leuk gevonden. Anders was ik natuurlijk nooit zo lang gebleven. Eigenlijk is de samenwerking met de andere leidinggevenden en met de medewerkers steeds leuker geworden. Waarin het werk wel moeilijker is geworden, is in de relatie met de buitenwereld. Dat heeft te maken met de wereld waarin we op dit moment leven. Soms zijn adviezen aanleiding voor verhitte maatschappelijke debatten en wordt de Gezondheidsraad ongewild partij in een discussie. Vroeger hadden onze adviezen bijna altijd een zachte landing. De afgelopen tijd hebben we veel publiciteit gehad, en niet altijd positief van toon. Dat ligt niet aan de adviesvragen, die zijn niet “provocerender” dan vroeger. Het heeft ermee te maken dat gezag vroeger meer vanzelfsprekend was, maar tegenwoordig - en terecht - keer op keer verdiend moet worden. Denk overigens niet dat ik Gezondheidsraadadviezen mislukt vind als de minister ze niet overneemt. In de politieke afweging spelen meer factoren dan de stand van de wetenschap: “te duur, geen politiek draagvlak, andere prioriteiten”. Maar laat het dan ook een politieke beslissing zijn. Ik heb er problemen mee wanneer “het beleid” een Gezondheidsraadadvies verwerpt op schijnbaar wetenschappelijke gronden, zoals dat nu een paar keer is gebeurd.

Ik vind het moeilijk om weg te gaan op een moment dat de Gezondheidsraad belaagd wordt door grote bezuinigingen. We hebben “Balkenende I en II” geaccepteerd, onder protest. En nu is daar de “motie-Verhagen”: het grijze kenteken is gered en de dekking ervoor wordt gezocht in een nog verdere bezuiniging op de adviesraden. VWS moet zoveel inleveren, dat ik vrees met groten vrees dat de Gezondheidsraad ook dáár niet aan kan ontkomen. Het is een vergissing geweest om de Gezondheidsraad onder de Kaderwet te brengen. Complexe, multidimensionale, op wetenschappelijke kennis gebaseerde beleidsadviezen zijn de grote kracht van de Gezondheidsraad. De raad is daarin in Nederland praktisch uniek. Als je bovendien ziet dat de crème de la crème van de Nederlandse wetenschap dit alles ongehonoreerd doet, stel ik vast

dat de regering dus voor een dubbeltje op de eerste rij zit. Daar heb ik geen enkel probleem mee. Maar het lijkt wel of ze denken: dat kan ook wel voor een stuiver. En dat kan dus niet.'

Baas over eigen agenda

'Een jaar geleden dacht ik eerlijk gezegd nog niet aan stoppen. Maar sinds ik bij mijn vrouw heb gezien hoe soepel die is omgegaan met haar pensionering en wat een leuke dingen die doet, vind ik het ook een prettig vooruitzicht. En eigenlijk zijn al mijn onlangs gepensioneerde kennissen nog enorm actief. Zelf ben ik ook niet van plan mij achter de geraniums op te stellen. Ik zit nog in drie raden van toezicht: bij een organisatie voor thuiszorg, bij een instelling voor verpleging en verzorging, en bij een ziekenhuis; de hele gezondheidszorg in drie notendoppen. Ook voor de KNMG doe ik nog steeds het nodige, op Europees niveau. En ik zou graag in de toekomst eens onbetaald wat voor de Gezondheidsraad doen. Als commissielid bijvoorbeeld. Maar bij dat alles verheug ik mij er wel op eindelijk weer baas over mijn agenda te zijn. Ik droom ervan om lange zeiltochten te maken zonder op een bepaalde datum weer terug te moeten zijn. Vroeger stond ik soms voor het dilemma: moet ik de boot in het buitenland achterlaten en terugvliegen om op tijd in Den Haag te zijn, of toch het onaangename weer trotseren? Het lijkt me heerlijk dat we nu kunnen zeggen: geen mooi weer vandaag, we varen niet uit maar lezen een boekje aan boord.'

Afscheid van algemeen secretaris dr Menno van Leeuwen

MdW Op vrijdag 27 mei 2005, een tropische dag, ging de algemeen secretaris van de Gezondheidsraad Menno van Leeuwen met pensioen. Dat werd gevierd met een feestelijke lunch voor de medewerkers van het secretariaat en een officieel programma waarbij Gezondheidsraadleden en andere relaties waren uitgenodigd. Dagvoorzitter was waarnemend algemeen secretaris Wim Passchier. Als sprekers traden op: oud-minister van VWS en oud-vice-voorzitter van de Gezondheidsraad Els Borst, secretaris-generaal van VWS Roel Bekker, Gezondheidsraadvoorzitter André Knottnerus, en de pensionaris zelf. Locatie was de statige Sociëteit De Witte aan het Plein in Den Haag.

De hal van Sociëteit De Witte, waar de eerste bezoekers zich melden voor het afscheid van Menno van Leeuwen.





De pensionaris maakte van de gelegenheid gebruik om nog één keer zijn gehoor aan zich te binden met een uitgebreid afscheidscollege. Achter hem een andere 'heer van stand'.



Menno van Leeuwen maakte zijn entree als algemeen secretaris bij de Gezondheidsraad in de tijd dat Els Borst vice-voorzitter van de raad was. In warme bewoordingen legde ze deze middag uit waarom ze hem graag op die post zag.



Waarnemend algemeen secretaris Wim Passchier speldt de vertrekkende algemeen secretaris de gouden Gezondheidsraadspeld op. Hiervan zijn er tot nu slechts enkele uitgereikt.



Oud-voorzitter van de Gezondheidsraad Jan Sixma was één van de bezoekers. Hier is hij in gesprek met secretaris Wim van Veen. Rechts achter hen staan oud-vice-voorzitter Jo Hautvast en secretaris Willem Bosman.



Ondanks de tropische warmte was de Pleinzaal van de Sociëteit goed gevuld met Gezondheidsraadleden en -medewerkers en andere genodigden.

Met beide benen in de maatschappij

Zowel het RIVM (RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu) als de Gezondheidsraad is betrokken bij de wetenschappelijke onderbouwing van beleidsmaatregelen. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen beide organisaties? Waar kunnen ze elkaar aanvullen? Met welke maatschappelijke en bestuurlijke ontwikkelingen moet rekening worden gehouden? Enkele onderwerpen die aan de orde komen in een vraaggesprek met dr Marc Sprenger, directeur-generaal RIVM.

Drs EJ Schoten is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Hoe ziet u de rol van het RIVM en van de Gezondheidsraad?

Om bij de Gezondheidsraad te beginnen: jullie gaan uit van gepubliceerde onderzoeksuitkomsten. Op basis van een systematische literatuuranalyse en het oordeel van experts komen jullie dan tot adviezen. Wetenschappelijk gezien speelt die advisering zich af op een metaniveau. Het RIVM doet zelf ook onderzoek, in opdracht van onder andere de ministeries van VWS, VROM en LNV. Zo hebben we een specifieke taak op het



gebied van de beoordeling van de toxiciteit van stoffen. Integratie van gegevens neemt bij ons eveneens een centrale plaats in, al gaat het dan niet zozeer om een analyse op metaniveau, maar om een synthese van databestanden en uitkomsten van eigen laboratoriumonderzoek. Onze meetnetten spelen hierbij ook een belangrijke rol. De taken van het RIVM en de Gezondheidsraad liggen dus grotendeels in elkaars verlengde. Naar mijn ervaring zijn er geen territoriale problemen. Bovendien is jullie voorzitter lid van onze raad van toezicht. Mocht zich dus al eens een afstemmingsprobleem voordoen, dan valt daar makkelijk een oplossing voor te vinden. Daarnaast nodigt de Gezondheidsraad ook het RIVM uit bij het opstellen van het werkprogramma.

U liet het woord ‘integratie’ vallen. Ontpopt het RIVM zich ook niet meer en meer als regisseur?

We hebben al geruime tijd een regiefunctie bij het ordenen van grote hoeveelheden empirische informatie en bij het verkennen van mogelijke trends. Het is begonnen in 1988 met *Zorgen voor morgen*, de eerste nationale milieuverkenning. Later zijn daar de volksgezondheidstoekomstverkenningen en de natuurverkenningen bij gekomen. Maar er zijn ook nieuwe ontwikkelingen. Die hangen samen met het *Project Andere Overheid*.

Wat houdt dat project in?

Het gaat om een programma onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Doel is om de overheid slimmer, sneller en slagvaardiger te laten functioneren. Je moet dan denken aan minder bureaucratie, minder regelzucht en een betere dienstverlening, ook elektronisch, aan burgers en bedrijven. Ook de relaties van de rijksoverheid met gemeenten en provincies worden vernieuwd.

Waarom zijn deze initiatieven voor het RIVM van belang?

Op verzoek van onze opdrachtgevers ontwikkelen we ons steeds meer tot een service-gerichte organisatie. We zijn niet alleen maar introvert in laboratoria bezig, maar rukken ook uit als dat moet. Dat geldt bij uitstek voor onze Milieuongevallendienst (MOD). Bij ongevallen met chemische of biologische agentia kan 24 uur per etmaal de MOD worden ingeschakeld. Deze dienst beschikt over een team van goed opgeleide en geoefende mensen van diverse afdelingen van het RIVM, en over geavanceerde meetapparatuur en beschermingsmiddelen. Daardoor kunnen ter plekke snel metingen worden verricht en kunnen gerichte adviezen worden gegeven om risico's voor mens en milieu te beperken. Verder is op het gebied van infectieziektebestrijding de binding met de praktijk versterkt. Met de oprichting van het Centrum Infectieziektebestrijding onder leiding van Roel Coutinho is de afstand tot het dagelijkse werk bij de GGD-en verkleind. We willen laten zien dat we dienstverlenend kunnen zijn. Andere terreinen waarop we als RIVM een regiefunctie kunnen vervullen, zijn het bevolkingsonderzoek – bestuurlijk is daar sprake van een lappendeken – en de jeugdgezondheidszorg waar zich regionale verschillen voordoen. In zekere zin kun je stellen dat het RIVM in een nieuwe fase zit. Ik juich dat toe: we moeten met beide benen in de maatschappij staan en ons actief richten op die maatschappij.

Mij is opgevallen dat het RIVM ook de informatievoorziening via zijn website steeds verder uitbouwt.

Zeker. Ook dat hoort bij midden in de maatschappij staan. Bovendien begint het onderscheid tussen professionals en burgers te vervagen. Mensen worden steeds mondiger en hebben steeds grotere behoefte aan informatie op maat. Vroeger hadden we bijvoorbeeld een voorlichtingsfolder over het Rijksvaccinatieprogramma. Tegenwoordig kun je op onze website onder 'rvp' een schat aan informatie aantreffen. Antwoorden op vragen die vaak gesteld worden, bijvoorbeeld over vaccinatie tegen kinkhoest, zijn

daarbij ondergebracht in verschillende rubrieken. Een tweede voorbeeld is de site KiesBeter.nl, waar mensen vergelijkende informatie kunnen vinden over zorgverzekeringen, ziekenhuizen en medicijnkosten. Op verzoek van het ministerie van VWS is het RIVM bezig die site vorm te geven, in samenwerking met diverse organisaties binnen de zorg. Vooral interessant is het raamwerk van zogeheten prestatie-indicatoren: graadmeters voor de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg, die inzicht moeten bieden in het functioneren van het zorgsysteem en bruikbaar moeten zijn voor het aansturen van dat systeem. Dat vergt overigens een lange adem, want de kwaliteit van zorg hangt vaak van veel variabelen af en de zorgsector staat terecht kritisch tegenover eventuele simplificaties. Ook hierbij staat de vraag centraal: voor wie doen we dit? Als het de burger is moeten we ook de informatie daarop aanpassen.

Hoe bevalt de status van agentschap?

Wat mij betreft gaan goede dienstverlening en verzakelijking hand in hand. Ik vind het belangrijk dat inzichtelijk wordt hoeveel menskracht en middelen met een bepaalde opdracht gemoeid zijn. Daaraan zitten twee kanten. Ten eerste moet de opdrachtgever heldere vragen stellen. Vervolgens is het aan ons om realistische offertes te maken. Bereiken we overeenstemming dan moet een goed *account management* ervoor zorgen dat de opdrachtgever waar voor zijn geld krijgt. Zo directief als het ‘*systems and service*’ model van de Amerikaanse CDC (Centers for Disease Control) is het bij ons niet, maar koppeling van budgetten aan verschillende thematische activiteiten, op het gebied van bijvoorbeeld infectieziekten en chronische ziekten, maakt transparanter hoe belastinggeld besteed wordt. Van een groot instituut als het RIVM mag dat anno 2005 worden verwacht. Deze ontwikkelingen zullen toch ook de Gezondheidsraad niet vreemd voorkomen?

Ook de Gezondheidsraad is in zijn relatie met de diverse ministeries gebaat bij heldere adviesaanvragen. Een verschil is wel dat onze raads- en commissieleden niet op onze loonlijst staan. Daardoor verloopt het beheer van adviesprojecten bij ons langs andere lijnen. Eerder bracht u het Project Andere Overheid ter sprake. Wij merken dat met de deregulering van de laatste jaren de inhoudelijke deskundigheid bij de ministeries soms terugloopt en dat goed afgebakende opdrachten geen vanzelfsprekendheid zijn. Hoe zijn uw ervaringen op dit vlak?

Die zijn niet slecht, kan ik u zeggen. Met zowel het ministerie van VWS als dat van VROM valt prima zaken te doen. Wel is een goed relatiebeheer essentieel. Als je daarin van beide kanten investeert, pluk je er beslist de vruchten van. Deregulering kun je enerzijds associëren met een terugtrekkende overheid die zich niet langer voor bepaalde zaken verantwoordelijk acht, maar anderzijds met een zich scherper profilerende overheid die uitdrukkelijk aanspreekbaar is op bepaalde zaken, zoals het preventiebeleid of de luchtkwaliteit. Een instituut als het RIVM en ook een adviesorgaan als de Gezondheidsraad kunnen aan zo'n profilering bijdragen door adequate informatie te verschaffen.

Adequaat, wat verstaat u daaronder?

Daarmee bedoel ik in ieder geval niet wat in de kraam van beleidsmakers te pas komt, al kan dat best zo zijn. De kracht – en bestaansgrond – van èn het RIVM èn de Gezondheidsraad is nou juist dat experts over de wetenschappelijke kanten van een vraagstuk hun licht laten schijnen, zonder zich te laten beïnvloeden door beleidsmatig gewenste antwoorden. Ik beseft dat ik nu een ideaalbeeld schets en dat kennis van zaken niet zelden samengaat met het hebben van belangen. Toch is wetenschappelijke onafhankelijkheid wat onze beide organisaties bindt. Vandaar dat steeds alles in het werk moet worden gesteld om die onafhankelijkheid te waarborgen en desgevraagd aan anderen duidelijk te maken. In feite

ligt mijn eerste kennismaking met de Gezondheidsraad aan de basis van hoe ik denk over de verhouding tussen beleid en wetenschap. Ik kan me nog herinneren hoe mevrouw Borst mij destijds als het ware naar mijn geloofsbrieven vroeg toen ik uitgenodigd werd om toe te treden tot de commissie 'Vaccinatie tegen influenza'. Ik was pas gepromoveerd op een epidemiologisch onderzoek naar griep en werkte toen nog bij het Nationaal Influenza Centrum in Rotterdam. Mevrouw Borst legde er de nadruk op dat het gezag van een advies van de Gezondheidsraad staat of valt met een zo zuiver mogelijke wetenschappelijke oordeelsvorming. Commissieleden worden daarbij geacht hun persoonlijke expertise in te brengen en niet namens een bepaalde organisatie te spreken. Ik heb dat hameren op persoonlijke wetenschappelijke integriteit als zeer waardevol ervaren.

Scherp onderscheid maken tussen wetenschap en beleid kan ook een kloof doen ontstaan. Hoe ziet u dat?

Ik zei al dat veel afhangt van een goed relatiebeheer. Dat speelt bij alle fasen van een project. Over de beginfase hebben we het al gehad: de opdracht moet helder zijn. Maar ook tijdens de uitvoering van een project is regelmatig overleg met de opdrachtgever van groot belang. Zo kun je als dat nodig is processen tijdig bijsturen. En dan is er nog het na-traject. Bij wetenschappelijke oordeelsvorming en beleidsbeslissingen gaat het om gescheiden verantwoordelijkheden en het is belangrijk dat die activiteiten niet verweven raken. Wel kan het zo zijn dat het beleid er belang bij heeft dat wetenschappelijke aanbevelingen door burgers of organisaties worden geïmplementeerd. Denk bijvoorbeeld aan bevordering van gezond gedrag. Het implementatievraagstuk boeit mij al heel lang. Bovendien zitten ook daar wetenschappelijke kanten aan. Aandacht voor implementatie past eveneens bij onze voorlichtingstaak en kan soms een brug slaan tussen wetenschap en beleid.

Tot slot nog enkele inhoudelijke punten. Welke problemen op het gebied van volksgezondheid en milieu zullen volgens u de komende jaren de beleidsagenda bepalen?

Opkomende infectieziekten staan al enige tijd in de belangstelling en dat zal voorlopig wel zo blijven. Internationale samenwerking bij de bestrijding daarvan heeft met de oprichting van het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in Stockholm een nieuwe impuls gekregen. Zelf ben ik daar als voorzitter van de raad van bestuur nauw bij betrokken. De grootste uitdaging is er voor te zorgen dat dit centrum wetenschappelijk gezag verwerft en geen politieke adviezen gaat geven. Dat is nog niet zo eenvoudig, omdat sommigen het ECDC vooral associëren met de Europese Commissie. Verder zal handhaving van een goed vaccinatieprogramma een punt van aandacht zijn. Het komt er onder meer op aan om door goede voorlichting vertrouwen bij de bevolking te behouden. Andere prioritaire thema's zijn, verwacht ik: ongezond gedrag, nieuwe biotechnologie, luchtverontreiniging, mobiele telefonie en klimaatverandering.

Opmerkelijk genoeg hoor ik u niets zeggen over medisch-technologische ontwikkelingen.

Nu ja, daar hebben wij minder direct mee te maken. Maar vanzelfsprekend vind ik het belangrijk dat de procedures van *health technology assessment* en *evidence-based medicine* in acht worden genomen. Jullie spelen daarbij trouwens een belangrijke rol. Voor mij is het belangrijkste dat de organisatie 'fit' is om moeiteloos op ieder nieuw vraagstuk in te kunnen gaan. En dat betekent dat wij experts over een breed gebied in huis moeten hebben (en koesteren) die makkelijk samen kunnen werken, zowel intern als bijvoorbeeld met de Gezondheidsraad.

Verzilver de toekomst

MdW Op 15 april 2005 organiseerde de themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer een generatiedebat onder het motto *Verzilver de toekomst*. Tijdens dit debat hield prof. dr André Knottnerus als voorzitter van de Gezondheidsraad de hierna afgedrukte lezing over het onlangs verschenen advies *Vergrijzen met ambitie* (zie ook *Graadmeter* 2005/1).

In de themacommissie Ouderenbeleid zitten vertegenwoordigers van zeven politieke partijen. Met elkaar verkenden zij – niet gebonden aan de gebruikelijke beleidsscheidslijnen – het brede terrein van ouder worden en ouder zijn. Om meningen in de samenleving te peilen, organiseerde de commissie een digitaal debat op haar website www.ouderenbeleid.nl. Deskundigen uit het veld werden geraadpleegd. En vier adviesraden – waaronder de Gezondheidsraad – kregen een reeks vragen voorgelegd die resulteerden in vier rapporten over respectievelijk huisvesting, gezondheid, welzijn en economische positie van ouderen in Nederland. Bij het generatiedebat van 15 april kwamen al deze informatiestromen bijeen. De adviesraden presenteerden hun bevindingen en onder leiding van SCP-directeur Paul Schnabel konden de aanwezigen discussiëren over stellingen die de themacommissie had geformuleerd. Onder de genodigden waren bewust zowel ouderen als jongeren, en zowel professionals als burgers die zich in de internet-discussie hadden geroerd. Terecht merkte Kamervoorzitter Weisglas op dat nog niet eerder in de geschiedenis van de Tweede Kamer er zo'n gevarieerd gezelschap op het blauwe pluche had plaatsgenomen.

Eind 2005 brengt de themacommissie Ouderenbeleid advies uit aan Tweede Kamer en kabinet.

Vergrijzen met ambitie

André Knottnerus / MdW

De komende tientallen jaren telt de Nederlandse samenleving meer ouderen dan ooit tevoren. Of deze ouderen ook net zo oud worden als in veel andere Europese landen, is de vraag. Nederlanders hadden ooit de langste levensverwachting van de wereld. De laatste 25 jaar zijn we echter teruggezakt naar de middenmoot in Europa, en we blijven daar nu steken. Kennelijk kunnen we in Nederland onze ouderen niet zo gezond houden als in een aantal andere landen. En niet zo gezond betekent ook vaak dat het moeilijker is om zelfstandig te blijven en om het leven de moeite waard te vinden.

Prof. dr JA Knottnerus is voorzitter van de Gezondheidsraad.

De meeste mensen hopen op een lang leven. Het liefst in goede gezondheid, zelfstandig en content met hun bestaan. Op al deze drie terreinen doen zich problemen voor. In het rapport dat de Gezondheidsraad op verzoek van de Tweede Kamer uitbracht, wordt beschreven waar de schoen wringt op de gebieden van *gezondheid, zelfstandigheid* en *welzijn*. Toch is het rapport geen zwartgallig verhaal geworden. De raad ziet ook vele mogelijkheden om de situatie in de toekomst te verbeteren. Vandaar de titel van het rapport: *Vergrijzen met ambitie*.

Hoe staat het met de gezondheid van onze oudere bevolking?

De komende twintig jaar zal er – als we doorgaan zoals nu – een sterke toename zijn in het aantal mensen met ziekten en functiestoornissen: waarschijnlijk worden dat er ongeveer de helft meer dan nu. Dat komt allereerst doordat onze bevolking vergrijsd en de ouderdom nu eenmaal met gebreken komt. En dat komt ook omdat bepaalde ziekten waarschijnlijk vaker gaan voorkomen dan nu. Diabetes bijvoorbeeld, doordat mensen zwaarder worden en minder actief.

Een ziekte leidt niet altijd tot beperkingen in wat iemand nog kan. Maar naarmate mensen ouder worden, groeit de kans dat ze gaan kampen met beperkingen. Van de mensen tussen 75 en 84 jaar heeft bijna de helft moeite met zitten, staan en zich verplaatsen. Ongeveer een vijfde van deze leeftijdsgroep heeft last van ernstige beperkingen.

Mensen hebben niet altijd evenveel last van ziekten of beperkingen. De zogenoemde ziektelast verschilt per individu en per aandoening. Opvallend is dat bij vrouwen voor bijna alle ziekten de ziektelast fors hoger is dan voor mannen. Ze leven gemiddeld langer, en hebben voor een deel ook andere gebreken dan mannen. Bij mannen is de top 4 van ziekten: (1) hart- en vaatziekten; (2) longaandoeningen; (3) beroerte; (4) gewrichtsslijtage. Bij vrouwen ziet de top 4 er anders uit: (1) gewrichtsslijtage; (2) hart- en vaatziekten; (3) slechthoortheid; (4) dementie.



Niet alleen sekse heeft invloed op gezondheid en sterfte. Al jaren is bekend dat mensen met een minder gunstige sociaal-economische status een lagere levensverwachting hebben. Zo leven de laagst opgeleide mannen gemiddeld vijf jaar korter dan de hoogst opgeleide. Bij vrouwen bedraagt dit verschil 2,6 jaar.

Anders dan men op grond van de sociale verschillen in levensverwachting zou verwachten, zijn allochtonen niet structureel ongezonder dan autochtonen in Nederland. Bij de mannen leven Marokkanen wat langer dan Nederlanders, en Turken en Surinamers juist wat korter. Bij vrouwen zijn die verschillen er ook, maar wat minder uitgesproken dan bij de mannen.

Hoe hoger de leeftijd, hoe vaker mensen meer dan één kwaal hebben. Dit wordt co-morbiditeit of multi-morbiditeit genoemd. Boven de 80 heeft driekwart van de mensen twee of meer aandoeningen tegelijk. Co-morbiditeit vraagt om speciale aandacht van dokters bij de diagnose en behandeling, en om hechte samenwerking tussen artsen met verschillende specialismen. Nu schort het hier vaak nog aan.

Preventie kan veel leed voorkomen of verzachten

Preventieve maatregelen kunnen ervoor zorgen dat een ziekte wordt voorkómen of uitgesteld, dan wel juist eerder wordt opgespoord en behandeld. Theoretisch is er weinig verdeeldheid over het nut van preventie. In de praktijk valt het niet mee om de meest effectieve preventieve maatregelen te treffen.

Wat mensen zelf kunnen doen – en waarin ze van overheidswege kunnen worden gestimuleerd – is: gezonder gaan leven. Stoppen met roken helpt aantoonbaar om langer te leven. Dit geldt ook voor minder en gezonder eten en voldoende bewegen. Wanneer mensen minder zwaar zijn, daalt de kans op diabetes en op hart- en vaatziekten.

Veel ouderen en mensen met chronische aandoeningen bewegen te weinig. Hierdoor verslechtert hun conditie. Regelmatige beweging is dus belangrijk en dient gestimuleerd te worden. Dat gebeurt nu al door speciale programma's voor ouderen, maar

dat kan nog worden uitgebreid. Ook aanpassingen in de omgeving bevorderen het bewegen. Denk bijvoorbeeld aan goede busverbindingen. Wanneer het openbaar vervoer aantrekkelijker voor ouderen wordt, wandelen ze vanzelf ook vaker naar en van de bushalte.

Infectieziekten komen bij ouderen meer voor dan bij andere volwassenen. Veel ouderen hebben last van urineweginfecties, luchtweginfecties, huid- en darminfecties. Uit ieder van deze infecties kan bloedvergiftiging ontstaan. Om infecties te voorkomen, is het onder meer belangrijk dat ouderen goed eten en voldoende vocht binnen krijgen waardoor ze minder vatbaar zijn voor besmetting. Een andere effectieve manier om infecties te voorkomen, is vaccineren. Nu al wordt iedere 65-plusser standaard opgeroepen via de huisarts voor de jaarlijkse griepvaccinatie. Binnenkort komt er ook een vaccin beschikbaar tegen gordelroos. Andere effectieve vaccins zijn er op dit moment nog niet.

Dementie is een zeer ernstige aandoening die uiteindelijk alle geestelijke en lichamelijke functies aantast. Voor velen van ons is dit een schrikbeeld. Pogingen om dementie in de vergrijzende bevolking te voorkomen, moeten een hoge prioriteit hebben op de onderzoeksagenda. Er zijn aanwijzingen dat lichaamsbeweging en het dagelijks drinken van een glaasje rode wijn een beschermend effect kunnen hebben. Nader onderzoek op dit gebied is erg belangrijk.

Ouderen krijgen lang niet altijd een optimale behandeling

Net als ieder ander moet een zieke oudere kunnen rekenen op passende en tijdige behandeling. Dat is nu niet vanzelfsprekend. Ik noem enkele punten van zorg.

- (1) Onderbehandeling is een probleem. Bijvoorbeeld bij kanker en hoge bloeddruk krijgen ouderen lang niet altijd de behandeling waarbij ze de meeste baat zouden hebben. Soms – maar lang niet altijd – is daar een goede reden voor. Bijvoorbeeld wanneer de behandeling te belastend voor de oudere patiënt lijkt. Er is echter ook regelmatig sprake van gemiste kansen.

- (2) Psychische stoornissen ontsnappen nu vaak aan de aandacht. Depressies en angststoornissen komen bij ouderen veel voor. Ouderen met een depressie hebben relatief vaak ook meer last van lichamelijke aandoeningen. Hoe langer depressies duren en hoe ernstiger ze zijn, hoe groter de kans is dat de patiënt komt te overlijden. Depressies en angststoornissen blijken een grotere nadelige invloed op het maatschappelijk functioneren en de betrokkenheid bij de samenleving te hebben, dan bijvoorbeeld hart- en vaatziekten.
- (3) Veronachtzaamde kwalen zoals doorliggen en incontinentie kunnen het leven voor kwetsbare ouderen tot een last maken. Doorliggen komt nog veel voor, terwijl inmiddels bekend is hoe je ouderen moet verzorgen om dit te voorkomen. Misschien zijn niet alle verzorgenden van de richtlijnen op de hoogte. Verder lijkt vooral tijdgebrek hier zijn tol te eisen. Een soortgelijk verhaal geldt voor incontinentie. Meer dan de helft van de bewoners van verzorgingshuizen en 90 procent van de verpleeghuisbewoners heeft te kampen met urine-incontinentie. Door personeelstekorten in met name verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt voornamelijk verzorging geboden en te weinig adequate behandeling van incontinentie.
- (4) Er is te weinig bekend over passende medische zorg voor ouderen. Dat komt onder andere omdat ze weinig in klinisch onderzoek worden betrokken. En dat komt weer omdat mensen met meerdere kwalen buiten beschouwing worden gelaten, en omdat men vaak meent ouderen met zo'n onderzoekodeloos zwaar te belasten. Rechtstreekse onderzoeksgegevens van ouderen zijn dus relatief schaars. Een voorbeeld waar het gebrek aan kennis bijzonder klemmt, is dat van de medicatie. Ouderen worden vaak voor meerdere ziekten tegelijk behandeld, elk met eigen medicijnen. Over hoe die medicijnen op elkaar kunnen inwerken en mogelijk zorgen voor complicaties is nog maar weinig bekend. Over het verantwoord stoppen met langdurig medicijngebruik weten we nog bijna niets.

Bevorder de zelfstandigheid en het welzijn van zorgafhankelijke ouderen

Er komt een moment dat ziekten of beperkingen niet meer voorkomen of behandeld kunnen worden. Dan moeten ouderen en hun omgeving leren leven met de kwaal. Mantelzorgers vervullen hierin een onmisbare rol. Velen plegen roofbouw op hun eigen gezondheid, in hun streven hun naasten zo goed mogelijk te verzorgen. Ondersteuning van deze mantelzorgers is van het grootste belang.

Ook wanneer ouderen van zorg afhankelijk worden, willen ze nog graag zo zelfstandig mogelijk zijn. De laatste jaren zijn op verschillende plaatsen in Nederland nieuwe zorg- en woonvormen opgezet die op zelfstandigheid gericht zijn. Getuige de grote vraag voorzien deze vormen in een duidelijke behoefte.

Het aantal dementiepatiënten zal de komende jaren sterk toenemen. Vroeg of laat worden zij volledig van zorg afhankelijk en moeten dan naar een verpleeghuis. Nog steeds is niet duidelijk hoe in de urgente en groeiende behoefte aan verpleeghuiszorg voorzien gaat worden. Hier moet zo snel mogelijk iets aan worden gedaan.

In een welvarend land kunnen heel veel mensen gezond oud worden

Het rapport waarover ik u zojuist heb verteld, draagt als titel *Vergrijzen met ambitie*. Zoals duidelijk is geworden, ziet de Gezondheidsraad tal van mogelijkheden om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van mensen tot op hoge leeftijd te bevorderen. Als we dat willen bereiken, vraagt dit om politieke keuzes met betrekking tot preventie, zorg en onderzoek. Keuzes die invloed hebben op de prestaties van de zorgsector. Een sector overigens, die niet alleen kosten maakt, maar die ook een belangrijke dienstverlenende sector is waarvan de samenleving veel profijt heeft en waarmee veel werkgelegenheid gemoeid is. Wat betreft die politieke keuzes: het gaat natuurlijk om geld, maar dat niet alleen. Het gaat ook om voorwaarden voor vernieuwing, om

kwaliteitsbewaking en om passende wet- en regelgeving. Nederland is nog steeds een welvarend land, en een welvarend land kan ervoor zorgen dat heel veel mensen er betrekkelijk gezond, zelfstandig en content oud kunnen worden.

Dames en heren, u bent bijeen als generatieforum. Vergrijzing kan inderdaad niet los worden gezien van de samenwerking tussen en openvolging van generaties. Complementair aan een goed ouderenbeleid is dat de samenleving kind- en jeugd vriendelijk is; jonge mensen de ruimte biedt voor het combineren van ouderschap en loopbaanontwikkeling; en aandacht besteedt aan gezondheidsbevordering gedurende alle levensfasen. Dat is ook van belang om – met elkaar – zo gezond en zelfstandig mogelijk oud te kunnen worden.



Van 12 april tot eind juni zijn in de centrale ruimtes van de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek tekeningen en schilderijen te zien van Carla van Uum. De kunstenares uit Tiel presenteert vooral kleurige zonnebloemen in uiteenlopende formaten. Het werk *Zonnebloem* op de foto heeft een dieprode achtergrond en is een meter breed en anderhalve meter hoog.

Gezondheidszorg

Werkconferentie Publieke Gezondheid

Op 18 januari 2005 vond op initiatief van de Gezondheidsraad en het ministerie van VWS een werkconferentie plaats over publieke gezondheid. Aan de bijeenkomst – voorgezeten door prof. dr P Schnabel, directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau – namen ruim dertig betrokkenen uit wetenschap en praktijk deel. Publieke gezondheid (de letterlijke vertaling van *public health*) heeft in de Nederlandse gezondheidszorg en in het beleid nog niet die plaats gekregen die het op grond van zijn mogelijke bijdrage aan de volksgezondheid verdient. De deelnemers werden uitgenodigd om na een openingswoord en drie voordrachten na te gaan op welke grote thema's het beleid op het gebied van de publieke gezondheid zich in de toekomst zou moeten richten.

Dr GHM ten Velden is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Grote vooruitgang welzijn en volksgezondheid

De voorzitter van de Gezondheidsraad, prof. dr JA Knottnerus, opende de bijeenkomst en benadrukte dat juist op het terrein van de publieke gezondheid in de afgelopen 150 jaar de basis is gelegd voor een spectaculaire, niet eerder vertoonde vooruitgang van welzijn en volksgezondheid. Juist hier waren de verantwoordelijkheid van de overheid voor het collectief en de invloed van haar beleid groot en onomstreden: openbare hygiëne, extra aandacht voor sociaal-economisch kwetsbaren, en het rijksvaccinatieprogramma zijn slechts enkele voorbeelden. Knottnerus verwacht dat ook in de toekomst de rol van de overheid aanzienlijk zal zijn. Het gaat daarbij om vraagstukken als vergrijzing, gedrag en gezondheid, en voedselveiligheid. Maar ook onderwerpen als de kwaliteit van de leefomgeving, genetica & preventie, en het voorbereid zijn op epidemieën vragen in toenemende mate aandacht. Alle sectoren van de samenleving zijn betrokken bij behoud, bescherming, bevordering, en verbetering van de gezondheid van de bevolking. Wonen, werken, milieu, welzijn en zorg hebben alle een

plaats bij het verkennen van potentiële gezondheidswinst op middellange en lange termijn. Daarbij is juist die lange termijn zowel kracht als zwakte. De effecten van maatregelen op het gebied van de publieke gezondheid zijn weliswaar groot maar worden in de regel pas na vele jaren zichtbaar. De tijdshorizon van de politieke agenda, met de daaraan gekoppelde behoefte aan snel zichtbare resultaten, is daarentegen meestal niet ver weg. Het werken aan een langer lopende volksgezondheidsagenda is voor beleid en praktijk daarmee extra belangrijk en uitdagend. Ten slotte is speciale aandacht nodig voor de toekomstige kennisinfrastructuur ten behoeve van de publieke gezondheid. Daarbij is een dynamisch evenwicht tussen onderzoek, innovatie en implementatie maatgevend voor vooruitgang. Een en ander dient in internationaal perspectief te worden gezien, want zowel kennisontwikkeling als publieke gezondheidsvraagstukken zijn in belangrijke mate grensoverschrijdend.

Belangrijke historische successen

Prof. JP Mackenbach – hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg, ErasmusMC te Rotterdam – liet in zijn voordracht zien dat het publieke gezondheidsbeleid gebaseerd is op het paradigma dat ziekten zijn te voorkomen. Hij verwees onder meer naar de tien grote historische successen op het terrein van de publieke gezondheid die het Amerikaanse CDC in 1999 in kaart heeft gebracht. Het betreft programma's voor vaccinaties, infectieziektebestrijding, voedselveiligheid, werkplekveiligheid, gezondheidsbevordering van moeders en baby's, verkeersveiligheid en bestrijding van hart- en vaatziekten. In ons land is in de 20^e eeuw de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte met vijftwintig jaar toegenomen. Daarvan is maximaal vijf jaar toe te schrijven aan verbeteringen in de medische zorg. Het grootste deel van de gezondheidswinst komt op rekening van het publieke gezondheidsbeleid.

Aan het begin van de 21^e eeuw staat het publieke gezondheidsbeleid volgens Mackenbach opnieuw voor grote opgaven. Het gaat daarbij onder andere om meer aandacht voor de ontwikkeling van kinderen, het bestrijden van de nog steeds aanmerkelijke gezondheidsverschillen in de bevolking, meer aandacht voor de geestelijke volksgezondheid, en het verder rationaliseren van keuzes in de curatieve gezondheidszorg. Met het klassieke paradigma kan men nog steeds goed uit de voeten, al zijn er wel verschillen met vroeger. Ten eerste is er een sterke globalisering. De overdracht van infectieziekteverwekkers is bijvoorbeeld grensoverschrijdend geworden door het toegenomen internationale reizigersverkeer. Ten tweede zijn er paradoxale relaties ontstaan tussen welvaart en volksgezondheid. Door de toegenomen welvaart kunnen veel mensen een ongezond leven betalen: ze roken, drinken of eten overmatig. Omgekeerd legt de toegenomen levensverwachting een sterke druk op de economie door de hogere kosten van gezondheidszorg en sociale voorzieningen. Een derde verschil met vroeger is de biomedische revolutie. Hier moeten weerstanden overwonnen worden, anders zullen waardevolle biotechnologische vorderingen onvoldoende benut worden.

De nieuwe uitdagingen vereisen aanpassingen in de infrastructuur voor de publieke gezondheid (zie ook het RGO-advies *Kennisinfrastructuur public health* uit 2003). Diverse deelgebieden zijn rijp voor hervormingen. Voor de uitvoeringspraktijk gaat het onder meer om een opschaling van de aanpak van problemen van lokaal naar landelijk, of zelfs internationaal niveau. Tegenwoordig spelen de meeste *public health* problemen zich namelijk op de laatste twee niveaus af.

Rijksoverheid moet meer verantwoordelijkheid nemen

De derde spreker – prof. dr G van der Wal, hoogleraar sociale geneeskunde, VUMC te Amsterdam – wierp een blik op de toekomst. Aan de door Mackenbach genoemde grote opgaven voor de publieke gezondheid voegde hij er nog enkele toe: ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, verslavingsproblematiek. Ook het functio-

neren van de gezondheidszorg – een belangrijke determinant van de volksgezondheid – mag men niet uit het oog verliezen. Voor de publieke gezondheid is de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg essentieel. Bij de stelselherziening dient hierop zorgvuldig te worden toegezien. Dat geldt ook voor de toenemende marktwerking. Er wordt nu veel gesproken over ondernemerschap, innovatie, efficiency, vraagsturing en keuzevrijheid, maar men dient wel verspilling, verrijking, oriëntatie op *demands* in plaats van *needs*, tegen te gaan. De rijksoverheid zou op het terrein van de publieke gezondheid veel meer dan bijvoorbeeld uit de nota *Langer gezond leven* naar voren komt, eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Dit met erkenning van de moderne, mondige, kiezende burger, alsook onder erkenning dat er minder competente burgers zijn. Een krachtige regie door de overheid is dan ook geboden. Het nationale budget voor preventie zou geleidelijk verhoogd moeten worden met zo'n 1,5 procent nu, tot met 5 procent over enkele jaren.

De centrale overheid zou veel meer energie moeten stoppen in gezondheidsbescherming. Nu wordt te veel verwacht van gezondheidsbevordering, waarbij de burger vooral op zijn eigen verantwoordelijkheid wordt aangesproken. Zou de overheid in de vorige eeuw bij de bestrijding van infectieziekten de huidige benadering gekozen hebben, dan zou zij de burger hebben aangeraden om drinkwater te koken en geen maatregelen hebben genomen als het aanleggen van drinkwaterleiding en riolering.

Ten slotte vroeg Van der Wal nog aandacht voor het sociaal-geneeskundige beroep. De opleiding voor werkers in de publieke gezondheidszorg zou gedifferentieerder moeten worden opgezet en meer moeten worden toegesneden op de specifieke eisen van de beroepsuitoefening per sector. Dit zou vorm kunnen krijgen in een meer duaal, modulair en 'stapelbaar' scholingssysteem, met meer in- en uitstroommomenten. Wat de praktijk van de beroepsuitoefening betreft zou de kloof met de *cure*-sector gereduceerd moeten worden: meer verwijzingen vanuit het publieke gezondheidsveld en meer zelf behandelen, en meer preventieve behandelingen in de curatieve sector.

Beleidsuitdagingen

Ir JIM de Goeij – directeur-generaal van de Volksgezondheid, ministerie van VWS – gaf als laatste spreker in een korte voordracht drie voorzetten voor de daarna te voeren discussie. Ten eerste: hoe kan de publieke gezondheid een stevige plek krijgen in de door de curatieve zorg gedomineerde gezondheidszorg? Ten tweede: hoe kan de huidige grote kennisproductie tot meer bruikbare toepassingen leiden op het vlak van de publieke gezondheid? En ten slotte: zijn door adequate preventie de uitgaven in de zorg te beperken?

De Goeij benadrukte dat het voeren van een consistent beleid op het vlak van de publieke gezondheid geen eenvoudige opgave is. Verantwoording van beleid en van de inzet van middelen is steeds aan de orde. Goed gefundeerde beleidsontwikkeling blijft lastig. Wat moet het zwaarst wegen? Dit kan zijn gezondheidsbescherming – zoals maatregelen voor veilig voedsel of letselpreventie – maar ook gezondheidsbevordering: langer gezond leven door stoppen met roken, het tegengaan van overgewicht en, bijvoorbeeld, de aanpak van diabetes. Er is meer *evidence* nodig voor een onderbouwd publieke gezondheidsbeleid. Ook het stoppen met ineffektieve interventies of ineffectief beleid verdient meer aandacht.

Observaties, conclusies en aanbevelingen

In de plenaire discussie werd duidelijk dat Nederland voor de grote maatschappelijke opgave staat om in de 21^e eeuw goed invulling te geven aan de (grondwettelijke) overheidstaak de volksgezondheid te bevorderen. Gezondheid is niet vanzelfsprekend maar vraagt voortdurende beleidsaandacht en actie. Het gevaar dreigt dat men te veel vertrouwt op het vermogen van de curatieve gezondheidszorg om gezondheidsvraagstukken op te lossen. De curatieve zorg is echter geen panacee. Bovendien leidt het tot een onevenredig beslag op de middelen voor de zorg. Herwaardering van het publieke gezondheidsbeleid is daarom, ook in economische zin, een absolute noodzaak.

Een nationale strategie is nodig, waarbij veel te leren valt van landen als Canada, Australië en het Verenigd Koninkrijk. Ook is versterking van de uitvoeringsstructuur noodzakelijk. Nu is teveel op lokaal niveau georganiseerd, met een grote verscheidenheid aan kleinschalige initiatieven die onafhankelijk van elkaar worden ontwikkeld. Academische werkplaatsen zijn goede instrumenten om een betere verbinding tussen wetenschap en praktijk tot stand te brengen. Voor versterking op decentraal niveau is een *redesign* van de GGD-functie wenselijk, zodat structurele samenwerking ontstaat met andere partijen in het zorgveld. Daarbij valt te denken aan de eerste lijn, de GGZ en de verslavingszorg.

Er is behoefte aan een krachtig facetbeleid, bijvoorbeeld bij de inrichting van de publieke ruimte. De ministeries van VWS, SZW en LNV zouden daar in hun beleidsontwikkeling meer oog voor moeten hebben en zich minder moeten focussen op hun afzonderlijke taken. De lauwe beleidsbelangstelling voor sociaal-economische gezondheidsverschillen werd in de discussie onverteerbaar genoemd. Verder is er dringend versterking geboden van publieke gezondheidsactiviteiten die op jeugd gericht zijn. Hieronder valt ook opvoedingsondersteuning.

Het publieke gezondheidsonderzoek in Nederland is de laatste jaren aanzienlijk versterkt, maar veel resultaten daarvan zijn nog niet neergeslagen in praktijk en beleid. Interventies hebben meestal pas effect op langere termijn. Evaluatie vooraf heeft onvermijdelijk een beperkte betekenis en gerandomiseerde studies (RCT's) zijn vaak niet haalbaar. Daarom zal in de regel tot invoering van een interventie moeten worden besloten op basis van beperkte *evidence* of op basis van aannemelijkheid. Een belangrijk onderzoeksinstrument is dan begeleidend evaluatieonderzoek. Bij de ontwikkeling van interventieprogramma's is het raadzaam om naast beleidswetenschappers ook bestuurskundigen in te schakelen ter bevordering van een goede inbedding en lokale maatvoering.

Aan de werkbijeenkomst werd deelgenomen door:

Sprekers:

Ir JIM. de Goeij, directeur-generaal van de Volksgezondheid,
ministerie van VWS
Prof dr JA. Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad

Prof dr JP Mackenbach, ErasmusMC, Instituut voor
Maatschappelijke Gezondheidszorg
Prof dr G van der Wal, VUMC, afdeling Sociale Genees-
kunde

Discussievoorzitter:

Prof dr P Schnabel, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Eerste ring van discussianten:

Prof. dr JM Bensing, directeur NIVEL
Prof. dr B Brunekreef, Universiteit Utrecht, IRAS
Prof. dr RA Coutinho, RIVM, directeur Centrum
Infectieziektenbestrijding
Prof. dr ir D Kromhout, RIVM, directeur Voeding en
Consumentenveiligheid
Drs JAJ Krosse, directeur NIGZ
Prof. dr W van Mechelen, VUMC, Body@Work
Prof. dr JAM van Oers, RIVM centrum VTV en UvT Openbare

Gezondheidszorg
Prof. dr SA Reijneveld, RUG, afdeling sociale genees-
kunde
Dr K Stronks, AMC, Instituut Sociale Geneeskunde
Prof. dr F Sturmans, oud-hoogleraar EUR en hoofdredac-
teur TSG
Prof. dr J van der Velden, UMCN, afdeling Public Health
Prof. dr SP Verloove-Vanhorick, LUMC en TNO-PG

Tweede ring van discussianten:

Mr R Bekker, secretaris-generaal VWS
Drs RJ Beuse, directeur GGD Nederland en aanstaand directeur
Jan van Breemen Instituut
Drs PA Bootsma, waarnemend directeur Innovatie, Beroepen en
Ethiek VWS
Ir G van 't Bosch, directie Publieke Gezondheid VWS
Drs MJ van Iwaarden, directie Voeding, Gezondheids-
bescherming en Preventie VWS
Drs MI Esveld, oud-WHO en IGZ
Prof dr TED van der Grinten, lid RVZ en lid Gezondheidsraad
Drs L Kootstra, directeur Publieke Gezondheid VWS
Ir JF de Leeuw, directeur-generaal VWA

Dr M van Leeuwen, algemeen secretaris Gezondheidsraad
HHP Meijer, directie Publieke Gezondheid VWS
Drs HJ Smid, directeur ZonMw
Dr MJW Sprenger, directeur-generaal RIVM
Drs J Staman, directeur Rathenau-Instituut
Dr GHM ten Velden, Gezondheidsraad
Ir J van der Vlist, directeur-generaal milieu, VROM
Drs MI Verstappen, directie GG+GD Amsterdam
Drs P Vos, algemeen secretaris RVZ
Dr ir CM Vos, directie Markt & Consument, afdeling
Informatie en Kennis, VWS

Congres in Baltimore over vaccinonderzoek

Van 9 tot 11 mei 2005 werd het achtste jaarlijkse congres over vaccinonderzoek gehouden in Baltimore. Dit congres is een van de belangrijkste plekken om vaccinonderzoek te presenteren en te bespreken. Alhoewel er een vrij sterk accent ligt op de inbreng van Noordamerikaanse onderzoekers, is de oriëntatie internationaal en met oog voor de belangen van de Derde Wereld. Dit jaar zijn er bijvoorbeeld voor het eerst reisbeurzen aan onderzoekers uit ontwikkelingslanden verstrekt. Nieuw waren ook de *Meet the expert*-sessies, waar gelegenheid was te ontbijten met coryfeeën van de vaccinwereld. Zo zat ik om 7.00 uur aan tafel met Stanley Plotkin, de redacteur van het befaamde naslagwerk. Vanwege de *jet lag* was het vroege tijdstip geen probleem! Dit was niet de enige sessie die gecombineerd werd met een maaltijd; in de VS draait veel om eten. Het congres geeft een goed overzicht van het veld, zowel van de inhoud als de spelers. Onder de spelers moet men behalve de onderzoekers ook de industrie verstaan, want het grootschalig veldonderzoek naar de effectiviteit en de veiligheid van vaccins is een zaak van honderden miljoenen euro's geworden. Alle sprekers werd dan ook gevraagd hun financiële en onderzoeksbelangen bekend te maken (*disclosure*). Er waren ongeveer 400 deelnemers, 60 voordrachten en 75 posterpresentaties. Hier enkele hoofdpunten.

Dr H Houweling is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Dilemma's

David Heymann van de WHO schetste in zijn lezing enkele recente dilemma's in de infectieziektenbestrijding. In 1981 werden de eerste gevallen van AIDS geïdentificeerd. Kort daarvoor, in 1980, waren de pokken uitgeroeid. Dat was net op tijd, want het pokkenvaccin is niet bruikbaar bij HIV-geïnfecteerde personen. Dat was toen natuurlijk nog niet bekend, maar het geeft de onvoorspelbaarheid van infectieziekten aan. Sinds de vaccinatie tegen pokken beëindigd is, wordt overigens een toename van

monkey pox waargenomen. Alhoewel *monkey pox* een veel minder ernstige ziekte is dan ‘gewone’ pokken, overlijdt nog altijd tien procent van de patiënten. Op dit moment heeft de WHO zijn pijlen gericht op polio. Het is in principe op korte termijn mogelijk om ook polio de wereld uit te krijgen, maar ook daar moet men rekening houden met onverwachte tegenslag. In West-Afrika deed zich vorig jaar een grote epidemie van polio voor, nadat ideeën verspreid waren dat de vaccinatie tegen polio de oorzaak van de verspreiding van HIV zou zijn en dat aan het poliovaccin een anticonceptivum was toegevoegd. Door die geruchten was de vaccinatiegraad sterk gedaald. Met grote inspanning is het de WHO gelukt de geruchten uit de wereld te helpen en de vaccinatie weer op gang te brengen. In verreweg de meeste landen wordt overigens nu nog het Sabin-vaccin gebruikt. Het Sabin-vaccin bestaat uit levend, maar verzwakt poliovirus; het vaccin wordt opgegeten (‘suikerklontje’). Bij uitzondering kan het verzwakte virus in het vaccin echter zelf tot polio leiden. Ook bestaat het risico dat door recombinitie met wilde virussen virulente stammen ontstaan. Dat is vooral een probleem nu polio heel zeldzaam is. Daarom zou het suikerklontje eigenlijk vervangen moeten worden door een ander type poliovaccin, het Salk-vaccin, dat onder andere in Nederland gebruikt wordt. Het Salk-vaccin wordt gemaakt van gedood virus en wordt per injectie toegediend. Er is voor de vervanging van het Sabin-vaccin nog geen concreet plan. Er zijn twee problemen: 1) het Salk-vaccin is veel duurder dan het Sabin-vaccin en 2) het Salk-vaccin wordt gemaakt van hoogvirulent virus, en dat stelt hoge eisen aan de verwerking. Heymann noemde nóg een dilemma: als zich een pandemie (wereldwijde epidemie) van influenza door een totaal nieuw griepvirus voordoet, vormen antivirale middelen de eerste bescherming. Weinig landen kunnen het zich permitteren die aan te schaffen. Belangrijker nog is het om dan een vaccin te ontwikkelen tegen het nieuwe griepvirus, maar dat duurt tenminste een half jaar. Als het vaccin er is, is er maar productiecapaciteit voor ongeveer 300 miljoen doses per jaar, voor de hele wereld! Tijdens het congres was een hele sessie gewijd aan vaccinschaarste en het gebrek aan fabrieken voor de productie van vaccins (zie onder).

Influenza en pneumokokken

Na influenza treden vaak bacteriële superinfecties op. Dit is al lang bekend, onder meer door de pandemie van Spaanse griep in 1918 en 1919. De overgrote meerderheid van bacteriële longontstekingen begint waarschijnlijk als een virale infectie, bijvoorbeeld influenza. Slechts bij een klein deel van de patiënten met een bacteriële longontsteking lukt het om de verwekker, zoals pneumokokken, uit het bloed te kweken. Daardoor wordt het belang van pneumokokken als veroorzaker van longontsteking onderschat. In recent onderzoek in Gambia (Felicity Cutts) daalde het aantal nieuwe gevallen van longontsteking door pneumokokken na vaccinatie met 20-37 procent (afhankelijk van de urbanisatiegraad). De sterfte nam na vaccinatie tegen pneumokokken af met 16 procent. De ervaringen met pneumokokkenvaccins in andere landen zijn ook van belang voor Nederland. Het blijkt dat vaccinatie sterke indirecte gunstige effecten heeft, waarschijnlijk door een remmende invloed op dragerschap en het opwekken van groepsimmunitet. Drie jaar nadat de vaccinatie van zuigelingen in Noord Californië begonnen was, bleek bijvoorbeeld dat er een sterke daling van pneumokokkeninfecties was opgetreden bij andere leeftijdsgroepen, die niet gevaccineerd werden! Gemeten over alle leeftijden hoger dan vijf jaar nam het aantal gevallen van invasieve infecties af met 25 procent (95%BI 14-34). Deze gunstige indirecte effecten moeten bij beoordeling van de (kosten)effectiviteit van de vaccinatie worden meegewogen. Het gaat hier overigens om het nieuwe aan eiwit geconjugeerde pneumokokkenvaccin. Van het bij ouderen gebruikte gewone polysaccharidenvaccin is nooit aangetoond dat het, naast griepvaccinatie, een sterke preventieve werking heeft tegen longontsteking. Zoals al gezegd, zal ook bij een influenzapandemie een deel van de ziekte en sterfte waarschijnlijk veroorzaakt worden door pneumokokkeninfecties.

Rotavirusinfecties

Rotavirusinfecties zijn de belangrijkste oorzaak van gastroenteritis bij zuigelingen. Jaarlijks sterven er ongeveer 500.000 kinderen aan, vooral in ontwikkelingslanden. Het eerste vaccin tegen rotavirusinfecties (Rotashield) kwam op de markt in 1998, maar moest al binnen twee jaar worden teruggetrokken door het optreden van intussusceptie (opstropen en eventueel afsterven van de darm). Dat dit een zeldzame bijwerking van de vaccinatie kan zijn, bleek pas bij grootschalige toepassing. Uit nadere analyse van de gegevens bleek overigens dat het frequentere optreden van intussusceptie kort na de vaccinatie, gecompenseerd wordt door minder gevallen van intussusceptie op de wat de langere termijn. Mogelijk luxeert vaccinatie een toch al dreigende intussusceptie. Op dit moment worden twee nieuwe vaccins tegen rotavirusinfecties beproefd in grootschalige trials.

Het immuunapparaat als lerend systeem

Interessant waren ook enkele presentaties over de ontwikkeling van het immuunsysteem. David Goldblatt gaf een overzicht van immunologische ervaringen met aan eiwit geconjugeerde polysacchariden vaccins (tegen Hib, meningokokken C en pneumokokken). In tegenstelling tot gewone, dus niet aan eiwit gekoppelde, polysaccharidenvaccins zijn deze vaccins wel werkzaam bij jonge kinderen. In het eerste levensjaar is het nog moeilijk om een goede (en duurzame) immuniteit te bereiken, maar in de periode tussen 4 en 12 maanden maakt het immuunsysteem een belangrijke rijping door. Bij kinderen vanaf ongeveer een jaar oud blijkt het vermogen om met behulp van T-helpercellen de aanmaak van antistoffen van goede kwaliteit te sturen al aanmerkelijk toegenomen. Ook uit verschillende andere presentaties (Claire-Anne Siegrist/Paul-Henri Lambert, James Crowe, Tracy Hussell) kwam naar voren dat er een ondergrens is aan de leeftijd waarop kwalitatief goede antistofproductie mogelijk is. Het gaat daarbij om een complexe wisselwerking tussen het aangeboren immuunsysteem en specifieke verworven immuniteit. In deze vroege

periode is de zuigeling voor bescherming tegen vroeg optredende infecties voor een belangrijk deel afhankelijk van antistoffen van de moeder. Bijvoorbeeld bij kinkhoest en mazelen zou het daarom volgens sommigen overweging verdienen de antistofniveaus bij de aanstaande moeder te bepalen en haar zo nodig te revaccineren. Dat revaccineren moet dan wel plaatshebben vóórdat de vrouw zwanger wordt.

Vaccinschaarste

Er is wereldwijd een groot tekort aan productiecapaciteit voor vaccins. Dat is één van de overwegingen geweest bij de oprichting van het Nederlands Vaccin Instituut. Het tekort heeft verschillende oorzaken. De kosten van de ontwikkeling van nieuwe vaccins zijn sterk gestegen, vooral door de hoge veiligheidseisen en het benodigde grootschalige veldonderzoek. De hoge kosten zijn voor kleinere fabrikanten moeilijk op te brengen. Door een enorme fusiegolf is het aantal producenten sterk gereduceerd. De kansen op een succesvol ontwikkelingsproces, dat gemiddeld zo'n tien jaar in beslag neemt, zijn klein. Vergeleken met het financiële rendement op geneesmiddelen is dat op vaccins gering. De ontwikkeling van een fabriek voor de productie van vaccins vergt lange tijd, ten minste zo'n vijf jaar. Al met al gaat het om een onzekere investering. In verband met de schaarste heeft men in de VS al diverse malen rantsoenering van vaccins moeten toepassen. Recent was dat nog het geval met het influenzavaccin, door het uitvallen van de productie van een van de twee leveranciers. Verschillende (Amerikaanse) sprekers presenteerden ideeën voor een gezondere financiële basis, die nieuwe producenten zou moeten aanmoedigen het veld te betreden. Het Institute of Medicine (IoM) heeft voorgesteld om de productie van vaccins te subsidiëren. Het National Vaccine Advisory Committee (NVAC) ziet meer in stimulering van de vraag door het publiek bewust te maken van het belang van vaccinaties, versterking van de infrastructuur in de volksgezondheid (via section 317 van de Public Health Service Act), beperking van de (kosten van) benodigde trials en belastingvoordelen. David Johnson (Sanofi Pasteur) benadrukte het belang van het aanleggen

van adequate buffervoorraden. Anders dan op dit moment in de VS het geval is, zouden de betalingen voor deze voorraden op het moment van opname in de *stockpiles* geboekt moeten kunnen worden als inkomen. In zijn visie wordt bij planning en advisering onvoldoende gebruik gemaakt van de expertise van de vaccinproducenten. Advieslichamen en overheden zouden transparanter en voorspelbaarder moeten werken.

Een vaccin tegen malaria?

In de sessie *Vaccinology of neglected diseases*, die georganiseerd werd met steun van de Bill & Melinda Gates Foundation, rapporteerden Filip Dubovsky, Stefan Kappe en Ripley Ballou vorderingen in het onderzoek naar een vaccin tegen malaria. De gecompliceerde levenscyclus van de malariaparasiet maakt de ontwikkeling van een vaccin moeilijk. Desondanks was er voorzichtig optimisme dat een vaccin nu echt haalbaar is. Wereldwijd zijn zo'n vijftien klinische onderzoeken gaande met kandidaatvaccins. Vooral het recombinant RTS,S-vaccin leek in kortdurend onderzoek bij volwassenen en oudere kinderen veelbelovend. De vraag is nu of de werkzaamheid bevestigd kan worden in langdurend onderzoek bij zuigelingen. Op termijn van een aantal jaren kan hieruit mogelijk een in de praktijk bruikbaar vaccin voortkomen.

Therapeutische vaccins

Traditioneel worden vaccins ingezet ter preventie van infecties. In principe is het echter ook mogelijk vaccins in te zetten in de behandeling van ziekten waarbij immunologische processen een rol spelen. Tijdens het congres kwamen onderzoeken aan bod naar de ontwikkeling van therapeutische vaccins tegen aandoeningen door infecties met het humaan papillomavirus (HPV; Martin Kast), hepatitis C (Michael Houghton) en ziekte van Alzheimer (Dale Schenk). Vooral de bevinding van regressie van plaques bij patiënten met de ziekte van Alzheimer na vaccinatie met b-amyloid werd gezien als veelbelovend.

Screenen op darmkanker

Bevolkingsonderzoek naar kanker van de dikke darm (colon) of endeldarm (rectum) – hier kortweg aangeduid als darmkanker – is al enige tijd onderwerp van discussie. Als besloten wordt zo'n bevolkingsonderzoek landelijk in te voeren, zou men kunnen kiezen voor het screenen op sporen bloed in de ontlasting met een *faecal-occult-blood* test: de zogenoemde FOBT-screening. De uitkomsten van vier gerandomiseerde *trials* geven overtuigend aan dat sterfte aan darmkanker verminderd kan worden met deze vorm van screening. Omdat de in de onderzoeken gebruikte FOBT geen ideale test is, worden echter ook alternatieven op hun waarde onderzocht.

De wenselijkheid en te verwachten problemen van bevolkingsonderzoek naar darmkanker in Nederland zijn al uitvoerig bestudeerd. In 2001 bracht de Gezondheidsraad een signalerend advies uit. In 2003 volgde het rapport *Screening op colorectaal kanker in Nederland: tijd om te starten* van een landelijke projectgroep genaamd Cocast. In 2004 volgde het rapport *Vroege opsporing van dikkedarmkanker* van de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Deze rapporten hebben een aantal aanbevelingen opgeleverd. De leidende gedachte is bevolkingsonderzoek met FOBT in te voeren op geleide van de uitkomsten van implementatieonderzoek. Daarnaast wordt aanbevolen de haalbaarheid van screenen met sigmoïdoscopie te onderzoeken. Bij gunstige resultaten zouden dan in een gerandomiseerde *trial* de kosten en effecten van screenen met sigmoïdoscopie vergeleken kunnen worden met FOBT-screening. Ook zouden colonoscopie en nieuwere tests op hun bruikbaarheid moeten worden onderzocht.

Inmiddels zijn er verschillende initiatieven in ontwikkeling voor bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Voorjaar 2005 begint een opleiding voor verpleegkundig-endoscopisten. In Nijmegen en Amsterdam worden regionale proefcentra ingericht voor een implementatieonderzoek naar FOBT-screening. Onderzoek naar

WA van Veen, arts, is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Commissie WBO: conform de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) hoort de minister van VWS de Gezondheidsraad voordat hij beslist over het verlenen of intrekken van toestemming voor een vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. De hieruit voortvloeiende adviestaak wordt verricht door de in 1995 ingestelde Commissie WBO van de raad.

De publicatie *Wet bevolkingsonderzoek: vormen van screening op darmkanker (2005/01WBO)* kan gedownload worden van de website (www.gr.nl) en is verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschenen'.

de haalbaarheid van screenen met sigmoidoscopie is in voorbereiding. Er zijn ook projecten voor wetenschappelijk onderzoek naar tests op DNA en eiwitten, zij het nog niet onder personen uit de algemene bevolking. Om de initiatieven in goede banen te leiden, organiseerden ZonMw en KWF Kankerbestrijding een *Consensus Meeting*. Deze had plaats op 4 en 5 februari 2005 in Zwolle.

In 2004 vroeg de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) advies over een project van het academisch ziekenhuis Maastricht. Na ontvangst van een positief oordeel van de Medisch Ethische Commissie AZM/UM zond de aanvrager op 16 maart 2005 een aangepast projectvoorstel. Op 27 april bracht de Commissie WBO van de Gezondheidsraad een (voorwaardelijk) gunstig advies uit over het aangepaste voorstel. Het beoogde project is vooral gericht op alternatieven voor FOBT. De doelgroep bestaat uit werknemers van vijftig jaar en ouder van vier grote bedrijven en instellingen in Limburg. De deelnemers krijgen colonoscopie en, als zij daarin toestemmen, ook onderzoek van bloed en ontlasting. Als sigmoidoscopie gelden de bevindingen van colonoscopie in de eerste zestig centimeter van de dikke darm vanaf de anus. De studie wordt gefinancierd door de betrokken bedrijven en hoopt antwoord te gaan geven op de volgende onderzoeksvragen. Wat zijn de resultaten en kosten van screenen met colonoscopie, sigmoidoscopie of FOBT? Kunnen er screeningstests ontwikkeld worden die zich richten op DNA of eiwitten in bloed of ontlasting?

Samenstelling commissie:

prof.dr H Rigter, hoogleraar sociale aspecten van medische technologie; Erasmus MC Rotterdam, *voorzitter*
 dr EMA Bleiker psycholoog; Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam
 dr JH Dekker huisarts, Rijksuniversiteit Groningen
 prof. dr mr JCJ Dute hoogleraar gezondheidsrecht; Erasmus MC Rotterdam
 prof. dr LP ten Kate hoogleraar klinische genetica; VU medisch centrum, Amsterdam

prof.dr MH Prins hoogleraar klinische epidemiologie; Universiteit Maastricht
 prof. dr F Sturmans emeritus-hoogleraar epidemiologie; Geertruidenberg
 prof. EW Roscam Abbing, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag; *waarnemer*
 dr PMM Beemsterboer, Gezondheidsraad, Den Haag *secretaris*
 WA van Veen, arts, Gezondheidsraad, Den Haag. *secretaris*

Onderzoek naar aderverkalking

Ongeveer 40 procent van de volwassenen heeft een matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Dat wil zeggen dat zij een kans van tien tot twintig procent hebben op het ontstaan van hart- en vaatziekten in de volgende tien jaar. Uit deze groep komt een groot deel van de ziektelast en sterfte aan hart- en vaatziekten voort. Een mogelijkheid is om preventief medicatie voor te schrijven. Maar is dat wel doelmatig? Daarover wordt verschillend gedacht. Bij het UMC Utrecht wil men een onderzoek starten dat meer licht werpt op deze zaak. Hiervoor wil men bij de proefpersonen de verkalkingen in de kransslagaderen gaan meten. Omdat het gaat om bevolkingsonderzoek waarvoor een vergunning van VWS nodig is, vroeg de minister de Gezondheidsraad advies over het geplande onderzoek. De raad heeft hem geadviseerd om toestemming te geven.

Risicofactoren

Voor het schatten van iemands kans op hart- en vaatziekten zijn risicoscoresystemen beschikbaar. Meestal wordt hiervoor de Framingham-risicoscore (FRS) gebruikt, op basis van klassieke risicofactoren, zoals hoge bloeddruk en roken. De kwaliteit van de scoresystemen is echter matig. Er wordt dan ook gezocht naar mogelijkheden voor doelmatiger preventie door een betere risicoselectie. Dit kan in de eerste plaats door de weging van de gebruikte klassieke risicofactoren verder te verfijnen, en het bijvoorbeeld niet te laten bij de tweedeling 'roker' of 'niet-roker'. Zo kan bij rokers gedifferentieerd worden naar het aantal 'pakjaren', rekening houdend met het aantal jaren dat gerookt is en het aantal sigaretten per dag. Een tweede manier is het meewegen van additionele risicofactoren.

Recent onderzoek heeft vele 'nieuwe' risicofactoren voor hart- en vaatziekten opgeleverd. Eén daarvan is de coronaire

WA van Veen, arts, is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Commissie WBO: conform de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) hoort de minister van VWS de Gezondheidsraad voordat hij beslist over het verlenen of intrekken van toestemming voor een vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. De hieruit voortvloeiende adviestaak wordt verricht door de in 1995 ingestelde Commissie WBO van de raad.

De publicatie *Wet bevolkingsonderzoek: kalkscore en hart- en vaatziekten (2005/02WBO)* kan gedownload worden van de website (www.gr.nl) en is verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschenen'.

kalkscore. Er zijn aanwijzingen dat de kans op hart- en vaatziekten beter te voorspellen is wanneer de kalkscore aan de conventionele risicofactoren wordt toegevoegd dan wanneer dat niet gebeurt. Ook de totale sterfte, ongeacht de doodsoorzaak, zou beter te voorspellen zijn in combinatie met de coronaire kalkscore.

Kalkscore-meting

Er is behoefte aan onderzoek dat kan bevestigen dat het meten van de kalkscore bijdraagt aan de preventie van hart- en vaatziekten. Het tot dusver verrichte onderzoek is vaak van dubieuze kwaliteit (door een selecte onderzoekspopulatie, een gering aantal ‘harde eindpunten’ en het ontbreken van objectieve informatie over risicofactoren). Het meten van de kalkscore is pas te rechtvaardigen als het aantoonbaar extra preventieve winst geeft die opweegt tegen de nadelen, of als het tegengaet dat mensen onnodig behandeld worden. Met een dergelijk onderzoek zou snel begonnen moeten worden. Er zijn namelijk steeds meer initiatieven om een kalkscoremeting aan het publiek aan te bieden, al dan niet als onderdeel van een totaalpakket (*full-body CT screening*). Het is niet onwaarschijnlijk dat een ongestructureerd aanbod meer schade aanricht dan voordeel biedt.

Nieuw onderzoek

Onderzoekers van het UMC Utrecht vroegen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2004 om een onderzoek te mogen starten. Sindsdien stelden ze hun aanvraag nog wat bij en dienden die in maart 2005 opnieuw in. Op 27 april 2005 bracht de Commissie Wet Bevolkingsonderzoek (WBO) van de Gezondheidsraad een (voorwaardelijk) gunstig advies uit over deze nieuwe versie van de vergunningaanvraag.

De meting van verkalkingen in de kransslagaderen kan worden uitgevoerd met *multislice* spiraalcomputertomografie (MSCT) zonder contrastmiddel. In het Utrechtse onderzoek wil

men nagaan of het op deze manier meten van de kalkscore bij personen met een matig verhoogd risico (gevolgd door intensieve behandeling bij een score van meer dan 100) tot een sterkere vermindering in hart- en vaatziekten leidt dan wanneer een matig verhoogd risico met klassieke risicofactoren wordt vastgesteld en de gebruikelijke zorg wordt verleend wordt. Het onderzoeksproject is gekoppeld aan een regionaal screeningsprogramma van het UMC Utrecht voor werknemers van een aantal grote bedrijven. In het lopende screeningsprogramma worden in twee jaar 10 000 personen van 45 jaar en ouder onderzocht. Van hen hebben naar verwachting 4 000 personen een matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Aan deze mensen wordt gevraagd of zij willen deelnemen aan het beoogde project. De observatieperiode is vijf jaar.

De commissie WBO van de Gezondheidsraad bracht al eerder een gunstig advies uit over een onderzoek naar de meerwaarde van het meten van de kalkscore. Dat advies betrof de Rotterdam Coronary Calcification Study, een observationeel onderzoek naar de voorspellende waarde – onafhankelijk van klassieke risicofactoren – van de kalkscore in de kransslagaderen, de aortaboog en de halsslagaderen, uitgevoerd door het Erasmus MC. In Utrecht gaat het om experimenteel onderzoek naar het verbeteren van preventie. Andere verschillen zijn dat de onderzoeksgroep jonger is dan die in Rotterdam-Ommoord en dat de kalkscore alleen in de kransslagaderen gemeten wordt. Bovendien gebeurt dit alleen bij personen met een matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten. De onderzoeksvragen overlappen elkaar dan ook niet.

Samenstelling commissie:

prof.dr H Rigter, hoogleraar sociale aspecten van medische technologie; Erasmus MC Rotterdam, *voorzitter*

dr EMA Bleiker psycholoog; Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam

dr JH Dekker huisarts, Rijksuniversiteit Groningen

prof. dr JJM van Delden hoogleraar medische ethiek UMC Utrecht

prof. dr mr JCJ Dute hoogleraar gezondheidsrecht; Erasmus MC Rotterdam

prof. dr LP ten Kate hoogleraar klinische genetica; VU medisch centrum, Amsterdam

prof.dr MH Prins hoogleraar klinische epidemiologie; Universiteit Maastricht

prof. dr F Sturmans emeritus-hoogleraar epidemiologie; Geertruidenberg

prof. EW Roscam Abbing, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag; *waarnemer*

dr PMM Beemsterboer, Gezondheidsraad, Den Haag *secretaris*

WA van Veen, arts, Gezondheidsraad, Den Haag. *secretaris*

Allogene stamceltransplantaties bij kinderen

MdW Bij sommige mensen functioneert het beenmerg niet of slecht, bijvoorbeeld doordat zij lijden aan een erfelijke ziekte zoals thalassemie. Ook kan in het kader van een therapie het beenmerg zijn vernietigd, bijvoorbeeld bij bepaalde typen leukemie. Om de functie van het beenmerg te herstellen, kunnen stamcellen uit bloed of beenmerg van een donor worden gegeven. Men spreekt dan van allogene stamceltransplantatie.

De Gezondheidsraad bracht meerdere adviezen uit over dit onderwerp: *Allogene beenmergtransplantatie* (1994), *Kanttekeningen bij het ontwerp-planningsbesluit hemopoëtische stamceltransplantatie* (2001) en *Hematopoëtische stamcellen* (2003). De raad stelde dat er in Nederland voldoende capaciteit is voor het verrichten van de transplantaties. Ook is gesteld dat, uit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid, het raadzaam is om per centrum 25 of meer van deze transplantaties per jaar te doen.

In een brief van 27 april 2005 schrijft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de raad dat de eerdere adviezen een rol hebben gespeeld bij de behandeling van de vergunningaanvraag van het UMC St. Radboud voor het verrichten van allogene stamceltransplantaties bij kinderen. De minister wees de vergunning af. Hierop diende het UMC St. Radboud op 20 juli 2004 een bezwaarschrift in. Op advies van de VWS-commissie bezwaarschriften Awb besloot de minister om zijn besluit in heroverweging te nemen.

Bij de heroverweging van zijn besluit zal de minister zich beperken tot de vraag of het UMC St. Radboud voldoet aan de minimale omvang van het aantal allogene stamceltransplantaties bij kinderen. De minister vraagt de Gezondheidsraad om een aanvullend advies uit te brengen over het minimum aantal allogene transplantaties bij kinderen, waar een centrum vanuit het oogpunt van kwaliteit, ervaring en doelmatigheid aan dient te voldoen.

Milieu

Reacties op advies over kinderen en bestrijdingsmiddelen

Bestrijdingsmiddelen ondergaan een strenge toelatingsprocedure voordat ze op de markt worden gebracht. De afgelopen jaren zijn echter vragen gerezen over risico's voor kinderen. Deze risico's zouden tijdens de procedure onvoldoende aan bod komen. Op 7 juni 2004 presenteerde de Gezondheidsraad hierover het advies *Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen (2004/11)* aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en diens collega van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad achtte aanpassing van de procedure verstandig.

Dr HFG van Dijk is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Inmiddels hebben diverse nationale instellingen en organisaties op het advies gereageerd. Dat die reacties nogal wisselend van aard waren, zal gezien de verschillende achtergronden niemand verbazen. In zijn huisblad (juli/augustus) kopte de Stichting Natuur en Milieu 'Gezondheidsraad: normen flink aanscherpen'. In het zomernummer van *Voeding Nu*, een uitgave van het Voedingscentrum, staan de bevindingen en aanbevelingen van de raad uitvoerig en zonder commentaar samengevat. In een begeleidend redactioneel wordt geconstateerd dat jonge kinderen en zwangere vrouwen het beste biologische groenten en vruchten kunnen eten. Op zijn website wijst het Voedingscentrum er echter op dat de risico's gering zijn en dat een gevarieerd eetpatroon de kans op gezondheidsschade verder zal verminderen. De organisatie benadrukt vooral dat het belangrijk is om voldoende groenten en fruit te eten.

In het buitenland is het advies eveneens niet onopgemerkt gebleven. De belangrijkste conclusies staan kort genoemd in het redactioneel in het septembernummer van *Pesticides News* (uitgave van het Pesticide Action Network UK) en in een ingezonden brief in het oktober/decembernummer van het *International Journal of Occupational and Environmental Health*.

Op 22 februari 2005 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Tweede Kamer schriftelijk laten weten welke beleidsinitiatieven hij en zijn collega van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit hebben genomen naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad. Het RIVM heeft opdracht gekregen te onderzoeken hoe de testmethodieken (proefdierstudies, blootstellingsmodellen) ter beoordeling van de risico's van chemische stoffen voor kinderen concreet kunnen worden verbeterd. Ten behoeve van de internationale afstemming zal het instituut zijn bevindingen inbrengen in de daartoe geëigende internationale gremia. Het RIVM en TNO hebben het verzoek gekregen een protocol op te stellen voor het meten van de voedselconsumptie door kinderen van een half tot vier jaar oud. De voedselconsumptiepeiling zal nog dit jaar plaatsvinden. Met de gegevens kan de blootstelling van kinderen, ook die van zes tot twaalf maanden oud, aan chemische stoffen via de voeding worden berekend. De Gezondheidsraad, ten slotte, kan een tweede, meer algemene adviesaanvraag over gevoelige bevolkingsgroepen tegemoet zien.

In december 2004 – nog net onder het Nederlandse EU-voorzitterschap – hebben Commissie, Raad en Parlement van de Europese Unie overeenstemming bereikt over een nieuwe residu-verordening voor bestrijdingsmiddelen in voedselgewassen. Daarin komt, mede dankzij de inspanningen van Nederland, explicieter aandacht voor de bescherming van kinderen en zullen cumulatieve effecten van bestrijdingsmiddelen met een zelfde werking in beschouwing worden genomen. De Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid is inmiddels verzocht de daartoe benodigde methoden te ontwikkelen. De minister besluit zijn reactie naar de Tweede Kamer met de mededeling dat hij het advies om dagelijks voldoende groente en fruit te eten, ook met betrekking tot kinderen, handhaaft.

Installatie commissie ‘Nanotechnologie en gezondheid’

Nanowetenschap en nanotechnologie vormen een vakgebied dat momenteel in het middelpunt van de belangstelling staat. Het voorvoegsel ‘nano-’ is afkomstig van het Griekse woord ‘nanos’ (nanos), dat ‘dwerg’ betekent. In samenstelling met een maat geeft het aan dat het om het één miljardste deel van die maat gaat. Eén nanometer, afgekort als nm, is dus één miljardste meter. Het is deze nanometer waaraan het voorvoegsel in de termen nanowetenschap en nanotechnologie refereert.

Dr HFG van Dijk is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De nanoschaal is de schaal van atomen en moleculen, de bouwstenen van zowel dode als levende materie. Technische ontwikkelingen gedurende de laatste twee decennia hebben het mogelijk gemaakt om individuele atomen en moleculen waar te nemen, te bestuderen en zelfs te manipuleren en dat is precies waar de nanowetenschap en de nanotechnologie zich op richten. De verwachtingen omtrent mogelijke toepassingen van de nieuwe en nog te vergaren kennis zijn hooggespannen. De mogelijkheden lijken welhaast onbegrensd: snellere en krachtigere computers, nieuwe en betere materialen, zuiniger gebruik en recycling van grondstoffen, en een grote vooruitgang in de geneeskunst. Men hoopt bijvoorbeeld de effectiviteit van geneesmiddelen te vergroten en het aantal bijwerkingen te verminderen. De laatste tijd neemt echter ook de ongerustheid toe over mogelijke risico's die aan deze nieuwe technologie kleven.

Op 15 december 2004 heeft de plaatsvervangend algemeen secretaris van de Gezondheidsraad, prof. dr WF Passchier, in naam van de voorzitter van de Gezondheidsraad, de commissie ‘Nanotechnologie en gezondheid’ geïnstalleerd. Deze zal in een verkennend advies een overzicht geven van de betekenis van nanowetenschap en nanotechnologie voor de gezondheid. Daarbij

zullen zowel de kansen als de risico's aan bod komen. Het betreft een advies dat de raad uit eigen beweging opstelt. Het zal naar verwachting in het najaar van 2005 verschijnen.

Samenstelling commissie:

prof. dr ir WE Bijker, hoogleraar techniek en samenleving;

Universiteit Maastricht; *voorzitter*

prof. dr ID de Beaufort, hoogleraar medische ethiek; Erasmus

Medisch Centrum, Rotterdam

prof. dr ir A van den Berg, hoogleraar biomedische en milieu-

sensorsystemen; Universiteit Twente, Enschede

prof. dr PJA Borm, hoogleraar inhalatietoxicologie; Heinrich

Heine Universität, Düsseldorf; tevens lector aan Hogeschool

Zuyd, Heerlen

prof. dr WJG Oyen, hoogleraar nucleaire geneeskunde;

Universitair Medisch Centrum Nijmegen

prof. dr GT Robillard, hoogleraar enzymologie; Rijksuni-

versiteit Groningen; tevens directeur Biomade

Technology Foundation, Groningen

dr HFG van Dijk; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Arbeidsomstandigheden

Risico's van beroepsmatige blootstelling aan vier kankerverwekkende stoffen

Op 19 april 2005 heeft de Gezondheidsraad vier adviezen gepresenteerd aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ten behoeve van het arbeidsomstandighedenbeleid. De adviezen bevatten een beoordeling van de extra kans op overlijden aan kanker na inademing van de stoffen dacarbazine, cisplatine, 4-chloor-*o*-fenyleendiamine en 2-nitronafthaleen.

Dr JM Rijnkels is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De Commissie WGD licht de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor over de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan toxische stoffen.

Dacarbazine

Dacarbazine is een chemotherapeuticum. Tijdens het voorbereiden en toedienen van dit middel kunnen werknemers aan de stof worden blootgesteld. Bij veertig jaar beroepsmatige blootstelling is de luchtconcentratie die samenhangt met een extra kans op overlijden aan kanker:

- van 4 per 1 000 gevallen gelijk aan 90 microgram dacarbazine per kubieke meter;
- van 4 per 100 000 gevallen gelijk aan 0,9 microgram dacarbazine per kubieke meter.

De publicaties *Dacarbazine* (2005/01OSH), *2-Nitronaphthalene* (2005/02OSH), *Cisplatin* (2005/03OSH) en *4-chloro-o-phenylenediamine* (2005/04OSH) zijn te downloaden vanaf www.gr.nl en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Cisplatina

Cisplatina is ook een chemotherapeuticum. Bij veertig jaar beroepsmatige blootstelling is de luchtconcentratie die samenhangt met een extra kans op overlijden aan kanker

- van 4 per 1 000 gevallen gelijk aan 5 microgram cisplatina per kubieke meter;
- van 4 per 100 000 gevallen gelijk aan 0,05 microgram cisplatina per kubieke meter.

4-Chloor-*o*-fenyleendiamine

Dit is een monocyclisch aromatisch amine dat onder andere wordt gebruikt als intermediair in verf. Bij veertig jaar beroepsmatige blootstelling is de luchtconcentratie die samenhangt met een extra kans op overlijden aan kanker

- van 4 per 1 000 gevallen gelijk aan 20 milligram 4-chloor-*o*-fenyleendiamine per kubieke meter;
- van 4 per 100 000 gevallen gelijk aan 0,2 milligram 4-chloor-*o*-fenyleendiamine per kubieke meter.

2-Nitronafthaleen

2-Nitronafthaleen is een nitro-polycyclische aromatische koolwaterstof die kan ontstaan bij incomplete verbranding van organisch materiaal, zoals hout en steenkool. De Gezondheidsraad is van mening dat het voor deze stof door gebrek aan gegevens niet mogelijk is om luchtconcentraties te berekenen die samenhangen met extra kansen op overlijden aan kanker.

Samenstelling commissie:

prof. dr GJ Mulder, toxicoloog; Universiteit Leiden, Leiden;
voorzitter
dr RB Beems, toxicologisch patholoog; Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
dr LJNGM Bloemen, epidemioloog; Environ, Nederland
dr PJ Boogaard, toxicoloog; Shell International BV, Den Haag
dr PJ Borm, toxicoloog; Heinrich Heine Universität Düsseldorf
(Duitsland)
mr JJAM Brokamp; Sociaal-Economische Raad, Den Haag;
adviseur
dr TM Pal, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroeps-
ziekten, Amsterdam
prof. dr IM Rietjens, toxicoloog; Wageningen Universiteit,

Wageningen
dr H Roelfzema; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport, Den Haag; *adviseur*
prof. dr ir T Smid, arbeidshygiënist; KLM Arbo Services
BV, Schiphol en Vrije Universiteit, Amsterdam
dr GMH Swaen, epidemioloog; Dow Benelux NV,
Terneuzen
dr RA Woutersen, toxicologisch patholoog; TNO
Voeding, Zeist
P Wulp, bedrijfsarts; Arbeidsinspectie, Groningen
dr ASAM van der Burght, Gezondheidsraad, Den Haag;
secretaris
dr JM Rijnkels, Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Glutaaraldehyde

MdW Glutaaraldehyde is irriterend voor ogen, huid en bovenste luchtwegen en veroorzaakt overgevoelighedsreacties bij huidcontact en soms ook bij inademing. De stof kan astma veroorzaken dan wel de symptomen van astma verergeren. Om mensen die op hun werk met deze stof in aanraking komen tegen deze gevolgen te beschermen, is het nodig zowel blootstellingspieken tegen te gaan als de gemiddelde blootstelling te begrenzen. In het advies dat op 12 mei 2005 aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is aangeboden, stelt de Gezondheidsraad daarom twee gezondheidskundige advieswaarden voor. Deze aanbevelingen vormen de eerste stap in een drietrapsprocedure die moet leiden tot wettelijke grenswaarden.

De Commissie WGD licht de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor over de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan toxische stoffen.

De publicatie *Glutaaraldehyde* (2005/05OSH) is te downloaden van www.gr.nl en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Glutaaraldehyde is een kleurloze, olieachtige vloeistof met een prikkelende geur. De stof wordt onder meer gebruikt bij de sterilisatie van instrumenten en bij het balsemen en fixeren van organische weefsels. De stof kan astma veroorzaken, dan wel de symptomen van astma verergeren. Voor ernstige gezondheidseffecten zoals kanker of schade aan het nageslacht hoeft men bij blootstelling aan glutaaraldehyde volgens de Gezondheidsraad niet te vrezen.

De commissie ging na aan hoeveel glutaaraldehyde mensen kunnen worden blootgesteld zonder last te krijgen van geïrriteerde ogen, neus en keel. Dat niveau blijkt te liggen bij $0,4 \text{ mg/m}^3$. De commissie adviseert deze waarde vast te stellen als plafondwaarde (*ceiling*waarde) om werknemers te beschermen tegen de piekblootstellingen die karakteristiek zijn voor veel werkzaamheden met glutaaraldehyde.

Uit onderzoek blijkt dat mensen meer klachten ondervinden naarmate ze vaker aan glutaaraldehyde zijn blootgesteld. De commissie beveelt daarom ook een gezondheidskundige advieswaarde aan ter begrenzing van de blootstelling, gemiddeld over een achturige werkdag. Onderzoek met mensen heeft onvoldoende

informatie opgeleverd om zo'n waarde te kunnen afleiden. Er is echter wel proefdieronderzoek dat hiervoor geschikt is. Op grond daarvan komt de commissie uit op een gezondheidkundige advieswaarde van 0,08 mg/m³.

Samenstelling Commissie WGD:

prof. dr GJ Mulder, toxicoloog; Universiteit Leiden, Leiden; <i>voorzitter</i>	Wageningen
dr RB Beems, toxicologisch patholoog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven	dr H Roelfzema; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; <i>adviseur</i>
dr LJNGM Bloemen, epidemioloog; Environ, Nederland	prof. dr ir T Smid, arbeidshygiënist; KLM Arbo Services BV, Schiphol en Vrije Universiteit, Amsterdam
dr PJ Boogaard, toxicoloog; Shell International BV, Den Haag	dr GMH Swaen, epidemioloog; Dow Benelux NV, Terneuzen
prof dr PJ Borm, toxicoloog; Centre of Expertise in Life Sciences, Hogeschool Zuyd, Heerlen	dr RA Woutersen, toxicologisch patholoog; TNO Voeding, Zeist
mr JJAM Brokamp; Sociaal-Economische Raad, Den Haag; <i>adviseur</i>	P Wulp, bedrijfsarts; Arbeidsinspectie, Groningen
prof. dr ir DJJ Heederik, epidemioloog, IRAS, Utrecht	dr ASAM van der Burght, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>
dr TM Pal, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam	ir TMM Coenen, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>
prof. dr IMCM Rietjens, toxicoloog; Wageningen Universiteit,	dr JM Rijnkels, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>

Het advies *Glutaaraldehyde* is opgesteld in samenwerking met de Nordic Expert Group.

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**2005**

Wet bevolkingsonderzoek: kalkscore en hart- en vaatziekten. 2005/02WBO.

Wet bevolkingsonderzoek: vormen van screening op darmkanker. 2005/01WBO.

Vergrijzen met ambitie. 2005/06.

Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een griep pandemie. 2005/05.

Het chronische-vermoeidheidssyndroom. 2005/02.

2004

European primary care. 2004/20E.

Kunstmatige ondersteuning bij leverfalen. 2004/19.

Emerging zoonoses / Opduikende zoönosen. 2004/18.

Screening op type 2 diabetes. 2004/16.

Signalering Ethiek en Gezondheid 2004 _ Gezondheidsraad. 2004/12.

Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. 2004/10.

Bewaartermijn patiëntengegevens. 2004/08.

Screenen op chlamydia. 2004/07.

Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. 2004/06.

Antivirale middelen bij een griepandemie; gebruik bij schaarste. 2004/05.

Vaccinatie tegen kinkhoest. 2004/04.

Omstreden Herinneringen. 2004/02.

Voeding**2005**

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

2004

Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen. 2004/11.

Chiazaad. 2004/05VNV.

Nonisap (3). 2004/04VNV.

Nonisap (2). 2004/03VNV.

Lycopen/Lycopene. 2004/02VNV.

Isomaltulose. 2004/01VNV.

Milieu**2005**

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

2004

Risico van bodemverontreiniging voor de mens: bodemonderzoek, modellen en normen. 2004/15.

Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid. 2004/14.

TNO-onderzoek naar effecten van GSM- en UMTS-signalen op welbevinden en cognitie. Beoordeling en aanbevelingen voor nader onderzoek. 2004/13.

Natuur en gezondheid. Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden. 2004/09.

Elektromagnetische velden. 2004/01.

Arbeidsomstandigheden**2005**

Glutaraldehyde; Health-based recommended occupational exposure limit. 2005/05OSH.

4-Chloro-*o*-phenylenediamine; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/04OSH.

Cisplatin; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/03OSH.

2-Nitronaphthalene; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/02OSH.

Dacarbazine; Health-based calculated occupational cancer risk values. 2005/01OSH.

2004

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.

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.
 Nitrogen Mustard (hydrochloride); Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/06OSH.
 Mitomycin C; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/05OSH.
 Bleomycin; Health based calculated occupational cancer risk values. 2004/04OSH.
 Tetrachloroethylene (PER) - 2; Health-based recommended occupational exposure limit for short-term exposure. 2004/03OSH.
 Wheat and other cereal flour dusts; An approach for evaluating health effects from occupational exposure. 2004/02OSH.
 Nitrogen dioxide; Health-based recommended occupational exposure limit. 2004/01OSH.
 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.
 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.

GRAADMETER # 3
JAARGANG 21
MEI / JUNI 2005

Redactie

WF Passchier (hoofdredacteur),
MMHE van den Berg, W Bosman,
ASAM van der Burght, K Groene-
veld, 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