

G r A A D M E T E R # 2 *Evidence based*

vaccineren ³; Varia ⁵; Gr-Galerie ⁷ / Gezondheidszorg ⁸:
Nieuwe vaccins voor nieuwe doelgroepen verdienen een
plaats in ons nationale vaccinatieprogramma ⁹;
Reikwijdteadvies van de Commissie WBO over ‘aanbod’ en
‘medische indicatie’ ¹²; Griepvrij zinnig voor iedereen
boven de zestig jaar ¹⁵; Ruilen van donornier tegen
voorrang op wachtlijst wringt met gelijke behandeling ¹⁷;
Nacontrole na kanker beter afstemmen op doel en kennis ²⁰
/ Gezondheidsonderzoek ²³: Conferentie over
translationeel onderzoek ²⁴ / Voeding ²⁹: Ongerichte
waarschuwingen op verpakkingen onnodig beperkend voor
mensen met voedselallergie ³⁰; Nieuwe voedingsnota
aangekondigd ³² / Milieu ³³: Geen aanwijzingen voor
gezondheidsproblemen door UMTS en DECT ³⁴ /
Arbeidsomstandigheden ³⁶: Nachtsymposium over het
leven en werken tijdens de nacht ³⁷; Protocollen
ondersteunen beoordeling arbeidsongeschiktheid ⁴⁰;
Advisering over stoffen op de werkplek verandert met
nieuw grenswaardestelsel ⁴².

Graadmeter is een uitgave van het secretariaat van de Gezondheidsraad.

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

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

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

Evidence based vaccineren

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) bestaat in 2007 vijftig jaar. Gedurende die jaren heeft de Gezondheidsraad geregeld geadviseerd over vaccineren en vaccinatieprogramma's. In deze *Graadmeter* aandacht voor twee onlangs verschenen adviezen waarin een *evidence based* benadering centraal staat.

Op 7 maart 2007 verscheen *De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden*. Tijdens een goedbezocht symposium bij het RIVM overhandigde de voorzitter van de Gezondheidsraad het advies via Directeur Generaal de Goeij aan de minister van VWS. In dit advies worden zeven criteria geïntroduceerd om te kunnen beoordelen of een vaccinatie voor opname in een publiek vaccinatieprogramma in aanmerking komt. Criteria waarvoor ook in het buitenland belangstelling bestaat, zo bleek tijdens een bijeenkomst van de Federation of European Academies of Medicine afgelopen januari. In het advies worden de huidige vijftien RVP-vaccinaties en drieëntwintig meer of minder realistische kandidaatvaccinaties getoetst aan de zeven criteria. Uit de toespraak van DG de Goeij bleek dat de minister de voorgestelde criteria overneemt.

Dezelfde criteria zijn gehanteerd in het advies *Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling*, dat op 8 maart 2007 is uitgebracht. Aangezien specifieke gegevens ontbraken, liet de Gezondheidsraad zelf onderzoek doen naar overmaat aan ziekte en sterfte door griep. De commissie baseerde haar advies mede op dit onderzoek.

Ook bij een *evidence based* benadering blijft het toeval een rol spelen. Dat bleek maar weer op de dag waarop het advies over griepvaccinatie verscheen. Precies op die dag bleek dat zoveel mensen in Nederland griep hadden dat van een epidemie mocht worden gesproken.

Vaccinatie blijft voorlopig een *hot topic*; voor de Gezondheidsraad en dus ook voor *Graadmeter*. In het eerste nummer van 2007 kwam al ter sprake dat de wetenschappelijke grond ontbreekt voor het hardnekkige gerucht dat vaccinatie tegen bof, mazelen en rodehond kan leiden tot autisme. In volgende nummers komen adviezen over BCG-vaccinatie en over vaccinatie tegen hepatitis B aan bod. Later volgen adviezen over vaccinatie tegen diarree door rotavirus en tegen waterpokken en gordelroos. Binnenkort start een commissie van de Gezondheidsraad met een advies over de bestrijding van baarmoederhalskanker. Ook hierbij is vaccinatie sinds kort een optie.

Vertrek hoofd bedrijfsvoering

De loopbaan van Wilco Vink bij de Gezondheidsraad was kort maar krachtig. Hij kwam najaar 2004 in dienst bij het secretariaat van de raad en vertrekt op 15 april 2007.

Ruim tweeënehalf jaar lang heeft Wilco leiding gegeven aan het bedrijfsbureau en zich beziggehouden met het regelen van personele, financiële en ondersteunende taken. Hij was de man die het bestedingsplan en de jaarrekening opstelde, overleg voerde met VWS over allerlei bedrijfsmatige taken, en de financiële zaken met de andere departementen regelde. Wilco was een vurig pleitbezorger voor een verhoogd kostenbewustzijn bij de medewerkers. Juist in deze moeilijke tijden met cumulatieve bezuinigingsrondes geen overbodige luxe.

Wilco heeft naast zijn gewone taken als hoofd bedrijfsvoering veel werk verzet om er voor te zorgen dat de secretariaten van de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek konden worden samengevoegd. Nu dat begin van dit jaar formeel zijn beslag heeft gekregen, moeten we hem helaas laten gaan. Hij gaat naar Rotterdam toe om voor de Rechtbank (het Landelijk Coördinatiecentrum voor Megazaken) te gaan werken als hoofd bedrijfsvoering. Een baan dicht bij huis én een promotie, waarmee wij hem van harte feliciteren.

Jaarverslag 2006

Op 27 maart 2007 – keurig binnen de in de Kaderwet gestelde wettelijke termijn – verscheen het *Jaarverslag 2006 Gezondheidsraad/RGO*. In het jaarverslag passeren enkele opmerkelijke adviezen uit het afgelopen jaar de revue, waar mogelijk aangevuld met reacties op die adviezen. Ook komt weer een commissievoorzitter aan het woord. Dit keer is dat prof. dr. ir. Wiebe Bijker, hoogleraar techniek en samenleving en voorzitter van de commissie die in

2006 advies over nanotechnologie uitbracht. Verder maakt de lezer kennis met het nieuwste en jongste erelid van de Gezondheidsraad: hoogleraar gezondheidsethiek prof. dr. Inez de Beaufort. Het jaarverslag is geïllustreerd met kleurenfoto's van kunstwerken die in het afgelopen jaar in de centrale ruimten bij de Gezondheidsraad en RGO werden tentoongesteld.



Van 17 april tot half juni 2007 toont Gr-Galerie werk van **Miek Coppens** uit Breda. Ze maakt 'papierages': vellen papier die ze met de hand scheidt uit papierpulp. Daarin verwerkt ze vezels van bomen, kokos of vlas. Of roestige onderdelen, zoals bij het werk *Tabula Rasa III* dat u op de foto ziet.

Gezondheidszorg

Nieuwe vaccins voor nieuwe doelgroepen verdienen een plaats in ons nationale vaccinatieprogramma

Lange tijd was het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) erop gericht alle Nederlandse kinderen in te enten tegen ziektes als polio, kinkhoest en mazelen. Die ziektes zijn nu grotendeels bedwongen, al blijft doorgaan met vaccineren noodzakelijk om uitbraken te voorkomen. Maar de ontwikkelingen staan niet stil. Vijftig jaar na het begin van het programma komen nieuwe doelgroepen in beeld om gevaccineerd te worden. Nieuwe technieken (bijvoorbeeld met DNA) en een steeds beter inzicht in de werking van het immuunsysteem leiden tot de ontwikkeling van nieuwe vaccins. Het ligt dan ook voor de hand dat het pakket de komende jaren uitgebreid zal worden. Ook oudere kinderen, volwassenen en ouderen kunnen dan beschermd worden tegen bepaalde ziektes. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 7 maart 2007 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op een symposium over de toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma.

Dr. P. Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden* (2007/02) is te downloaden van www.gr.nl en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschonen'.

In ons land wordt zo'n 95 procent van de kinderen in het kader van het RVP gevaccineerd tegen een aantal ernstige kinderziekten. De acceptatie is dus hoog. Alleen in gemeenschappen van bevindelijk gereformeerden worden kinderen vaak niet gevaccineerd. Voor rode hond, mazelen en polio heeft dit als gevolg dat de virussen toch kunnen blijven circuleren, terwijl deze ziekteverwekkers anders uitgeroeid zouden kunnen worden. Het hoogst bereikbare is dan: genoeg collectieve weerstand opbouwen, zodat de ziekte zich niet kan verspreiden.

Tot nu toe is het programma daarin zeer succesvol geweest – zo succesvol dat soms meer aandacht gaat naar de (vermeende) bijwerkingen dan naar de ziekte en sterfte die worden voorkomen. Bovendien zijn ouders steeds mondiger en hebben zij toegang tot allerlei soorten informatie. Goede voorlichting is dan ook onontbeerlijk om de noodzakelijke vaccinatiegraad te behouden. Dat

impliceert: goede communicatieve vaardigheden bij zorgverleners en helderheid over de voor- en nadelen van vaccinatie.

Behouden wat er is bereikt, is echter niet het enige. De ontwikkelingen in de immunologie gaan snel, en nieuwe vaccins komen op de markt. Een voorbeeld is de recente introductie van een vaccin tegen het humaan papillomavirus, dat baarmoederhalskanker kan veroorzaken. De vraag wordt dan of zo'n vaccin ook aangeboden moet worden in het kader van een publiek programma. Om daartoe te besluiten moeten we wel weten dat invoering effectief, veilig en doelmatig zal zijn.

Op dit moment adviseert de Gezondheidsraad nog niet om een van de nieuw beschikbare vaccins al op te nemen in het RVP. Wel zijn er serieuze kandidaten, zoals vaccinatie van zuigelingen tegen het rotavirus, dat ernstige diarree en uitdroging kan veroorzaken, vaccinatie van pubers tegen het humaan papillomavirus, dat kan leiden tot baarmoederhalskanker, of vaccinatie van ouderen tegen gordelroos.

Het is belangrijk om de ontbrekende gegevens te verzamelen die nog nodig zijn om te kunnen beoordelen of de nieuwe vaccins in aanmerking komen voor opname in ons nationale vaccinatieprogramma. Om die toetsing systematisch uit te voeren heeft de raad een set van zeven criteria geformuleerd. Zo'n expliciet beoordelingskader voor publieke vaccinatieprogramma's was tot nu toe niet voorhanden.

Samenstelling commissie:

- | | |
|---|---|
| prof. dr. E.J. Ruitenberg, emeritus hoogleraar immunologie; Universiteit Utrecht; hoogleraar internationale volksgezondheid; Vrije Universiteit, Amsterdam; <i>voorzitter</i> | drs. S. Hahné, (februari-september 2006), epidemioloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; <i>adviseur</i> |
| drs. D.J.A. Bolscher, medisch adviseur Prepas, Ent-administratie voor Gelderland en Overijssel-Flevoland, Deventer | prof. dr. J. Huisman, emeritus hoogleraar infectieziektenbestrijding, Rotterdam |
| ir. G. van 't Bosch, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; <i>adviseur</i> | dr. H.E. de Melker, (juli 2003-januari 2006 en vanaf september 2006), epidemioloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; <i>adviseur</i> |
| prof. dr. W. van Eden, arts-microbioloog / hoogleraar veterinaire immunologie; Universiteit Utrecht | dr. T.G.W.M. Paulussen, hoofd sector Gezondheidsbevordering; TNO Kwaliteit van Leven, Leiden |
| dr. K. Groeneveld, medisch immunoloog; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>adviseur</i> | dr. M.J. Postma, gezondheidseconoom; Rijksuniversiteit Groningen |
| prof. dr. R. de Groot, hoogleraar kindergeneeskunde; Universiteit Nijmegen | dr. F. Pijpers (tot juli 2006), jeugdarts; GGD Amsterdam |
| | prof. dr. J.J. Roord, hoogleraar kindergeneeskunde; Vrije |

Universiteit, Amsterdam
prof. dr. J.L. Severens, hoogleraar *medical technology assessment*; Universiteit Maastricht en Academisch Ziekenhuis Maastricht
prof. dr. B.H. Stricker, hoogleraar farmaco-epidemiologie; Erasmus Universiteit, Rotterdam
prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; Universiteit Leiden, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

dr. H.P. Verbrugge, jeugdarts; Santpoort
dr. M. Verweij, ethicus; Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht
dr. A.C.G. Voordouw, arts, MPH; College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Den Haag; *adviseur*
dr. H.L. Zaaijer, arts-microbioloog; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
dr. H. Houweling, arts-epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Reikwijdteadvies van de Commissie WBO over ‘aanbod’ en ‘medische indicatie’

De Commissie WBO van de Gezondheidsraad heeft zich opnieuw gebogen over de reikwijdte van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Aanleiding was een vergunningaanvraag voor een wetenschappelijk onderzoek bij meisjes en vrouwen met het syndroom van Turner. De commissie zag zich gesteld voor de vraag of er bij dit onderzoek wel sprake is van bevolkingsonderzoek in de zin van de wet. Zij plaatste deze vraag in een breder kader, zoals zij ook bij haar eerdere reikwijdteadviezen heeft gedaan.

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

De publicatie *Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (7)* (2007/02WBO) 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'.

Syndroom van Turner

Het onderzoeksvorstel waarvoor vergunning werd gevraagd, betreft meisjes en vrouwen met het turnersyndroom. Vrouwen hebben in de regel twee X-chromosomen, maar bij deze meisjes en vrouwen ontbreekt een van die twee chromosomen geheel of gedeeltelijk. Acht procent van de meisjes en vrouwen met dit syndroom heeft behalve een X-chromosoom bovendien materiaal van het Y-chromosoom. In dat geval is de kans op het ontstaan van een gonadoblastoom verhoogd. Een gonadoblastoom is een goedaardige tumor die in een onbekend percentage van de gevallen kwaadaardig kan worden.

Er zijn nieuwe technieken beschikbaar voor de opsporing van Y-chromosomaal materiaal (PCR-, FISH-test). Daarmee kunnen kleine delen van het Y-chromosoom worden aangetoond bij vrouwen met turnersyndroom bij wie met conventioneel onderzoek geen Y-chromosomaal materiaal is gevonden: *hidden Y*. In het voorstel gaat het om de kans op een gonadoblastoom bij *hidden Y*. Bij de deelnemers wordt bloed afgenomen voor DNA-onderzoek naar Y-chromosomaal materiaal door middel van de genoemde nieuwe technieken. Vrouwen bij wie dit materiaal wordt aangetroffen, krijgen een behandeladvies. Bedoeling is na afron-

ding van het onderzoek bij elk meisje bij wie de diagnose turner-syndroom wordt gesteld, altijd direct DNA-onderzoek naar Y-chromosomaal materiaal te doen. Het gaat dus om een diagnostische test die voortaan bij de initiële diagnostiek kan worden ingezet.

Geen bevolkingsonderzoek

De commissie komt tot de slotsom dat er bij dit onderzoek geen sprake is van bevolkingsonderzoek in de zin van de wet, maar van (een studie op het gebied van) individuele gezondheidszorg. Bij het onderscheid hiertussen spelen de begrippen ‘aanbod’ (bij bevolkingsonderzoek) en ‘medische indicatie’ (bij individuele gezondheidszorg) een belangrijke rol. Er is volgens de commissie sprake van onderzoek ‘op medische indicatie’ – en dus van individuele gezondheidszorg – als er voldoende verband bestaat tussen de ziekte, afwijking of aandoening waarnaar wordt gezocht, en de oorspronkelijke ziekte of aandoening waaraan de betrokkene lijdt. Bij het voorgestelde onderzoek acht de commissie dit verband op basis van de wetenschappelijke literatuur voldoende aannemelijk gemaakt. Er hoeft daarom geen WBO-vergunning voor te worden aangevraagd.

Strikte toetsing

Om te verhelderen waar individuele hulpverlening overgaat in bevolkingsonderzoek, geeft de commissie voorbeelden van diagnostisch onderzoek waarbij sprake is van voldoende dan wel onvoldoende verband met de oorspronkelijke diagnose of behandeling. Deze voorbeelden zijn, behalve aan de medische praktijk, ook ontleend aan het commerciële screeningsaanbod. Omdat het begrip ‘medische indicatie’ bij het onderscheid tussen individuele hulpverlening en bevolkingsonderzoek zo belangrijk is, neemt de commissie zich voor dit begrip steeds zorgvuldig te toetsen, om te voorkomen dat het wordt misbruikt om de regels van de WBO te omzeilen.

Samenstelling commissie:

prof. dr. H. Rigter, hoogleraar afdeling Maatschappelijke
Gezondheidszorg; Erasmus MC, Rotterdam; *voorzitter*
dr. E.M.A. Bleiker, psycholoog; Nederlands Kanker Instituut,
Amsterdam, (tot 1 februari 2007)
dr. J.H. Dekker, huisarts; Universitair Medisch Centrum
Groningen
prof. dr. J.J.M. van Delden, hoogleraar medische ethiek;
Universitair MC Utrecht
prof. mr. dr. J.C.J. Dute, hoogleraar gezondheidsrecht,
Erasmus MC, Rotterdam; Universiteit van Amsterdam
prof. dr. L.P. ten Kate, emeritus hoogleraar klinische
genetica; VU medisch centrum, Amsterdam

prof. dr. M.H. Prins, hoogleraar klinische epidemiologie;
Universiteit Maastricht
prof. dr. F. Sturmans, emeritus hoogleraar epidemiologie;
Erasmus MC, Rotterdam
dr. P.G. Reulings, Inspectie voor de Gezondheidszorg,
Amsterdam; *adviseur*
W.A. van Veen, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
dr. P.M.M. Beemsterboer, Gezondheidsraad, Den Haag;
secretaris
mr. dr. C.J. van de Klippe, Gezondheidsraad, Den Haag;
secretaris

Griep prik zinvol voor iedereen boven de zestig jaar

Al vele jaren krijgen bepaalde bevolkingsgroepen in Nederland een griep prik aangeboden. Het gaat dan om mensen die een extra risico lopen op complicaties of sterfte door griep, zoals hartpatiënten, mensen met diabetes, kinderen met astma en mensen boven de 65 jaar. Een nieuwe evaluatie laat zien dat elf van de huidige twaalf doelgroepen gehandhaafd kunnen worden. Verder blijkt het zinvol een aantal groepen toe te voegen. Zo laat nieuw onderzoek zien dat een griep prik ook in de groep van 60 tot 65 jaar aangewezen is. Daarnaast is het raadzaam gezondheidszorgpersoneel dat dagelijks contact heeft met patiënten te vaccineren. Zelf lopen zorgverleners geen extra risico, wel zal dat hun patiënten extra bescherming bieden. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 8 maart 2007 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De keuze van doelgroepen voor griepvaccinatie wordt regelmatig opnieuw beoordeeld. Nieuwe onderzoeksgegevens kunnen immers aan het licht brengen dat de griep prik in een bepaalde doelgroep te weinig effect heeft, of in een nieuwe doelgroep juist tot aanmerkelijke gezondheidswinst kan leiden.

De huidige stand van wetenschap geeft maar in één geval aanleiding om een doelgroep te schrappen, namelijk die van mensen met furunculose (steenpuistziekte) en hun gezinsleden. Voor de rest van de huidige twaalf doelgroepen kan de aanbeveling gehandhaafd worden. Bovendien kunnen vier doelgroepen worden toegevoegd: 60- tot 65-jarigen, gezondheidszorgpersoneel in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen, overig gezondheidszorgpersoneel dat in het dagelijks werk direct in contact komt met patiënten (zoals huisartsen en thuiszorgmedewerkers), en gezinsleden van mensen die bij griep een zeer ernstig risico lopen op complicaties of sterfte.

Voor andere mogelijke doelgroepen wordt op dit moment niet aanbevolen ze op te nemen in het Nationale Programma

Dr. P. Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Griepvaccinatie: herziening van de indicatietelling (2007/09)* 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'.

Grieppreventie. Zo is niet aangetoond dat zuigelingen tot zes maanden beschermd kunnen worden tegen griep door vrouwen tijdens de zwangerschap te vaccineren en wordt ook vaccinatie van kinderen buiten de huidige risicogroepen niet zinvol geacht.

Tot slot wordt aangegeven wat er gedaan kan worden om de vaccinatiegraad in Nederland (die overigens al hoog is in vergelijking met het buitenland) te handhaven en zelfs nog te verbeteren. Ook worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Het gaat daarbij zowel om specifiek onderzoek naar mogelijke doelgroepen, bijvoorbeeld kinderen van zes maanden tot twee jaar oud, als om meer algemeen onderzoek, bijvoorbeeld naar de invloed van vaccinatie van kinderen op de circulatie van het griepvirus in de bevolking.

Samenstelling commissie:

- | | |
|--|---|
| prof. dr. J.A. Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum, Maastricht; <i>voorzitter</i> | prof. dr. J. van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie; Weesp |
| ir. G. van 't Bosch; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; <i>adviseur</i> | dr. W. Opstelten, huisarts; Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Utrecht |
| dr. G.A. van Essen, huisarts; Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum, Utrecht | prof. dr. A.D.M.E. Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam |
| drs. G. Frijstein, bedrijfsarts; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam | prof. dr. M.J. Postma, hoogleraar farmaco-economie; Groningen University Institute for Drug Exploration (GUIDE), Groningen |
| dr. K. Groeneveld; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>adviseur</i> | dr. J.E. van Steenberg, arts-epidemioloog; Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI); Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven |
| prof. dr. R. de Groot, hoogleraar kindergeneeskunde; Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen | dr. A.C.G. Voordouw, arts, master of public health; College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), Den Haag |
| dr. E. Hak, klinisch epidemioloog; Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum, Utrecht | dr. J. Wallinga, populatiebioloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven |
| prof. dr. J.W.M. van der Meer, hoogleraar inwendige geneeskunde; Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen | drs. I. Looijmans; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i> |

Ruilen van donornier tegen voorrang op wachtlijst wringt met gelijke behandeling

Er is een structureel tekort aan voor transplantatie beschikbare nieren van overledenen. De Nederlandse Transplantatie Stichting wil daarom de mogelijkheden voor nierdonatie-bij-leven vergroten. Nierpatiënten die een donor meebrengen van wie zij zelf de nier niet kunnen ontvangen, zouden in ruil voor die nier voorrang op de wachtlijst kunnen krijgen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport moet over dit voorstel beslissen en vroeg eerst advies aan de Gezondheidsraad. De raad meent dat over zo'n ruil vanuit ethisch perspectief verschillend kan worden gedacht, maar dat er in ieder geval binnen het bestaande wettelijke kader geen ruimte voor is. Dit staat in een advies dat op 26 maart 2007 werd aangeboden aan de minister.

Het tekort aan voor transplantatie beschikbare postmortale organen is in ons land nijpender dan in andere Europese landen. Daardoor heeft het alternatief van donatie-bij-leven hier een belangrijke rol gekregen. Het betreft vooral levende nierdonatie.

In principe kan iedereen voor een ander als levende nierdonor optreden. Wel moet de bloedgroep passen en mag er geen sprake zijn van een belemmerende afweerreactie tussen donor en ontvanger. Voor gevallen waarin directe donatie niet mogelijk is, is een programma opgezet waarbinnen donor/ontvangerparen onderling nieren kunnen ruilen ('cross-over'). De kans op een succesvolle ruil is echter klein als de patiënt een nier nodig heeft met bloedgroep O. Ook bij afweerproblemen tussen donor en ontvanger kan niet altijd een goede match worden gevonden.

Voor dit probleem is een oplossing bedacht. Die houdt in dat een ruil plaatsvindt tussen in het cross-over programma niet te helpen donor/ontvangerparen aan de ene kant en de lijst van patiënten die wachten op een postmortale nier aan de andere kant. De nier van de levende donator gaat naar de eerste voor transplanta-

Dr. M. de Waal is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Ruilen met de wachtlijst: een aanvulling op het programma voor nierdonatie-bij-leven?* (2007/11) is te downloaden van www.gr.nl en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschonen'.

tie in aanmerking komende patiënt op de wachtlijst. In ruil daarvoor krijgt zijn of haar transplantatiepartner een hoge urgentie voor een zo goed mogelijke nier uit de pool van postmortale organen.

Ruilen met de wachtlijst betekent dat meer patiënten via levende donatie aan een nier geholpen kunnen worden dan anders het geval zou zijn, terwijl het aantal voor de postmortale wachtlijst beschikbare nieren gelijk blijft. Voor een deel van de patiënten op de wachtlijst zal de procedure gunstig uitpakken. Ze komen eerder aan de beurt en degenen die het geluk treft een levende nier te mogen ontvangen zijn daarmee beter af dan met het postmortale orgaan waar ze op wachtten. Met name voor patiënten die wachten op een nier met bloedgroep O is het effect echter ongunstig. Voor hen neemt de gemiddelde wachtduur toe.

De Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) wil ruilen met de wachtlijst graag in de praktijk beproeven. Alvorens daarover te besluiten heeft de minister van VWS aan de Gezondheidsraad gevraagd het voorstel te beoordelen. In het nu verschenen advies staat dat vanuit ethisch perspectief verschillend kan worden gedacht over de aanvaardbaarheid van de voorgestelde procedure. Kernpunt is het geven van voorrang aan wie een donornier meebrengt. Hoe valt dat te rijmen met het voor de publieke verdeling van schaarse goederen geldende uitgangspunt van gelijke behandeling volgens algemene en onpartijdige criteria? Niet elke nierpatiënt heeft immers een ander die in staat en bereid is voor hem of haar als donor op te treden.

Ook juridisch ligt daar het grootste probleem. Ruilen met de wachtlijst valt in ieder geval binnen het bestaande wettelijke kader niet te verdedigen. Dat wil niet zeggen dat die ruimte niet gemaakt kan worden, maar dat is een politieke beslissing waar meer aan vast zit dan de wijziging van een enkel wetsartikel.

Volgens de commissie die het advies heeft opgesteld moet het voorstel van de NTS worden gezien tegen de achtergrond van de grote schaarste aan postmortale organen, waar de huidige aanpak inclusief de bestaande wetgeving onvoldoende positieve invloed op heeft. De vraag om toestemming voor ruilen met de wachtlijst noemt de commissie een serieus te nemen noodsignaal.

Samenstelling commissie:

prof. mr. J.E.M. Akveld, emeritus hoogleraar ondernemingsrecht in de gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam; *voorzitter*
drs. M.A. Bos; Gezondheidsraad, Den Haag; *adviseur*
prof. dr. G.A. den Hartogh, hoogleraar ethiek; Universiteit van Amsterdam
dr. M.T. Hilhorst, ethicus; Erasmus Medisch Centrum,

Rotterdam
prof. dr. A. Hoitsma, hoogleraar orgaantransplantatie en -donatie; Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen; *adviseur*
dr. J.J. Homan van der Heide, nefroloog; Universitair Medisch Centrum Groningen
dr. W.J. Dondorp; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Nacontrole na kanker beter afstemmen op doel en kennis

De huidige nacontrole in de oncologie is volgens de Gezondheidsraad voor verbetering vatbaar. Zo verdienen voorlichting en begeleiding meer systematische aandacht. Verder zou de actieve opsporing van nieuwe manifestaties van de behandelde kanker beperkt moeten blijven tot die vormen van kanker waarbij dit aantoonbaar winst kan opleveren voor de duur of kwaliteit van leven. Iedere vorm van kanker vergt een systematisch programma van nacontrole. Voor elke patiënt zou er tevens een persoonlijk nazorgplan moeten zijn. Het is wenselijk dat dit binnen vijf jaar zijn beslag krijgt. Dit stelt de Gezondheidsraad voor in het op 27 maart 2007 verschenen advies *Nacontrole in de oncologie*.

Dr. M. de Waal is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Nacontrole in de oncologie* (2007/10) 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'.

De nazorg aan volwassenen die een curatieve kankerbehandeling achter de rug hebben, vindt voor een belangrijk deel plaats binnen een programma met een reeks van afspraken en onderzoeken. Die programmatisch aangeboden nazorg wordt nacontrole genoemd. De behandelaars hebben hierbij drie doelstellingen voor ogen. Ten eerste voorlichting en begeleiding van de patiënt, en eventueel behandeling van de vaak ingrijpende gevolgen van de ziekte en de toegepaste therapie. Ten tweede de vroege opsporing van eventuele nieuwe manifestaties van de behandelde kanker. Het idee hierachter is dat vroege opsporing betere behandeling mogelijk zou maken dan wanneer men afwacht tot er klachten en verschijnselen zijn. Ten derde kan nazorg van belang zijn voor de evaluatie van het medisch handelen met het oog op verbetering daarvan.

De huidige nacontrole in de oncologie is volgens de Gezondheidsraad op alle drie de doelstellingen voor verbetering vatbaar. Algemene lichamelijke en psychische klachten (zoals moeheid, angst of seksuele problemen) worden nog niet systematisch gesignaleerd. Ook kan de psychosociale zorg beter in de nacontrole geïntegreerd worden. De vroege opsporing van nieuwe

manifestaties van de behandelde kanker heeft alleen zin wanneer daarmee aantoonbaar winst in duur of kwaliteit van leven geboekt kan worden. Dat betekent dat er een behandeling moet zijn, die in een vroeg stadium effectiever is dan als er al klachten zijn. Voor sommige soorten tumoren staat dat vast, maar bij andere vormen van kanker is die winst er niet. Verder ontbreekt op dit moment in de nacontrole een systematische opzet voor de evaluatie van het medisch handelen. Vaak zijn verschillende specialisten betrokken bij de nacontrole, maar zijn er geen goede afspraken over wie de coördinatie van het programma op zich neemt.

De Gezondheidsraad presenteert in zijn advies een toetsingskader waarmee de nacontrole in de oncologie in de toekomst beter gestructureerd en onderbouwd kan worden. Het bevat deelscenario's per doelstelling, die met elkaar het totaalscenario vormen voor de nacontrole bij een bepaalde vorm van kanker. Dit programma wordt opgenomen in een nazorgplan, dat elke patiënt zou moeten krijgen als de kankerbehandeling is afgelopen.

Elk programma van nacontrole geeft een moment aan waarop overwogen moet worden of verdere nacontrole nog nodig is, en zo ja in welke vorm. Dat moment verschilt per kankersoort en per behandeling. Voor de psychosociale verwerking acht de Gezondheidsraad een jaar nacontrole een goed uitgangspunt. Als de specialistische nacontrole wordt afgesloten, dienen patiënt en huisarts informatie en instructie te krijgen over blijvende aandachtspunten, waaronder eventuele late gevolgen van de behandeling. Goede afspraken tussen specialist en huisarts moeten een patiënt het vertrouwen geven om op eigen kracht verder te gaan, terwijl zo nodig specialistische zorg beschikbaar blijft.

Wil een rationeler nacontrolebeleid tot stand kunnen komen, dan is het noodzakelijk dat de beroepsgroep zelf de nacontrole in de oncologie hoog op de agenda zet en dat dit wordt gestimuleerd door een langlopend onderzoeksprogramma. Dit zal zich, mede door koppeling van bestaande registraties, moeten richten op zowel gewenste als op nadelige gevolgen van zorg.

Samenstelling commissie:

- prof. dr. J. Kievit, chirurg, hoogleraar medische beslistkunde;
LUMC, Leiden; *voorzitter*
- prof. dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde; AMC,
Amsterdam; *vice-voorzitter*
- dr. A.C. Ansink, gynaecoloog/oncoloog; Erasmus MC -
Daniël den Hoed oncologisch centrum, Rotterdam
- dr. G.H. de Bock, epidemioloog; UMCG, Groningen
- prof. dr. C.C.E. Koning, hoogleraar radiotherapie; AMC,
Amsterdam
- prof. dr. W.P.Th.M. Mali, hoogleraar algemene radio-
diagnostiek; UMCU, Utrecht
- prof. dr. J.W.R. Nortier, hoogleraar geneeskundige oncolo-
gie, LUMC, Leiden
- dr. R. Segaar; Ministerie van VWS, Den Haag; *adviseur*
- prof. dr. A.L.M. Verbeek, hoogleraar epidemiologie; UMC St
Radboud, Nijmegen
- prof. dr. T. Wiggers, hoogleraar chirurgie; UMCG, Gronin-
gen
- D.C.M. Gersons-Wolfensberger, arts; Gezondheidsraad, Den
Haag; *secretaris*

Gezondheidsonderzoek

Conferentie over translationeel onderzoek

Translationeel onderzoek speelt zich af op het grensvlak van basiswetenschappen en kliniek. In z'n algemeenheid gaat het bij translationeel onderzoek om de vertaling van basaal onderzoek in diagnostische of klinische behandelmethoden en omgekeerd om vernieuwend preklinisch onderzoek dat voortvloeit uit klinische vragen. Op 16 januari 2007 organiseerde de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een conferentie over translationeel onderzoek. Op die conferentie werd het advies besproken dat de RGO op verzoek van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) over dit onderwerp voorbereidt. Een gezelschap van deskundigen besprak deze dag, onder leiding van oud-RGO-voorzitter prof. dr. Harrie Rooijmans, de vragen van de minister en de antwoorden van de raad daarop.

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

De vragen van de minister

Begin 2006 ontving de RGO van de minister van OCW de vraag haar te adviseren over translationeel onderzoek. In haar adviesaanvraag zegt de minister de indruk te hebben dat 'de Nederlandse kennisinfrastructuur bij uitstek in staat is translationeel onderzoek te verrichten en de vruchten van klinische toepassingen te plukken'. De groeiende belangstelling voor dit type onderzoek is voor de minister reden de RGO de volgende vragen voor te leggen. Wat is een goede definitie van translationeel onderzoek? Wat zijn de gebieden waarop Nederland een prominente kennispositie inneemt? Wat zijn de meest veelbelovende klinische toepassingsgebieden voor Nederlandse onderzoekers? Wat zijn de relevante beleidsmaatregelen om de sterke positie van Nederland uit te bouwen? En wat zijn relevante ontwikkelingen in Europa voor de organisatie en financiering van het translationele onderzoek?

Wel of geen definitie

De conferentiebezoekers vinden het niet zo makkelijk om aan te geven waar de grens ligt tussen fundamenteel onderzoek en translationeel onderzoek. Zo is er bijvoorbeeld discussie over de vraag of het onderzoek naar *leads* of het onderzoek naar (bio)markers als translationeel onderzoek betiteld kunnen worden. De aanwezigen kunnen zich vinden in de omschrijving van de RGO die translationeel onderzoek beschouwt als een fase in de kennisketen tussen fundamenteel en toegepast onderzoek. De deelnemers benadrukken dat de omschrijving van translationeel onderzoek in het conceptadvies van de RGO duidelijk genoeg is. Wel zou in de aanbevelingen duidelijk gemaakt moeten worden dat er behoefte is aan mensen die met één been in de kliniek staan en met één been in het laboratorium en die als zodanig een brug kunnen vormen tussen het onderzoek enerzijds en de kliniek anderzijds.

Beperkende regelgeving

Als stimulerende factoren voor translationeel onderzoek noemen de deskundigen vooral de fysieke nabijheid van kliniek en onderzoekers/laboratoria in de UMC's, en de (relatieve) nabijheid van de acht UMC's in Nederland. Als factor die translationeel onderzoek belemmert, noemen de aanwezigen de regelgeving en de negatieve trend die zij hierin signaleren. Voorbeelden hiervan zijn: de wetgeving rond proefdiergebruik, de Wet Zeggenschap Lichaamsmateriaal (die nog in voorbereiding is) en de consequenties van de 'marktwerking' met de invoering van diagnose-behandeling-combinaties (DBC's). De aanwezigen dringen er bij de RGO op aan ook deze ongunstige omstandigheden in het rapport te noemen. De RGO zal in het kader van regelgeving wijzen op de gedragscode Goed Gebruik, die het gebruik van lichaamsmateriaal voor onderzoek naar tevredenheid regelt.

Te weinig specialisten blijven onderzoek doen

De aanwezigen relativeren het succes van de subsidieregeling voor Assistent Geneeskundigen In Opleiding voor Klinisch Onderzoeker (Agiko). Omdat maar weinig Agiko's een loopbaanperspectief geboden kan worden in het academisch ziekenhuis, verdwijnen velen na hun opleiding in de periferie, waar zij niet langer actief deelnemen aan onderzoek. Het effect van klinische fellowships lijkt groter te zijn, ofschoon men dit niet moet overschatten. Tien van dergelijke beurzen per jaar op een totaal van negenhonderd specialisten-in-opleiding is niet veel. Voorts zijn de conferentie-deelnemers niet optimistisch over de samenwerking tussen de UMC's en de topklinische opleidingsziekenhuizen. In de ziekenhuizen moet men 'productie draaien' en is er weinig tijd voor onderzoek. Wél meent men dat de samenwerking met andere ziekenhuizen dan de UMC's wenselijk is met het oog op de follow-up gegevens van patiënten. De conferentiedeelnemers doen een aantal suggesties waarmee voorkomen kan worden dat specialisten na hun opleiding uit het onderzoek stappen:

- de Agiko-financiering en de financiering van de opleiding beter op elkaar afstemmen;
- zorgen dat er meer klinische fellows en minder Agiko's komen;
- veelbelovende specialisten (in opleiding) met talent voor onderzoek naar coachen Amerikaans voorbeeld;
- klinici trainen in onderzoek, met cursussen die zijn toegespitst op het vakgebied;
- de inrichting van de onderzoekscarrière aanpassen aan de eisen van deze tijd, rekening houdend met bijvoorbeeld kinderwens en acceptabele werktijden;
- bij de opleiders tijd voor onderzoek/opleiding veilig stellen.

Translationeel onderzoek vraagt langdurige stimulering

Volgens de aanwezigen moet er ook worden geïnvesteerd in een permanente infrastructuur voor laat fase-II-onderzoek. Zo'n

infrastructuur omvat onder meer de beschikbaarheid van data-management en *research nurses* voor de verschillende UMC's, bijvoorbeeld in de vorm van een interuniversitaire structuur. Waar de financiering vandaan moet komen, is nog een vraag. Het ministerie van Economische Zaken is van mening dat derden (met name de gebruikers van biobanken) het onderhoud van biobanken zouden moeten bekostigen. De algemene opinie onder de aanwezigen is dat lichaamsmateriaal en gegevens die 'om niet' zijn afgestaan geen handelswaar mogen worden. De ervaring heeft ook geleerd dat financiers van cohorten-biobanken in het algemeen niet bereid zijn het onderhoud van de infrastructuur te bekostigen. De vraag waar dat geld dan vandaan moet komen, blijft open. Wel is men van mening dat langdurige stimulering beter is dan het incidentele karakter van de huidige financiering. De overheid zou moeten inzetten op mensen (carrièremogelijkheden in translationeel onderzoek) en structuren of faciliteiten die translationeel onderzoek mogelijk maken. Dat heeft de voorkeur boven het stimuleren van onderzoek naar één of enkele aandoeningen.

Tot slot benadrukken de aanwezige deskundigen dat fundamenteel onderzoek noodzakelijk is om translationeel onderzoek te kunnen doen. De omvang van het fundamenteel onderzoek mag dus niet afnemen als men het translationeel onderzoek wil bevorderen.

Ondernemende onderzoekers

Een deel van de aardgasbaten wordt gebruikt om publiek-private samenwerking te stimuleren en te bevorderen dat bedrijven gebruikmaken van in Nederland ontwikkelde kennis. Van deze zogeheten FES-gelden worden bijvoorbeeld het Top-Instituut Pharma (TIP) en het Center of Translational and Molecular Medicine (CTMM) bekostigd. De hoop is dat een deel van de mensen die via deze weg kennis en onderzoekservaring hebben opgedaan, doorstroomt naar het bedrijfsleven en daar nieuw onderzoek genereert. Veel conferentiebezoekers verwachten dat het profijt van translationeel onderzoek vooral zal komen van bedrijfjes

die vanuit universiteiten worden opgezet en die gebruikmaken van bevindingen uit onderzoek. Voor startende ondernemingen in Nederland zijn de belastingregels ongunstig. Bovendien ontbreekt bij de UMC's een centraal beleid op het punt van valorisatie, het maatschappelijk bruikbaar maken van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Er zijn tussen de UMC's onderlinge verschillen, variërend van het gedogen tot het stimuleren van bedrijvigheid. Als succesvolle onderzoekers met winstgevende patenten zelf of via de vakgroep kunnen delen in de opbrengst, gaat daar een stimulerende werking van uit. Financieel profijt maakt het voor de instelling (universiteit) ook acceptabel dat een onderzoeker tijd steekt in bedrijfsactiviteiten. Daarom zou de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) een eenduidig beleid moeten voorstaan dat kennisvalorisatie mogelijk maakt.

Voeding

Ongerichte waarschuwingen op verpakkingen onnodig beperkend voor mensen met voedselallergie

Op steeds meer verpakkingen geven fabrikanten aan dat voedingsmiddelen elementen kunnen bevatten die tot allergische reacties kunnen leiden. Dan wordt bijvoorbeeld gemeld dat in dezelfde fabriek ook met noten is gewerkt. Deze ongerichte waarschuwingen dreigen de keuzevrijheid van mensen met een voedselallergie echter onnodig te beperken. Regelgeving over maximaal toelaatbare hoeveelheden allergenen in voedingsmiddelen zou een betere optie zijn om een breed en veilig aanbod te garanderen. Zo'n vier- tot zesduizend mensen lijden aan een ernstige vorm van voedselallergie. Eten zij iets verkeerd, dan kan dat levensbedreigend zijn. De meeste patiënten hebben minder ernstige klachten, maar ook voor hen is vermijden van het allergeen de beste handelwijze. In totaal gaat het bij voedselallergie om een paar procent van de bevolking. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 21 maart 2007 is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit.

Dr. P. Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Voedselallergie* (2007/07) 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'.

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat het aantal mensen met een voedselallergie stijgt. Wel is er een omvangrijke groep mensen die denkt aan een allergie te lijden, terwijl dat niet zo is. Onterechte angst voor een allergische reactie kan ertoe leiden dat mensen zich onnodig beperken in hun eetpatroon. En dat kan weer resulteren in een ongezonde voeding, met bijvoorbeeld te weinig vitamines.

Om te kunnen bepalen wie bepaalde elementen in de voeding moet vermijden en wie niet, is goede diagnostiek onontbeerlijk. Op dat gebied valt nog veel te winnen, onder meer door richtlijnen voor het gebruik van betrouwbare tests. Voor consultatiebureaus zou een eenvoudige maar betrouwbare dubbelblinde test ontwikkeld kunnen worden die laat zien welke baby's een koemelkallergie hebben en welke niet. Ook bij oudere kinderen en volwassenen is een dubbelblinde test de enige manier om zekerheid te krijgen.

Is de diagnose gesteld, dan is vermijden van het allergeen vervolgens de beste handelwijze. Genezen is namelijk niet mogelijk. Goede productinformatie is dus van groot belang. Een manier om ongerichte waarschuwingen op verpakkingen tegen te gaan zou zijn om maximaal toelaatbare concentraties van allergenen in voedingsmiddelen te bepalen. Dan kan aan de consument duidelijk worden gemaakt bij welke producten een reëel risico bestaat op een allergische reactie en bij welke niet. Het is aan de overheid, in samenspraak met patiëntenorganisaties, bedrijven, wetenschappers, artsen en diëtisten, om te bepalen welk risico daarbij aanvaardbaar wordt geacht.

Over effectieve preventie is nog weinig bekend. Borstvoeding wordt wel genoemd als beschermende factor. Hoewel moedermelk om veel redenen goed is voor baby's, en het huidige beleid van consultatiebureaus dus gewoon voortgezet kan worden, is op dit moment niet duidelijk of borstvoeding ook beschermt tegen het ontstaan van een voedselallergie. Onderzoek kan wellicht meer duidelijkheid bieden.

Samenstelling commissie:

- prof. dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, hoogleraar dermatologie-allergologie; Universitair Medisch Centrum Utrecht; *voorzitter*
- prof. dr. ir. B. Brunekreef, hoogleraar milieu-epidemiologie; Universiteit en Universitair Medisch Centrum Utrecht
- prof. dr. A.E.J. Dubois, bijzonder hoogleraar kinderallergologie; Academisch Ziekenhuis Groningen
- dr. H. de Groot, internist-allergoloog; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- dr. G.F. Houben, levensmiddelentoxicoloog; TNO Kwaliteit van Leven, Zeist
- prof. dr. M.B. Katan, hoogleraar voedingsleer; Instituut voor Gezondheidswetenschappen, Faculteit der Aard-en Levenswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr. C.M.F. Kneepkens, kinderarts-gastro-enteroloog; VU medisch centrum, Amsterdam
- dr. A.C. Knulst, dermatoloog; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- drs. Y. Meijer, kinderarts-allergoloog; Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht
- dr. R. van Ree, immunoloog-biochemicus; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr. ir. H.F.J. Savelkoul, hoogleraar celbiologie en immunologie; Wageningen Universiteit, Wageningen
- prof. dr. C.P. van Schayck, hoogleraar huisartsgeneeskunde en preventieve geneeskunde; Universiteit Maastricht
- drs. M.L. van Weert-Waltman, arts maatschappij en gezondheid; cluster, jeugdgezondheidszorg, GGD Amsterdam
- drs. E.N. Blok; Voedsel en Waren Autoriteit, Bureau Risicobeoordeling, Den Haag; *adviseur tot medio 2005*
- dr. H.P.J.M. Noteborn; Voedsel en Waren Autoriteit, Bureau Risicobeoordeling, Den Haag; *adviseur vanaf medio 2005*
- drs. A.F.H. de Jong; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, Den Haag; *adviseur tot medio 2005*
- ir. I. Stoelhorst; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, Den Haag; *adviseur vanaf medio 2005*
- dr. C.M.A. van Rossum; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris tot eind 2005*
- dr. ir. R. Weggemans; Gezondheidsraad, Den Haag; *co-secretaris zomer 2006*
- dr. ir. C.J.K. Spaaij; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris vanaf januari 2006*

Nieuwe voedingsnota aangekondigd

Op 8 maart 2007 maakte minister Klink van VWS zijn standpunt kenbaar over het advies *Richtlijnen goede voeding 2006* (zie *Graadmeter 2006/6*) en over het briefadvies *Voeding van zuigelingen en peuters*, waarin een conceptbulletin van het Voedingscentrum wetenschappelijk is getoetst (zie *Graadmeter 2007/1*).

Drs. E.J. Schoten maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De bewindsman zegt waardering te hebben voor de grondigheid waarmee het eerstgenoemde advies tot stand is gekomen. Hij erkent dat die grondigheid nodig is gezien de complexiteit van de relaties tussen voeding, gezondheid en ziekte en gezien de centrale betekenis van de betreffende richtlijnen voor het voedingsbeleid. Opvallend is, aldus de minister, dat de Gezondheidsraad in dit voedingsadvies ook nadrukkelijk wijst op het belang van voldoende lichamelijke activiteit. Volgens de minister vormen de nieuwe richtlijnen aanleiding om het voedingsbeleid opnieuw tegen het licht te houden. Zijn plan is om in een nieuwe voedingsnota nader in te gaan op specifieke aanbevelingen van de Gezondheidsraad en om op basis daarvan beleidsprioriteiten te formuleren. Ook zal die nota een actieplan bevatten voor het voedingsbeleid van de komende jaren.

Over het briefadvies van de raad is de bewindsman kort. De kritische opmerkingen zouden voor zover mogelijk zijn verwerkt in het begin januari 2007 verschenen definitieve bulletin van het Voedingscentrum. Belangrijk vindt de minister dat ook in dit bulletin aanbevelingen op het gebied van voeding en beweging in samenhang worden gepresenteerd. Verder onderstreept hij het belang van borstvoeding, ook al is – in zijn woorden – voor een aantal specifieke voordelen nog geen goede onderbouwing te geven.

Milieu

Geen aanwijzingen voor gezondheidsproblemen door UMTS en DECT

UMTS en DECT zijn systemen waarmee draadloos gecommuni- ceerd kan worden. Sommige mensen vragen zich af of blootstelling aan de radiogolven van UMTS-zendmasten of DECT-basisstations en -telefoons in huis gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken. Recent onderzoek geeft hiervoor echter geen aanwijzingen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in het vierde Jaarbericht Elektromagnetische Velden, dat op 15 februari 2007 is verschenen. Belangrijk zijn vooral de resultaten uit een recent Zwitsers UMTS-onderzoek, die eerdere bevindingen van TNO weerspreken. In het TNO-onderzoek, het eerste in zijn soort, leek blootstelling van proefpersonen aan UMTS nog te leiden tot minder welbevinden. Dat resultaat werd in Zwitserland echter niet gevonden. Aan dit Zwitserse onderzoek moet het sterkste gewicht worden toegekend, gezien de verbeterde onderzoeksopzet. Over de toepassing van DECT zijn op dit moment geen onderzoeksgegevens bekend die duiden op nadelige gezondheidseffecten.

Dr. P. Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2006 (2007/06)* 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'.

Sinds 2001 publiceert de Gezondheidsraad Jaarberichten, met daarin een overzicht en beoordeling van de meest recente wetenschappelijke kennis over de mogelijke effecten van elektromagnetische velden, zoals die van UMTS en DECT. Juist waar soms maatschappelijke ongerustheid heerst, is het van belang de wetenschappelijke ontwikkelingen nauwkeurig te volgen en het beschikbare onderzoek te beoordelen op zijn kwaliteit en zeggingskracht.

In 2003 deed een verkennend onderzoek van TNO stof opwaaien, omdat proefpersonen die kort waren blootgesteld aan UMTS lager scoorden op een maat waarmee het welbevinden wordt vastgesteld. De Gezondheidsraad heeft vervolgens een analyse van de opzet en resultaten uitgevoerd. De raad concludeerde dat de aanwijzingen voor een effect op het welbevinden

niet overtuigend waren en adviseerde het onderzoek in een verbeterde opzet te herhalen. Inmiddels is dat gebeurd, in Zwitserland. In het Zwitserse onderzoek werd geen effect op het welbevinden gevonden. De Gezondheidsraad hecht aan die laatste bevinding de meeste waarde, vanwege de verbeterde opzet. Ook ander onderzoek laat geen effecten zien.

Het beschikbare onderzoek over UMTS betreft alleen kortdurende blootstelling. Omdat de techniek pas sinds kort wordt toegepast, valt over een mogelijke invloed van langdurige blootstelling nu nog niets te zeggen. Op termijn zal hierover informatie verkregen kunnen worden door middel van epidemiologisch onderzoek. Uit dergelijk onderzoek naar de eventuele langetermijneffecten van blootstelling aan elektromagnetische velden van andere bronnen (zoals radio- en televisiezenders) is tot nu toe geen nadelige invloed op de gezondheid gebleken.

In het Jaarbericht 2006 wordt ook de kennis over DECT besproken. De conclusie is dat gewoon gebruik van basisstations en telefoons thuis niet leidt tot overschrijding van de limieten die al aan de blootstelling zijn gesteld. Verder zijn er bij de huidige stand van wetenschap geen aanwijzingen dat DECT-signalen gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken. Ook wijzen de beschikbare onderzoeksgegevens er niet op dat pulsformige signalen zoals die van DECT meer of minder effect hebben dan continue signalen.

Samenstelling commissie:

- | | |
|---|--|
| dr. G.C. van Rhoon, fysicus; Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam; <i>voorzitter</i> | dr. H.K. Leonhard, fysicus; Ministerie van Economische Zaken, Groningen; <i>adviseur</i> |
| dr. L.M. van Aernsbergen, fysicus; Ministerie van VROM, Den Haag; <i>adviseur</i> | dr. M.M. Sitskoorn, neuropsycholoog/cognitiewetenschapper; Universitair Medisch Centrum Utrecht |
| prof. dr. ir. G. Brussaard, hoogleraar radiocommunicatie (emeritus); Technische Universiteit, Eindhoven | prof. dr. W.J. Wadman, hoogleraar neurobiologie; Universiteit van Amsterdam |
| dr. J. Havenaar, psychiater; GGZ Buitenamstel, Amsterdam | D.H.J. van de Weerd, arts, medisch milieukundige; Hulpverlening Gelderland Midden / GGD, Arnhem |
| prof. dr. H. Kromhout, hoogleraar arbeidshygiëne en blootstellingskarakterisering; Institute for Risk Assessment Sciences, Universiteit Utrecht | prof. dr. ir. A.P.M. Zwamborn, hoogleraar elektromagnetische effecten; Technische Universiteit Eindhoven, en TNO, Den Haag |
| prof. dr. ir. F.E. van Leeuwen, hoogleraar epidemiologie van kanker; Vrije Universiteit Amsterdam, en Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam | dr. E. van Rongen, radiobioloog; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i> |

Arbeidsomstandigheden

Nachtsymposium over het leven en werken tijdens de nacht

In de nacht van 15 op 16 februari 2007 werd een nachtsymposium georganiseerd door de Stichting Onderzoek Licht & Gezondheid (SOLG). Dit was een buitenkans om eens in de huid te kruipen van de naar schatting 1,1 miljoen landgenoten die in de nachtdienst werken. Het nachtsymposium was een must voor iedereen die betrokken is bij het werken en leven tijdens de nacht: bedrijfsartsen, medewerkers van ARBO-diensten, HR-professionals, personeelsfunctionarissen, leidinggevenden, en nachtwerkers. Zittend in ongemakkelijke rijtjesstoelen een hele nacht luisteren naar verschillende presentaties viel zeker niet mee. Gelukkig werd de opkomende slaperigheid regelmatig onderbroken door een lichte lunch, rek- en strekoefeningen en zelfs een fitnesspauze. Verschillende sprekers deden die nacht verslag van de meest actuele stand van zaken binnen de wetenschap, de dienstensector en het bedrijfsleven. Hieronder volgt een kort overzicht.

Ir. T.M.M. Coenen maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Lichaamsklokken

Volgens prof. ir. Wout van Bommel (Philips Lighting) begrijpen we pas sinds de recente ontdekking van nieuwe lichtgevoelige cellen in het oog hoe licht een aantal biochemische processen in het menselijk lichaam regelt en bestuurt. De belangrijkste hebben betrekking op de besturing van de centrale biologische klok en op de regeling van licht/donker ritmen (circadiane ritmes). De centrale biologische klok in de hersenen genereert een ritme van ongeveer 24 uur en legt dit op aan veel processen in het lichaam. In sommige organen bevinden zich ook andere perifere klokken, bijvoorbeeld in de lever. Ook de cellen van deze perifere klokken zijn in staat ritmes te genereren met een periode van ongeveer 24 uur. De ritmen zijn vaak niet precies 24 uur. Om de centrale klok

in de pas te laten lopen met de buitenwereld moet hij dus bijgesteld worden. Dit gebeurt door blootstelling aan licht. Perifere klokken zoals die in de lever reageren op andere *zeitgebers* zoals aanbod van voedsel.

Circadiane ritmes

Typisch menselijke ritmen zijn lichaamstemperatuur, alertheid en de hormonen cortisol ('stresshormoon') en melatonine ('slaaphormoon'). Cortisol en melatonine spelen een belangrijke rol in de regeling van waakzaamheid en slaap. Cortisol verhoogt onder meer de bloedsuiker om het lichaam energie te geven en versterkt het immuunsysteem. Als het cortisolniveau echter gedurende een te lange periode te hoog blijft, raakt het systeem uitgeput en inefficiënt. Het cortisolniveau neemt 's ochtends toe om het lichaam voor te bereiden op activiteit. In de loop van de heldere dag blijft het op een voldoende hoog niveau om rond middernacht uiteindelijk terug te vallen naar een minimum. Het niveau van het melatonine daalt gedurende de ochtend en beperkt de slaperigheid. Normaal stijgt het niveau weer als het donker wordt om een gezonde slaap mogelijk te maken (mede doordat cortisol dan op zijn minimumniveau is).

Nachtwerkers

Wanneer we er voor kiezen ons activiteitenpatroon om te draaien door te werken in nachtdienst leidt dat tot verstoring van ons functioneren. We werken op tijden dat ons lichaam, onze hersenen 'geprogrammeerd' zijn om te slapen, en we dus fysiologisch in rust zijn. Daardoor zijn we nachts slaperig, minder alert en geconcentreerd, en presteren we minder goed. Dat dit ook ten koste kan gaan van de veiligheid, blijkt uit grote incidenten die vaak nachts tussen 2 en 3 uur gebeuren (zoals de kernramp in Tsjernobyl en diverse busongelukken). Volgens dr. Menno Gerkema (RU Groningen) hebben medewerkers in de nachtdienst te maken met een

onbalans van de centrale en de perifere lichaamsklokken. Door de snelle dienstwisselingen die in Nederland gebruikelijk zijn, krijgen de lichaamsklokken helemaal niet te tijd zich aan te passen. Dit gaat gepaard met vele medische klachten, waaronder die van het spijsverteringstelsel.

Dynamische verlichting

Volgens dr. ir. Ellie de Groot van TNO Bouw en Ondergrond is het in Nederland niet zinvol om de 24 uur ritmes te verschuiven, gezien de relatief korte duur van de nachtdienst. Wel vindt zij het zinvol om de alertheid in de nacht te verhogen door middel van fotobiologische verlichting. Steeds meer onderzoek geeft aan dat wisseling van lichtintensiteit en van lichtkleur de negatieve effecten kan verminderen. Zo vertelt ing. Christiaan Rense van MediluX BV over de positieve effecten van het gebruik van dynamische verlichting bij de afdeling Oncologie in het UMC Utrecht. Daarnaast is meer onderzoek nodig naar eventueel negatieve gevolgen van toepassing van helder licht in de nacht. Volgens Dorine Coenen heeft de Gezondheidsraad in zijn advies *Nachtwerk en borstkanker* (2006/15) namelijk geconcludeerd dat er een verband wordt gevonden tussen nachtwerk en borstkanker. Op dit moment kan echter niet geconcludeerd worden dat nachtwerk ook de oorzaak is voor het verhoogde risico op borstkanker. Daar zou meer onderzoek naar moeten worden gedaan.

Protocollen ondersteunen beoordeling arbeidsongeschiktheid

Voor zowel de individuele werknemer als de samenleving is het van groot belang dat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in overeenstemming is met de stand van de wetenschap. Daarom brengt de Gezondheidsraad ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, een tiental verzekeringsgeneeskundige protocollen uit. Ze worden opgesteld door een commissie van de raad, in aansluiting op bestaande *evidence based* curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. Het advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker*, dat op 15 maart 2007 verscheen, bevat het vijfde tot en met zevende protocol in de reeks. De protocollen dienen gelezen te worden in samenhang met de eind vorig jaar door de Gezondheidsraad gepubliceerde *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

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

De publicatie *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker* (2007/05) 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'.

Na het in juli 2005 verschenen advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* en de adviezen met de *Algemene inleiding* en de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning* en *Depressieve stoornis*, is dit advies met de protocollen *Angststoornissen, Beroerte* en *Borstkanker* het vierde dat door de Gezondheidsraad wordt uitgebracht in het kader van de invoering van de nieuwe wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). In de loop van dit voorjaar zal met de publicatie van de protocollen *Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom* en *Whiplash Associated Disorder* de reeks van tien protocollen gecompleteerd worden. De WIA-advisering door de Gezondheidsraad zal worden afgerond met een advies over verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie'.

Als commissie voor dit advies fungeren: de werkgroep Angststoornissen en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*; de werkgroep Beroerte en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundigprotocol *Beroerte*; de werkgroep Borstkanker en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker*.

Werkgroep Angststoornissen:

prof. dr. R. van Dyck, hoogleraar psychiatrie; VUmc/GGZ Buitendam, Amsterdam; *voorzitter*
 J. Dogger, bedrijfsarts; Arbo Unie, Hilversum
 R.P.R. Heussen, bedrijfsarts; Arbodienst Koninklijke Landmacht, Schaarsbergen
 prof. dr. C.A.L. Hoogduin, hoogleraar psychopathologie; HSK, Arnhem
 prof. dr. M. Kindt, hoogleraar experimentele klinische psychologie;

Universiteit van Amsterdam
 prof. dr. J.J.L. van der Klink, hoogleraar sociale geneeskunde; UMC Groningen
 dr. B. Terluin, huisarts; VUmc, Amsterdam
 N. Visser, verzekeringsarts; UWV, Groningen
 dr. J.A.G. Wijnen, verzekeringsarts; UWV, Helmond
 dr. J.N.D. de Neeling; Gezondheidsraad, Den Haag; *adviseur*
 mr. F. Westerbos, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *adviseur*

Werkgroep Beroerte:

prof. dr. M. Limburg, hoogleraar neurologie; AZM; *voorzitter*
 dr. C.A.M. van Bennekom, revalidatiearts; Revalidatiecentrum Heliomare, Wijk aan Zee
 E. Berends, verzekeringsarts; UWV, Groningen
 dr. G.H.M.I. Beusmans, huisarts; Universiteit Maastricht
 dr. C. van Heugten, neuropsychologie; iRv – Kenniscentrum voor revalidatie en handicap, Hoensbroek
 N.J.M. Huizing, verzekeringsarts; UWV, Den Haag, per 1 januari 2007, SVB, Curacao

J. Konijnenburg, bedrijfsarts; Zetten
 dr. G. Kwakkel, bewegingswetenschapper, fysiotherapeut; VUmc, Amsterdam
 P. Mater, bedrijfsarts; Tilburg
 dr. J.N.D. de Neeling; Gezondheidsraad, Den Haag; *adviseur*
 dr. A.N.H. Weel, bedrijfsarts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris* (tot 1 juni 2006)
 mr. F.M. Westerbos, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris* (vanaf 1 juni 2006)

Werkgroep Borstkanker:

dr. H.E. van der Horst, huisarts, senioronderzoeker; VUmc, Amsterdam; *voorzitter*
 prof. dr. J.W.R. Nortier, hoogleraar medische oncologie; LUMC Leiden
 dr. E.J.Th. Rutgers, chirurg-oncoloog; AVL, Amsterdam
 prof. dr. J.C.J.M. de Haes, hoogleraar medische psychologie; AMC, Amsterdam
 dr. W.J.G. Ros, gezondheidspsycholoog; UMC Utrecht
 T. Rejda, bedrijfsarts; Arbodienst AMC, Amsterdam

Y. Cernohorsky-Brands, verzekeringsarts; UWV, Leeuwarden
 A.E. de Wind, verzekeringsarts; UWV, Rotterdam
 dr. J.N.D. de Neeling, epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag; *adviseur*
 dr. A.N.H. Weel, bedrijfsarts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris* (tot 1 mei 2006)
 mr. F. Westerbos, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris* (vanaf 1 mei 2006)

Commissie WIA:

prof. dr. J.A. Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, UM; *voorzitter*
 prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde; LUMC (tot 1 oktober 2006)
 drs. W.E.L. de Boer, verzekeringsarts; TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
 dr. E. Borst-Eilers, oud-minister van VWS; Bilthoven
 prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen, hoogleraar beroepsziekten; AMC, Coronel Instituut, Amsterdam
 prof. dr. J.W. Groothoff, hoogleraar arbeid en gezondheid; UMCG
 prof. dr. J.W.M. Hazes, hoogleraar reumatologie; Erasmus MC, Rotterdam
 prof. dr. J.J.L. van der Klink, hoogleraar arbeid en gezondheid; UMCG; programmadirecteur Occupational Health; NSPOH, Amsterdam

dr. H. Kroneman, verzekeringsarts; UWV, Amsterdam
 prof. dr. E. Lindeman, hoogleraar revalidatie; UMC Utrecht
 prof. dr. A.H. Schene, hoogleraar psychiatrie; AMC, Amsterdam
 prof. dr. ir. T. Smid, hoogleraar arbeidsomstandigheden; VU, Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol
 dr. B. Sorgdrager, bedrijfsarts; NCvB, Amsterdam
 prof. dr. J.H.B.M. Willems, bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; AMC, Amsterdam
 drs. L. van Rossum du Chattel; Ministerie van SoZaWe, Den Haag; *adviseur*
 A.H.J.M. Sterk, verzekeringsarts; Ministerie van SoZaWe, Den Haag; ZonMw, Den Haag; *adviseur*
 dr. J.N.D. de Neeling, epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Advisering over stoffen op de werkplek verandert met nieuw grenswaardestelsel

Op 1 januari 2007 is de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet in werking getreden. Werkgevers en werknemers krijgen daarin meer verantwoordelijkheid voor het arbobeleid. Onderdeel van de wet is een nieuw stelsel voor het vaststellen van grenswaarden (NGS) voor stoffen waaraan mensen op het werk kunnen worden blootgesteld. Er wordt onderscheid gemaakt tussen publieke en private normen. Het nieuwe stelsel gaat primair uit van door bedrijven zelf vastgestelde gezondheidkundige waarden en veilige werkwijzen. Deze private grenswaarden worden door de overheid aangevuld met een aantal wettelijke grenswaarden. Dit zijn publieke normen die worden vastgesteld voor (1) (genotoxisch) carcinogene stoffen en (2) niet-carcinogene stoffen die voldoen aan bepaalde selectiecriteria. De wijzigingen in het nieuwe grenswaardestelsel leiden ook tot veranderingen in de werkzaamheden van de Gezondheidsraadcommissies¹ die betrokken zijn bij de advisering over stoffen op de werkplek.

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

¹ De Commissie WGD, de Commissie Beoordeling carcinogeniteit van stoffen en de Commissie Reproductie-toxiciteit van stoffen.

Het werkprogramma verandert

Het werkprogramma van de Gezondheidsraad op het gebied van de gezondheid en beroepsmatige blootstelling aan stoffen zal wat veranderen. De nadruk komt meer te liggen op de advisering over kankerverwekkende en reproductietoxische stoffen. De Gezondheidsraad zal deze classificeren volgens richtlijnen van de Europese Unie. Daarnaast zullen vooral voor genotoxisch carcinogene stoffen risicoberekeningen worden gevraagd. In deze laatste adviezen zal het risico op het ontstaan van kanker, uitgebreider dan tot nu toe het geval was, worden afgewogen tegen mogelijke andere gezondheidseffecten.

Eén commissie

Om goed op de nieuwe ontwikkelingen te kunnen anticiperen, heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad besloten de huidige drie aparte commissies samen te voegen tot één commissie (met twee subcommissies).

Centraal in de advisering op het gebied van de arbeidsomstandigheden komt te staan de Commissie Gezondheid en Beroepsmatige Blootstelling aan Stoffen (Commissie GBBS). Op 27 maart 2007 heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad deze ingesteld voor de volgende taken:

- De risicobeoordeling van stoffen. Dit betreft advisering voor genotoxische stoffen (risicogetallen) en niet-genotoxische stoffen (gezondheidskundige advieswaarden).
- Algemene vragen over de risicobeoordeling van stoffen (bijvoorbeeld over de *bench mark dose* of een actualisering van de methodiek van de risicobeoordeling van genotoxisch carcinogene stoffen)
- Classificatie kankerverwekkende stoffen volgens richtlijnen van de Europese Unie.
- Classificatie reproductietoxische verbindingen volgens richtlijnen van de Europese Unie.

Vanwege de specifieke expertise die nodig is om stoffen te classificeren als kankerverwekkend of als reproductietoxisch, zullen de laatste twee taken worden uitgevoerd door twee subcommissies van de Commissie Gezondheid en beroepsmatige blootstelling aan stoffen.

Samenstelling Commissie Gezondheid en beroepsmatige blootstelling aan stoffen:

prof. dr. G.J. Mulder, toxicoloog; Universiteit Leiden, Leiden; <i>voorzitter</i>	prof. dr. I.M.C.M. Rietjens, toxicoloog; Wageningen Universiteit, Wageningen
dr. R.B. Beems, toxicologisch patholoog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven	dr. H. Roelfzema; Ministerie van VWS, Den Haag; <i>adviseur</i>
dr. P.J. Boogaard, toxicoloog; Shell International BV, Den Haag	prof. dr. ir. T. Smid, arbeidshygiënist/epidemioloog; KLM Health Services BV, Schiphol en Vrije Universiteit, Amsterdam
mr. J.J.A.M. Brokamp; Sociaal-Economische Raad, Den Haag; <i>adviseur</i>	dr. G.M.H. Swaen, epidemioloog; Dow Benelux NV, Terneuzen
prof. dr. ir. D.J.J. Heederik, epidemioloog; IRAS, Utrecht	dr. RA Woutersen, toxicologisch patholoog; TNO Voeding, Zeist
prof. dr. L.A.L.M. Kiemeny, epidemioloog; Radboud Universiteit Nijmegen.	P.B. Wulp, bedrijfsarts; Arbeidsinspectie, Groningen
prof. H. van Loveren, immunotoxicoloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven	dr. C.A. Bouwman; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>
dr. T.M. Pal, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam	dr. A.S.A.M. van der Burgh; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>
prof. dr. A.H. Piersma, reproductietoxicoloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven	ir. T.M.M. Coenen; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>
prof. dr. H.P.J. te Riele, moleculair bioloog; Nederlands Kanker Instituut Antonie van Leeuwenhoek, Amsterdam	dr. E.J.M. Pennings; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>
	dr. J.M. Rijnkels; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>
	drs. J.T.J. Stouten; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i>

Samenstelling subcommissie Classificatie carcinogene stoffen:

- | | |
|---|---|
| prof. dr. G.J. Mulder, toxicoloog; Universiteit Leiden, Leiden; <i>voorzitter</i> | dr. R.A. Woutersen, toxicologisch patholoog; TNO Voeding, Zeist |
| dr. P.J. Boogaard, toxicoloog; Shell International BV, Den Haag | prof. dr. ir. A.A. van Zeeland, moleculair bioloog, genetisch toxicoloog; Universiteit Leiden |
| dr. M.J.M. Nivard, moleculair bioloog, genetisch toxicoloog; Universiteit Leiden | prof. dr. E.J.J. van Zoelen, celbioloog; Radboud Universiteit Nijmegen |
| dr. G.M.H. Swaen, epidemioloog; Dow Benelux NV, Terneuzen | dr. A.S.A.M. van der Burght; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i> |
| | dr. J. M. Rijnkels; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i> |

Samenstelling Subcommissie Classificatie reproductietoxische stoffen:

- | | |
|---|--|
| dr. B.J. Blaauboer, toxicoloog; IRAS, Universiteit Utrecht; <i>voorzitter</i> | dr. ir. N. Roeleveld, reproductie-epidemioloog; UMC St Radboud, Nijmegen |
| ir. A.M. Bongers; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; <i>adviseur</i> | ir. D.H. Waalkens-Berendsen, reproductietoxicoloog; TNO Kwaliteit van Leven, Zeist |
| dr. H.F.P. Joosten, toxicoloog; NV Organon, Oss | dr. P.J.J.M. Weterings, toxicoloog; Weterings Consultancy BV, Rosmalen |
| prof. dr. Lindhout, medisch geneticus, kinderarts; UMC Utrecht. | dr. A.S.A.M. van der Burght; Gezondheidsraad, Den Haag; <i>secretaris</i> |
| prof. dr. A.H. Piersma, reproductietoxicoloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven | |

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

Algemeen

2007

Jaarverslag 2006 Gezondheidsraad / RGO. A07/02.

2006

Gezondheidsraadlezing 2006 - De keuze voorbij: organisme en omgeving

Jaarverslag 2005 Gezondheidsraad / RGO. A06/02.

Adviseren met gezag in de 21e eeuw; zelfevaluatie 2001-2004. A06/01.

Gezondheidszorg

2007

Ruilen met de wachtlijst: een aanvulling op het programma voor nierdonatie-bij-leven? 2007/11.

Nacontrole in de oncologie. 2007/10.

Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. 2007/09.

Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (7).

2007/02WBO.

De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden. 2007/02.

BMR-vaccinatie en autisme: geen aanwijzingen voor een verband. 2007/04.

Bijzondere interventies aan het hart. 2007/01.

Wet bevolkingsonderzoek: moleculaire tests voor screening op blaaskanker. 2007/01WBO.

2006

Wet bevolkingsonderzoek: screening op darmkanker met sigmoidoscopie of FOBT (2). 2006/04WBO.

Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob?

Signalering Ethiek en Gezondheid, 2006/2.

Publicatienummer Gezondheidsraad: 2006/19.

Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn. 2006/18.

MRSA-beleid in Nederland. 2006/17.

Plan de campagne; Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting. 2006/16.

Wet bevolkingsonderzoek: aanzet tot een landelijk programma voor prenatale screening. 2006/03WBO.

Wet bevolkingsonderzoek: screening op darmkanker met sigmoidoscopie of FOBT. 2006/02WBO.

Bijwerkingen vaccinaties Rijksvaccinatieprogramma 2002-2003. 2006/14.

Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2006. 2006/10.

Het belang van weefselovereenkomst bij niertransplantatie. 2006/08.

Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. 2006/07.

Betekenis van nanotechnologieën voor de gezondheid. 2006/06.

Briefadvies Percutane Coronaire Interventies; Tussentijdse rapportage. 2006/05.

Hersendoodprotocol. 2006/04.

Wet bevolkingsonderzoek: thuistest voor niet-deelnemers aan de screening op baarmoederhalskanker. 2006/01WBO.

Behandelbaarheid: Het begrip '(niet-)behandelbaar' in de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) en de Wet op de medische keuringen (WMK). 2006/02.

Preïmplantatie genetische diagnostiek en screening. 2006/01.

Gezondheidsonderzoek

2006

Onderzoek medische zorg voor Ouderen. (RGO) 54.

Onderzoeksagenda Medische Biotechnologie. (RGO) 53.

Voeding

2007

Voedselallergie. 2007/07.

2006

Richtlijnen goede voeding 2006. 2006/21.

Voeding van zuigelingen en peuters. 2006/20.

Richtlijn voor de vezelconsumptie. 2006/03.

Milieu

2007

Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2006. 2007/06.

Risico's van blootstelling aan ioniserende straling. 2007/03.

2006

Stille gebieden en gezondheid. 2006/12.

Voorstellen voor onderzoek naar effecten van elektromagnetische velden (0 Hz - 300 GHz) op de gezondheid. 2006/11.

Briefadvies Asbest. 2006/09.

Arbeidsomstandigheden

2007

Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. 2007/05.
 Bitumen (vapour and aerosol). 2007/01OSH.

2006

Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. 2006/22.
 Nachtwerk en borstkanker: een oorzakelijk verband? 2006/15.
 Tetrachloroethane; Health-based recommended occupational exposure limit. 2006/09OSH.
 Calcium oxide. 2006/08OSH.

Hydrogen sulphide. 2006/07OSH.

Ethanol (ethyl alcohol). 2006/06OSH.

Acrylamide. Health-based calculated occupational cancer risk values. 2006/05OSH.

Methanol; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2006/04OSH.

Trichloroacetic acid; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2006/03OSH.

Formic acid; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2006/02OSH.

BaP and PAH from coal-derived sources; Health-based calculated occupational cancer risk values of benzo[a]pyrene and unsubstituted non-heterocyclic polycyclic aromatic hydrocarbons from coal-derived sources. 2006/01OSH.

GRAADMETER # 2
JAARGANG 23
MAART/APRIL 2007

Redactie

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

Secretariaat/opmaak

M. Javanmardi, J. van Kan

Basisvormgeving

Noortje Hoppe, Rotterdam

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

Adres redactie en
abonnementen

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

ISSN 0169-5211