

G r A A D M E T E R # 4 Redactioneel ³; Congres over voortplantingsgeneeskunde ⁵; HTA-congres in Barcelona ¹¹; Gr-galerie ¹⁴ / Gezondheidszorg ¹⁵: Amerikaanse bijeenkomst over preconceptiezorg ¹⁶; Screening op prostaatkanker met PCA3 ¹⁹; Installatie Commissie Bestrijding baarmoederhalskanker ²¹; RVP-advies: goed handvat voor de toekomst ²³; Beraadsgroep Maatschappelijke gezondheidszorg van start ²⁶; Overheid en bevolkingsonderzoek ²⁹ / Gezondheidsonderzoek ³¹: Onderzoekers en patiënten kunnen meer van elkaar leren ³²; Goede kansen in Nederland voor vernieuwend onderzoek naar klinische toepassingen ³³ / Voeding ³⁵: Logo's die een gezonde voedselkeuze bevorderen ³⁶ / Milieu ³⁸: Installatie van de Commissie Risicogroepen ³⁹ / Arbeidsomstandigheden ⁴¹: Openbare conceptrapporten over de kankerverwekkende eigenschappen van tien stoffen ⁴²; Openbaar conceptrapport over normering allergene stoffen ⁴³; Openbaar conceptrapport over kaoline ⁴⁴.

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.

Gezondheidsonderzoek

Door de integratie van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) met de Gezondheidsraad worden lezers van *Graadmeter* tegenwoordig ook over wetenschappelijk gezondheidsonderzoek geïnformeerd. Recent verschenen er twee rapporten op dit terrein. Het eerste, *Translationeel onderzoek in Nederland*, gaat over toepassingsmogelijkheden van fundamenteel onderzoek bij diagnostiek, behandeling en preventie van ziekten. Het tweede, *Patiëntenparticipatie in gezondheidsonderzoek*, laat zien dat onderzoekers en patiënten veel van elkaar kunnen leren. Verderop in dit nummer leest u er meer over.

Het integratieproces van de RGO en de Gezondheidsraad viel tot nu toe samen met een reeks van bezuinigingsrondes. Daarbij werd het budget van de RGO met maar liefst veertig procent gekort. Ondanks deze zware aderlating is het gelukt om in korte tijd de genoemde twee rapporten af te ronden. Bij de aanbieder van het advies over translationeel onderzoek – een onderwerp dat momenteel in het brandpunt van de belangstelling staat – gaf minister Plasterk van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap aan erg geholpen te zijn met dit rapport. Bovendien heeft de minister de raad gevraagd om advies uit te brengen over een nog te bepalen selectie van onderwerpen en heeft daarvoor alvast een budget toegezegd.

Het rapport over patiëntenparticipatie werd aangeboden aan de directeur Markt en consument van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hij benadrukte dat het rapport goed aansluit bij wat minister Klink beschouwt als een speerpunt van zijn beleid: het versterken van de positie van de patiënt in onze gezondheidszorg.

De positie van burgers – onder wie patiënten – is ook een belangrijk element in veel adviezen van de Gezondheidsraad. Denk bijvoorbeeld aan de recente adviezen over het Rijksvaccinatieprogramma, over bevolkingsonderzoek, over goede voeding en over toxische stoffen op de werkplek. Meerdere ministeries

– behalve VWS ook OCW, LNV, SZW en VROM – maken dankbaar gebruik van deze advisering. Toch heeft de minister van VWS weer een volgende bezuinigingsronde aangekondigd, waarbij de Gezondheidsraad wederom niet wordt gespaard. De voorzitter van de raad heeft de minister van VWS inmiddels verzocht de voorgenomen nieuwe taakstelling te herzien. Er dreigen lacunes te gaan vallen in de onafhankelijke wetenschappelijke advisering over maatschappelijk relevante gezondheidsvraagstukken. En dat zal op termijn gevolgen hebben voor de kwaliteit van de volksgezondheid in Nederland.

Congres over voortplantingsgeneeskunde

De European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) kwam van 1 tot 4 juli 2007 bijeen in het Franse Lyon. Er waren ruim vijfduizend deelnemers aan het congres, waaronder veel Nederlanders. Uit de veelheid van onderwerpen die in een groot aantal parallelsessies aan de orde kwamen, kunnen er hieronder slechts enkele kort worden aangestipt: pre-implantatie genetische screening (PGS), pre-implantatie genetische diagnostiek met het oog op het krijgen van weefseltype-identieke donorstamcellen voor een ernstig ziek kind (PGD/HLA-testing) en vitrificatie als methode voor het invriezen van eicellen. Reden voor deze selectie is dat het gaat om ontwikkelingen waarover de Gezondheidsraad eerder heeft geadviseerd en die ook voor het verdere overheidsbeleid op dit gebied van belang zijn.

Dr. W.J. Dondorp maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Pre-implantatie genetische screening (PGS) werkt mogelijk
averechts

Pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD) is genetisch onderzoek bij via IVF verkregen embryo's-in-vitro. Paren met een verhoogd risico op het doorgeven van een ernstige erfelijke ziekte aan het nageslacht kunnen hun enkele dagen oude embryo's laten onderzoeken op de aanwezigheid van de betreffende genetische afwijking. Meestal gebeurt dat onderzoek bij embryo's in het achtcellig stadium. Als onderzoeksmateriaal worden één of twee cellen van het embryo afgenomen. Alleen embryo's waarbij de gezochte afwijking niet is gevonden komen vervolgens voor terugplaatsing in de baarmoeder in aanmerking. Bij pre-implantatie genetische screening (PGS) wordt dezelfde procedure gebruikt voor een ander doel: het vergroten van de succeskans van IVF door een betere selectie van terug te plaatsen embryo's. Met name bij vrouwen boven de 35 is het percentage aneuploïde embryo's (een chromosoom teveel of te weinig) relatief hoog. De veronderstelling

achter PGS is dat selectie en terugplaatsing van niet-aneuploïde embryo's de kans op een succesvolle zwangerschap in die leeftijds-categorie vergroot. Inmiddels wordt PGS in een groeiend aantal IVF-centra in het buitenland standaard aangeboden bij een hogere leeftijd van de moeder en bij enkele andere indicaties. Volgens op het congres gepubliceerde gegevens van het ESHRE PGD consortium omvat deze toepassing nu al tweederde van de (gerapporteerd) PGD/PGS procedures. Er zijn geen aanwijzingen dat de embryobiopsie schadelijk is voor de gezondheid van het langs deze weg te verwekken kind. Maar het aantal na PGD/PGS geboren kinderen is nog niet heel erg groot en over effecten op langere termijn valt nog weinig te zeggen.

De Gezondheidsraad heeft in 2006 geadviseerd PGS nog niet in de reguliere IVF-praktijk in te voeren. Zolang niet vaststaat dat de kans op een succesvolle zwangerschap daarmee daadwerkelijk wordt vergroot, zou alleen te denken zijn aan toepassing in de vorm van wetenschappelijk onderzoek. Een in 2004 gepubliceerde Belgische *trial* had geen significant verschil tussen IVF-uitkomsten met en zonder PGS gevonden. Een grote Nederlandse (dubbelblinde gerandomiseerde) *multicentre trial* naar de effectiviteit van PGS bij oudere zwangere vrouwen was op dat moment nog gaande. Dat onderzoek is nu afgerond. De uitkomsten werden onder grote belangstelling als *late breaking news* aan het slot van het congres in Lyon gepresenteerd, bij gelijktijdige (web)publicatie in het *New England Journal of Medicine* (Mastenbroek S, ea. 'In vitro fertilization with preimplantation genetic screening'). De onderzoekers van het AMC en het OLVG in Amsterdam en het UMCG in Groningen lieten weten aanzienlijk lagere zwangerschaps- en geboortepercentages in de PGS-groep te hebben gevonden dan in een controlegroep waarbij de embryoselectie op traditionele wijze (aan de hand van morfologische criteria) had plaatsgevonden. PGS blijkt de kans op een succesvolle IVF-behandeling bij oudere zwangere vrouwen dus niet te vergroten, maar juist te verkleinen. Alle reden, concluderen de onderzoekers, om van routinematige PGS in die leeftijdsgroep af te zien. Het afwachtende Nederlandse beleid lijkt dus verstandig te zijn geweest.

De presentatie van deze uitkomsten leidde op het congres al direct tot heftige discussie, wat gezien de ruime verbreiding die PGS in het buitenland al heeft gekregen, niet verwonderlijk is. Hoewel het te vroeg is om te zeggen dat het doek voor PGS (in deze vorm, bij deze doelgroep) nu gevallen is, is in ieder geval duidelijk dat de techniek te snel in de kliniek is geïntroduceerd en dat verdere toepassing niet zonder nader onderzoek te verantwoorden valt. Wat de precieze oorzaak is van de tegenvallende resultaten na PGS, is nog onduidelijk. Een mogelijke verklaring is dat de embryobiopsie leidt tot een kleinere implantatiekans.

‘Donorembryo’ in plaats van ‘donorkind’?

Onder ‘PGD/HLA-testing’ wordt meestal verstaan: IVF en PGD met als doel een kind te krijgen dat hematopoietische stamcellen (in de eerste plaats uit navelstrengbloed) kan ‘doneren’ voor de behandeling van een eerder geboren ernstig ziek broertje of zusje. PGD wordt dan gebruikt om embryo’s te selecteren met het zelfde weefseltype als het zieke kind (HLA-typering). In de literatuur is een aantal gevallen beschreven waarin voor deze procedure werd gekozen als geen andere (voldoende compatibele) donor kon worden gevonden. Aan PGD/HLA testing zijn praktische en morele bezwaren verbonden. Praktische bezwaren zijn dat er soms geen tijd is om te wachten op de geboorte van een nieuw kind, dat er maar een beperkte kans is dat de route via IVF en PGD een geschikt ‘donorkind’ oplevert of dat er in het gezin van de ouders eigenlijk geen plaats is voor een nieuw kind. De morele bezwaren betreffen de ‘gedwongen’ gezinsuitbreiding, ook als de ouders daar mogelijk niet aan toe zijn, en de fysieke en psychische risico’s voor het ‘donorkind’. Verder is er veel discussie over de vraag of het moreel aanvaardbaar kan zijn een kind (louter) voor dit doel in het leven te roepen.

In 2006 kwam de Gezondheidsraad tot de aanbeveling om voor deze toepassing van PGD, onder voorwaarden van zorgvuldigheid, in ieder geval wel ruimte te laten. Het in reactie op dat advies geformuleerde kabinetsstandpunt (mei 2006) is aanzienlijk

terughoudender. PGD/HLA testing mag alleen als sprake is van een erfelijke ziekte, omdat PGD dan in de eerste plaats ten behoeve van het te verwekken kind zelf moet worden uitgevoerd. Het standpunt kan worden gelezen als een precisering van het huidige – in het planningsbesluit klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering opgenomen – verbod. Omdat het kabinetsstandpunt door de vaste kamercommissie voor volksgezondheid is aangehouden voor nader overleg, is het laatste woord hierover nog niet gezegd.

Mede tegen de achtergrond van het moreel beladen karakter van PGD om een ‘donorkind’ te verkrijgen, wordt gezocht naar alternatieve routes voor het verkrijgen van HLA-identieke hematopoietische stamcellen. Tijdens het congres in Lyon werd een interessant voorstel ‘PGD/HLA-testing type 2’ gepresenteerd door onderzoekers uit Maastricht en Brussel (een elektronische voorpublicatie stond al in *Stem Cells*). De voorgestelde variant is gelijk aan de bestaande, behalve dat geschikt bevonden embryo’s niet in de baarmoeder worden geplaatst, maar gebruikt als bron van embryonale stamcellen voor celtherapie. Vooralsnog gaat het om een gedachte-experiment, vooruitlopend op nader onderzoek naar de mogelijkheid om (veilig) bruikbare hematopoietische cellen uit humane embryonale stamcellen te ontwikkelen. Als dat is aangetoond, zou deze variant een aantrekkelijk alternatief voor (of aanvulling op) de bestaande vorm van PGD/HLA-testing kunnen zijn. Praktische voordelen zijn dat type 2 waarschijnlijk effectiever is (grotere kans op het verkrijgen van bruikbare hematopoietische stamcellen) en ook sneller kan worden uitgevoerd. In moreel opzicht is belangrijk dat alle bezwaren wegvallen die te maken hebben met het verwekken van een ‘donorkind’. Niet een kind, maar een embryo van enkele dagen wordt als bron van stamcellen gebruikt.

Daarmee verschuift de morele discussie naar de voorwaarden voor het instrumenteel gebruik van menselijke embryo’s. PGD/HLA-testing type 2 zou in diverse landen, waaronder Nederland, verboden zijn. Er worden immers embryo’s tot stand gebracht voor een ander doel dan zwangerschap. In Europa is dat slechts toegestaan in het Verenigd Koninkrijk, België en Zweden. In Nederland

zal het verbod op het maken van embryo's voor onderzoek of therapie in ieder geval de komende kabinetsperiode worden gehandhaafd. Als de wetenschappelijke onzekerheden die nu nog aan type 2 kleven kunnen worden weggenomen, rijst wel de vraag of dat verbod dan geen barrière vormt voor de in moreel opzicht minst ingrijpende variant van PGD/HLA-testing.

Invriezen van eicellen (te) snel geïntroduceerd in de kliniek

Er was tijdens het congres veel aandacht voor een nieuwe methode voor het invriezen van eicellen. Dat wordt al lang geprobeerd, omdat het een verbetering van de IVF-praktijk zou kunnen betekenen. In de eerste plaats zou daardoor het ontstaan van restembryo's aanzienlijk kunnen worden beperkt. Verder zou de techniek van groot belang zijn voor vrouwen die een vruchtbaarheidsbedreigende medische ingreep moeten ondergaan. Door van te voren eicellen in te vriezen zouden ze de mogelijkheid behouden in de toekomst via IVF nog kinderen te krijgen. De eerste klinische experimenten (IVF met gecryopreserveerde en weer ontdooide eicellen) dateren uit de jaren tachtig. De resultaten (zwangerschappen, geboorten) waren echter zeer teleurstellend, wat vooral te maken leek te hebben met door vriesschade veroorzaakte chromosoomafwijkingen.

Met de verbeterde vitrificatietechniek (een snelle invriesmethode waardoor de vorming van schadelijke intracellulaire ijskristallen wordt voorkomen) lijken nu betere resultaten te kunnen worden behaald. Uit diverse bijdragen aan het congres in Lyon blijkt dat het aantal na eicelcryopreservatie geboren kinderen wereldwijd snel groeit. Een belangrijke drijfveer is de wetgeving in landen als Duitsland en Italië, waar het invriezen van boventallige embryo's verboden is. Zoals in een recente meta-analyse (Oktay 2006) wordt opgemerkt, is echter nog onvoldoende duidelijk over de veiligheid van de gebruikte invriestechnieken. Een Canadese groep (Montreal) kwam in Lyon weliswaar met een geruststellend klinkende vergelijking van geboortekomsten (gewicht, Apgar-score) na IVF met en zonder gebruik van gecryopreserveerde

eicellen, maar de vraag is of de stap naar de kliniek niet te snel wordt gezet. In zijn advies *IVF-afroondende advisering* uit 1998 onderstreepte de Gezondheidsraad dat potentieel riskante vruchtbaarheidstechnieken (waaronder cryopreservatie van eicellen) pas zouden mogen worden geïntroduceerd na gedegen preklinisch veiligheidsonderzoek. Desgevraagd lieten de Canadezen weten dat zeker nog meer preklinisch onderzoek nodig is, met dieren, maar idealiter ook met menselijke embryo's die zijn ontstaan na bevruchting van ingevroren en weer ontdooide eicellen. Zulk embryo-onderzoek konden zij echter niet uitvoeren, omdat het ook in Canada verboden is om menselijke embryo's voor onderzoeksdoeleinden tot stand te brengen.

Nederlandse voorzitter

Tijdens het congres werd prof. dr. J.P.M. Geraedts, hoogleraar genetica en celbiologie in Maastricht, voor de komende twee jaar gekozen als nieuwe ESHRE-voorzitter. In die hoedanigheid is hij de opvolger van prof. P. Devroey, hoogleraar reproductieve geneeskunde aan de Vrije Universiteit in Brussel. Geraedts is de tweede Nederlandse voorzitter van ESHRE. Zijn collega Evers (hoogleraar obstetrie & gynaecologie in Maastricht, voorzitter CCMO) leidde de vereniging van 2001 tot 2003.

HTA-congres in Barcelona

In juni van dit jaar hield Health Technology Assessment international haar vierde jaarlijkse congres, dit keer in Barcelona. Voorafgaand aan, en in aansluiting op het congres waren er vergaderingen van twee organisaties waarin de Gezondheidsraad participeert, namelijk EuroScan en INAHTA. Na eerdere thema's als *HTA and clinical practice* (Rome 2005) en *HTA and health policy* (Adelaide 2006) was nu het thema van het congres *HTA for evidence based public health*. Gedurende de tweeënhalf dag die het congres duurde was er een grote verscheidenheid aan presentaties, variërend van beschouwingen over het uitoefenen van HTA (bijvoorbeeld over financiering of samenwerking) tot puur inhoudelijke onderwerpen. Hier volgt een verslag van drie opvallende sessies, waarbij voor de inhoudelijke onderwerpen een keuze is gemaakt voor infectieziekten.

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

Onderzoek en industrie

Tijdens een sessie met als titel *HTA, industry and health systems: are we ready to set up an agenda for effective cooperation?* gaf Radican van de firma Merck een opsomming van de voordelen van samenwerking tussen onderzoekers en industrie. Hij noemde voorbeelden als de opzet van *clinical trials* en het verzamelen van de resultaten daarvan, de analyse van de onderzoeksgegevens, maar ook het opstellen van richtlijnen voor bijvoorbeeld behandeling. Dillon van het National Institute for Clinical Excellence uit het Verenigd Koninkrijk zag zeker voordelen aan de samenwerking met de industrie, maar ook nadelen, zoals een te grote invloed van de industrie. Beide partijen nemen risico's door samen te werken, betoogde hij. De industrie neemt commerciële risico's. Onderzoekers riskeren – bij een niet goed lopende samenwerking – reputatieschade. Volgens Dillon doen onderzoekers en industrie er

beide goed aan heldere afspraken te maken over de reikwijdte van hun samenwerking.

Voor mij opvallend was de relatief grote ruimte die de farmaceutische industrie kreeg – of nam – tijdens het verdere programma. Zo had ik tijdens een van de latere sessies meer het idee naar een advertentie voor een product te kijken of luisteren dan naar een voordracht over wetenschappelijk onderzoek.

Polio in India

Tijdens een sessie over HTA in ontwikkelingslanden schetste Mathew van het Postgraduate Institute of Medical Education and Research in India de gevolgen van de pogingen in dat land om, in het kader van het *Polio Eradication Initiative* van de WHO, polio uit te bannen. India heeft – om het WHO-doel te halen – aan vaccinatie tegen polio zes keer meer geld uitgegeven dan aan alle andere vaccinaties samen, maar het doel is niet gehaald. Tegelijkertijd vormen kinkhoest en mazelen in India grotere gezondheidsproblemen dan polio, en is er in de afgelopen periode een toename geweest in het aantal gevallen van difterie. Volgens Mathew was met een meer onafhankelijke analyse al veel eerder duidelijk geworden dat voor India de nu gekozen aanpak, ondanks de enorme uitgaven, niet het door de WHO gewenste effect zou hebben (*‘Developing countries can’t afford not to use HTA’*).

Humaan papillomavirus

Op verschillende momenten tijdens het congres was er aandacht voor het humane papillomavirus (HPV), bijvoorbeeld tijdens een aparte sessie over de modelmatige economische analyses van screening op HPV en vaccinatie tegen HPV. De toegevoegde waarde van veranderde screening of van vaccinatie bleek sterk afhankelijk van het al lopende screeningsprogramma. Ook tijdens postersessies werden resultaten van divers onderzoek naar HPV

gepresenteerd, bijvoorbeeld onderzoek naar de attitude ten opzichte van vaccinatie tegen deze seksueel overdraagbare infectie. In ieder geval werd duidelijk dat op veel verschillende plaatsen ook over de ontwikkelingen rond HPV wordt nagedacht. Zoals u elders in deze *Graadmeter* kunt lezen, is in juli in ons land de commissie van de Gezondheidsraad geïnstalleerd die over dit onderwerp gaat adviseren.



Op 11 september 2007 opent in Gr-Galerie de tentoonstelling van **Maria van Gerwen** uit Zaltbommel. Te zien zijn bronzen beelden, onder andere de draak op deze foto. Zie ook: www.mariavangerwen.nl .

Gezondheidszorg

Amerikaanse bijeenkomst over preconceptiezorg

Half mei 2007 woonde ik, op uitnodiging van dr. Hani Atrash van de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), een besloten vergadering bij van het Select Panel on Preconception Care, in Atlanta in de Verenigde Staten. Er waren zo'n honderd personen aanwezig, afkomstig uit allerlei organisaties en beroepsgroepen die zich bezig (gaan) houden met preconceptiezorg aldaar. Het was een boeiende bijeenkomst, die een goed beeld gaf van de Amerikaanse problemen rond de gezondheid van vrouwen en kinderen en de rol die preconceptiezorg zou kunnen spelen in het oplossen daarvan.

Dr. ir. V.W.T. Ruiz van Haperen maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Achtergrond

In de VS is minstens de helft van de zwangerschappen ongepland (in Nederland is dat 20 procent). Veel vrouwen zijn onverzekerd. Mensen zonder werk hebben vaak geen ziektekostenverzekering en Medicaid – een soort ziekenfonds voor de armen – is niet voor iedereen toegankelijk. In de VS bestaat geen algemeen gezondheidszorgstelsel zoals in Nederland. De gezondheidszorg is per staat verschillend geregeld en georganiseerd. De babysterfte in de VS is de op een na hoogste in de westerse wereld. Seks en anticonceptie buiten het huwelijk gelden als taboe-onderwerpen. Scholieren en jong-volwassenen krijgen hierover nauwelijks voorlichting.

In 2005 nam bovengenoemde dr. Hani Atrash het initiatief tot een congres over preconceptiezorg. Door preconceptiezorg – onder andere ingebed in 'women's health' activiteiten – hoopt het CDC mensen ervan bewust te maken dat je vóór een zwangerschap al veel kan doen om je eigen gezondheid en die van je toekomstige kind te verbeteren. In april 2006 verschenen de aanbevelingen. Nu – op de vergadering van 2007 – ging het over de implementatie van die aanbevelingen. Zes werkgroepen, die elk deeltaken op zich hebben genomen, brachten daarover verslag uit.

Zes werkgroepen vertalen aanbevelingen naar de praktijk

De klinische werkgroep is bezig met een document over een groot aantal risicofactoren voor negatieve zwangerschapsuitkomsten (zoals aangeboren afwijkingen, laag geboortegewicht, doodgeboorte). De groep bekijkt hoe vrouwen of paren die een kind willen over deze risicofactoren voorgelicht en geadviseerd kunnen worden. Naar verwachting verschijnt het document in oktober 2007, ongeveer tegelijk met het Gezondheidsraadadvies *Preconceptiezorg* dat ook in het najaar uitkomt.

De consumentenwerkgroep probeert onder andere het concept preconceptiezorg zo breed mogelijk onder de aandacht te brengen van media met veel vrouwen in hun doelgroep, zoals bepaalde tijdschriften en websites. Ook zijn er besprekingen gaande voor het maken van een preconceptiezorg-item in de populaire ziekenhuisserie *Grey's Anatomy*. Verder onderzoekt men hoe het concept het best overgebracht kan worden.

De Public Health werkgroep is verankerd in CityMatCH, een organisatie voor gezondheidszorg aan moeder en kind waarbij tweehonderd (kleinere) steden zijn aangesloten. Getracht wordt preconceptiezorg in te voegen in bestaande activiteiten die gericht zijn op de gezondheid van moeder en kind, in plaats van het als een nieuwe verticale kolom te positioneren. Daarnaast wil men landelijke koepels van *community health centers* en *primary care* meer met elkaar in contact brengen en de verzuilde financiering vlot-trekken.

Een aparte werkgroep denkt na over de financiële strategieën die ontwikkeld moeten worden. Dit is niet eenvoudig, daar verzekering en dekking per staat verschillen. De consequenties van de te maken keuzes op financieel gebied zullen goed doordacht moeten worden.

Verder is er een werkgroep die zich buigt over de ontwikkeling van een bij- en nascholingsprogramma voor beroepskrachten in de gezondheidszorg. De groep zet zich in voor het verkrijgen van accreditatie en het opstellen van modules, zodat verschillende professionals naar behoefte kunnen worden geschoold. De modules moeten *evidence based* zijn en actueel gehou-

den worden. Ook wordt gepleit voor het opnemen van preconceptiezorg in de artsexamens. Bijscholingsprogramma's alleen worden niet voldoende geacht voor het veranderen van de artsenpraktijk.

De onderzoekswerkgroep, tot slot, buigt zich over te ontwikkelen indicatoren voor monitoring alsmede over een op te stellen onderzoeksagenda. De grote vraag hierbij is waar te beginnen en hoe te prioriteren. Als uitgangspunt hiervoor zal mogelijk het in het najaar te verschijnen document van de klinische werkgroep worden gebruikt. De lacunes die daarin zichtbaar zullen worden, kunnen als eerste onderzoeksagenda dienen.

Een vergelijking met Nederland

Wat mij vooral is opgevallen, is dat de aanwezigen stuk voor stuk overtuigd waren van de noodzaak om in de VS preconceptiezorg op te zetten. In hun eigen tijd, met zeer beperkte middelen en tegen de stroom in, zetten zij zich hiervoor in. Een ethische discussie over met name preconceptionele erfelijkheidsvoorlichting en dragerschapsonderzoek is echter nog niet gevoerd.

Ik was uitgenodigd om de situatie in Nederland te schetsen. De elementen van die presentatie waren: 80 procent van de zwangerschappen is gepland; er is een basisverzekering voor iedereen; de overheid bepaalt wat in ieder geval vergoed wordt; de huisarts is de poortwachter van de zorg; veel vrouwen bevallen thuis; kinderen op de basisschool krijgen seksuele voorlichting; de Gezondheidsraad heeft een commissie die een wetenschappelijk gefundeerd advies opstelt over preconceptiezorg. Na afloop werd verzucht: 'Dat willen wij ook! Nederland kan preconceptiezorg zo uitrollen en heeft een gouden gelegenheid daarmee een grote stap vooruit te zetten in de gezondheidsbevordering van uiteindelijk alle mensen!' De Amerikaanse deelnemers aan de besloten bijeenkomst in Atlanta zien Nederland nu als het land dat een voortrekkersrol in Europa zou kunnen spelen op het terrein van de preconceptiezorg.

Screening op prostaatkanker met PCA3

Het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam wil in een wetenschappelijk experiment met een nieuwe tumormarker 1650 mannen screenen op prostaatkanker. Voor dit proefbevolkingsonderzoek is een vergunning nodig. Hierover bracht de Gezondheidsraad op 24 juli 2007 advies uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Vooronderzoek

Het is nog geen uitgemaakte zaak of vroege opsporing en behandeling van mannen met prostaatkanker sterfte en lijden aan deze ziekte kan verminderen. Uitsluitsel wordt verwacht van twee lopende experimenten op basis van randomisatie, de Amerikaanse *PLCO-trial* en de *European Randomized Study of screening for Prostate Cancer* (ERSPC). De gebruikte bloedtest op prostaatspecifiek antigeen (PSA) is wel gevoelig maar weinig specifiek voor prostaatkanker. In ongeveer vijftien procent van de gevallen is de uitslag van de PSA-test foutpositief. Er zijn allerlei aan PSA gerelateerde parameters ontwikkeld om de screening te verbeteren. Tot dusver zonder succes. Er wordt ook veel onderzoek gedaan naar andere tests gericht op eiwitten om de specificiteit te vergroten. Verder komen de laatste jaren markers op DNA- en RNA-niveau in beeld. Het voorgestelde project heeft tot doel de prestaties te bestuderen van een urinetest op prostaatkankerantigeen 3 (PCA3). Dit gen werd in 1999 voor het eerst beschreven door Nijmeegse onderzoekers, onder de naam *DD3*. Onderzoek naar de testeigenschappen is nog uitsluitend gedaan bij mannen die wegens een verhoogde PSA-waarde in aanmerking kwamen voor prostaatbiopsie. Gelet op de gunstige ervaringen wil de vergunningaanvrager de urinetest beproeven bij mannen uit de algemene bevolking.

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

De publicatie *Wet bevolkingsonderzoek: prostaatkanker ERSPC-Rotterdam (3) (2007/03WBO)* 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'.

Onderzoeksplan

De bedoeling is dit onderzoek te koppelen aan het Rotterdamse onderdeel van de lopende ERSPC. Voor dit project zullen 1650 mannen tussen de 63 en 75 jaar, deelnemers aan de derde en vierde screeningsronde van ERSPC, worden benaderd. Zij ondergaan zowel de PSA-test als de PCA3-test. Als een van beide tests positief is, wordt prostaatbiopsie geadviseerd. De onderzoeksvraag is of de urinetest beter presteert dan de PSA-test in termen van detectiecijfer (het aantal gevallen van prostaatkanker dat per duizend gescreende mannen wordt opgespoord), voorspellende waarde, relatieve sensitiviteit en specificiteit, en parameters voor uitbreiding en aggressiviteit van de ontdekte tumoren.

Advies aan de minister

De Gezondheidsraad heeft de minister geadviseerd vergunning te verlenen voor dit onderzoek. Het onderzoek voldoet aan alle eisen die de Wet op het bevolkingsonderzoek stelt.

Samenstelling commissie:

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

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

Installatie Commissie Bestrijding baarmoederhalskanker

In Nederland wordt jaarlijks bij tussen de 600 en 700 vrouwen baarmoederhalskanker geconstateerd. Het landelijke screeningsprogramma ('het uitstrijkje') zorgt ervoor dat bij veel vrouwen deze vorm van kanker in een vroeg stadium wordt ontdekt. Toch overlijden jaarlijks nog tussen de 200 en 250 vrouwen aan de aandoening. Een commissie van de Gezondheidsraad buigt zich over de vraag of meisjes, en misschien ook jongens, in de toekomst gevaccineerd zouden moeten worden tegen het virus dat verantwoordelijk is voor baarmoederhalskanker.

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

De belangrijkste risicofactor voor baarmoederhalskanker is infectie met het humane papillomavirus (HPV), waarvan de overdracht plaatsvindt via seks. Het grootste deel van de seksueel actieve vrouwen in Nederland raakt met een of meerdere types van dit virus geïnfecteerd, maar bij slechts een klein deel van die vrouwen ontstaat uiteindelijk – na een periode van gemiddeld tientallen jaren – baarmoederhalskanker. Dit komt ten eerste doordat er van het virus meerdere types bekend zijn en die niet allemaal met baarmoederhalskanker geassocieerd zijn. Ten tweede leidt ook infectie met een virustype dat wél met baarmoederhalskanker geassocieerd is lang niet altijd tot deze aandoening. In Nederland veroorzaken de HPV-types 16 en 18 samen ongeveer 70 procent van de gevallen van baarmoederhalskanker.

De laatste jaren vinden er op verschillende terreinen ontwikkelingen plaats. Zo is er nu de mogelijkheid om bij het uitstrijkje het celmateriaal niet langer aspecifiek te onderzoeken op afwijkende cellen, maar door middel van *probes* specifiek te zoeken naar genetisch materiaal van bepaalde types HPV. Ook is er nu de mogelijkheid van vaccinatie: onlangs is een eerste vaccin in ons land geregistreerd tegen de HPV-types 16 en 18, en de verwachting is dat er eind 2007 een tweede op de markt zal zijn.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Gezondheidsraad gevraagd hem te adviseren over de bestrijding van baarmoederhalskanker en daarbij ook aandacht te geven aan de manier waarop de ontwikkelingen op de verschillende terreinen het beste kunnen worden vervlochten. Op 10 juli 2007 installeerde prof. dr. A. Knottnerus, voorzitter van de Gezondheidsraad, de commissie Bestrijding baarmoederhalskanker. Het antwoord op de vraag of vaccinatie van meisjes, en misschien ook jongens, tegen HPV in het Rijksvaccinatieprogramma moet worden opgenomen zal er 1 januari 2008 zijn.

Samenstelling commissie:

- | | |
|---|---|
| prof. dr. J. van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie
Universiteit van Amsterdam, <i>voorzitter</i> | prof. dr. C. Melief, hoogleraar immuno hematologie, Leids
Universitair Medisch Centrum |
| dr. A. Ansink, gynaecoloog/oncoloog, Erasmus MC-Daniel
den Hoed, Rotterdam | dr. H.E. de Melker, epidemioloog, Centrum voor
Infectieziektebestrijding, Bilthoven |
| dr. M. van Ballegooijen, arts/epidemioloog, Erasmus MC,
Rotterdam | dr. W.G.V. Quint, DDL Diagnostisch Laboratorium,
Voorburg |
| prof. dr. I.D. de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek,
Erasmus MC, Rotterdam | mr. A. Rendering, cluster Screening en Bevolkingsonderzoek
van de directie Publieke Gezondheid van het ministerie
van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag,
<i>adviseur</i> |
| prof. dr. P.J.E. Bindels, huisarts, hoogleraar huisarts-
geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam | dr. T.G.J. van Rossum, College ter Beoordeling van Genees-
middelen, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. J.T. van Dissel, hoogleraar interne geneeskunde/
infectieziekten, Leids Universitair Medisch Centrum | prof. dr. E.A.M. Sanders, hoogleraar immunologie en
infecties, Universiteit Utrecht |
| de heer dr. P.G.H. Janssen, huisarts, Nederlands Huisartsen
Genootschap, Utrecht, <i>adviseur</i> | W.A. van Veen, arts, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. G.G. Kenter, hoogleraar oncologische gynaecologie,
Leids Universitair Medisch Centrum | dr. H.J.C. de Vries, dermatoloog, Academisch Medisch
Centrum, Amsterdam |
| prof. dr. M.E.E. Kretzschmar, theoretisch epidemioloog,
Universiteit van Bielefeld, Bielefeld (Duitsland) | dr. K. Groeneveld, medisch immunoloog; Gezondheidsraad,
Den Haag, <i>secretaris</i> |
| prof. dr. C.J.L.M. Meijer, hoogleraar pathologie, in het
bijzonder de gastro-enterologische pathologie, Vrije
Universiteit, Amsterdam | dr. H. Houweling, arts-epidemioloog; Gezondheidsraad, Den
Haag, <i>secretaris</i> |

RVP-advies: goed handvat voor de toekomst

Op 29 juni 2007 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn standpunt op het advies *De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden* bekend gemaakt. In zijn reactie geeft de minister aan dat hij blij is met het advies. Wat hem betreft mogen we trots zijn op de manier waarop het vaccinatieprogramma in Nederland is georganiseerd en wordt uitgevoerd. Het advies geeft volgens hem een goede kijk op de effectiviteit van het huidige programma en de ontwikkelingen binnen de relevante wetenschappelijke disciplines. Ook biedt het advies een kader voor toekomstige beslissingen omtrent het Rijksvaccinatieprogramma. De minister neemt het door de raad voorgestelde beoordelingskader en de zeven criteria voor opname van vaccinaties in publieke programma's over. Aan de hand van die criteria kan beoordeeld worden welke kandidaatvaccinaties 'RVP-waardig' zijn. De Gezondheidsraad adviseert daarin de minister; de minister neemt vervolgens, na weging van de organisatorische en financiële consequenties, een besluit.

Dr. H. Houweling maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Het pakket

In het advies zijn de 15 huidige RVP-vaccinaties en 23 kandidaatvaccinaties beoordeeld. De minister neemt het advies over om de huidige vaccinaties te handhaven en het programma vooralsnog niet uit te breiden. Op basis van komende adviezen van de raad zal de minister in 2008 besluiten nemen over vaccinatie tegen hepatitis B, baarmoederhalskanker, waterpokken en diarree door rotavirus.

Uitvoering

Net als de raad vindt de minister dat er continu aandacht moet zijn voor het handhaven van het vertrouwen van het publiek in het

programma. De minister onderschrijft de aanbeveling voor meer aandacht voor gedragsmaatschappelijke aspecten bij de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. Hij zal deze betrekken in zijn opdrachtverlening aan het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM. Dat geldt ook voor de aanbeveling om meer te investeren in kennis over vaccinatie bij en effectieve voorlichtingsstrategieën van zorgverleners.

Monitoring

Bij een publiek programma als het RVP is zorgvuldige monitoring van effectiviteit en veiligheid aangewezen om in de gaten te houden of de doelen worden bereikt. In aanvulling op de bestaande systemen heeft de Gezondheidsraad aanbevolen om sociaal-psychologische determinanten van vaccinatiebereidheid en eventuele immunologische lange-termijnbijwerkingen te monitoren. Alhoewel de minister onderzoek naar vaccinatiebereidheid van groot belang acht, neemt hij de aanbeveling om determinanten te monitoren niet over. Signalen uit de praktijk leveren volgens hem naast gericht onderzoek al voldoende informatie op. Op de aanbeveling van de raad om een monitoringssysteem te ontwerpen voor eventuele lange-termijnbijwerkingen beraadt de minister zich nog. Mogelijk zal hij dit onderwerp wel aan de orde stellen bij de Wereldgezondheidsorganisatie. De raad heeft erop gewezen dat moderne vaccins weliswaar steeds zuiverder zijn en minder lokale en korte-termijnbijwerkingen hebben, maar in zeldzame gevallen bij daarvoor gevoelige personen immunologische lange-termijnbijwerkingen zouden kunnen veroorzaken. Een monitoringssysteem zou daarin meer duidelijkheid kunnen verschaffen.

Onderzoek

De Gezondheidsraad geeft in het rapport een uitgebreid overzicht van onderwerpen waarbij onderzoek wenselijk is. De Gezondheids-

raad acht het verder van groot belang dat de Nederlandse overheid mogelijkheden schept voor gericht onderzoek naar het Rijksvaccinatieprogramma, toegesneden op de Nederlandse situatie. Het gaat om onderzoek dat bijdraagt aan beslissingen omtrent het programma. Alleen dan kan de bevolking de best mogelijke preventie van infectieziekten door middel van vaccinatie geboden worden. In zijn reactie stelt de minister dat het noodzakelijke onderzoek binnen de bestaande programma's van het Centrum Infectieziektebestrijding, het NVI en ZonMw kan worden uitgevoerd. Hij overweegt wel zich te laten adviseren hoe bestaande programma's optimaal op elkaar aangesloten kunnen worden.

Beraadsgroep Maatschappelijke gezondheidszorg van start

Op 25 juni j.l. installeerde Gezondheidsraadsvoorzitter Knottnerus de Beraadsgroep Maatschappelijke gezondheidszorg. Daarmee speelt de raad in op wetenschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen. Al enige tijd is namelijk bekend dat de volksgezondheid in Nederland terrein aan het verliezen is ten opzichte van sommige andere geïndustrialiseerde landen. We zijn in de middenmoot terecht gekomen. Zo kent ons land een relatief hoge sterfte rond de geboorte en een achterblijvende toename van de levensverwachting. De laatste jaren is het besef gegroeid dat met een hervorming en versterking van het beleidsterrein van de maatschappelijke gezondheidszorg (in het Engels *public health*) nog veel gezondheidswinst te boeken valt. Dit blijkt onder meer uit de beleidsnota 'Langer gezond leven', uit een op initiatief van VWS en de Gezondheidsraad gehouden 'Werkconferentie Publieke Gezondheid' en uit de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg uitgebrachte 'Staat van de Gezondheidszorg 2005', getiteld *Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?'. Binnen VWS is een directie Publieke Gezondheid in het leven geroepen.*

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

Veranderende omstandigheden en toenemende kennis

De maatschappelijke gezondheidszorg richt zich op bevordering van de gezondheidstoestand van de bevolking als geheel of van groepen daarbinnen. Net als in de vorige eeuw, toen grote successen op het gebied van preventie van ziekte en sterfte werden behaald, vormen opvallende variaties in ziekte- en sterftcijfers naar onder andere plaats, tijd en sociaal-economische status het vertrekpunt voor de beschouwingen. Zulke variaties wijzen erop dat omgevingsfactoren nog steeds belangrijke determinanten van gezondheid zijn. Beïnvloeding van die determinanten blijft dus

mogelijkheden bieden om de volksgezondheid te bevorderen.

Omgeving is daarbij ruim op te vatten. Het gaat niet alleen om de fysieke omstandigheden waaronder mensen leven, maar ook om de sociale, economische, culturele en bestuurlijke context van hun bestaan. Binnen het facetbeleid had men daar ook al oog voor. Schoon drinkwater, riolering, goede huisvesting, gezonde voeding, maatregelen op het gebied van de verkeersveiligheid, een arbeidsomstandighedenbeleid; al dergelijke interventies hebben een positieve invloed gehad op de staat van onze volksgezondheid. Tot de andere publieke maatregelen die daaraan hebben bijgedragen behoren onder meer de jeugdgezondheidszorg, het Rijksvaccinatieprogramma en diverse vormen van bevolkingsonderzoek.

Maar het zou een misvatting zijn te denken dat het beleid aan het begin van eenentwintigste eeuw eenvoudigweg op de oude voet kan doorgaan. Hoewel de behaalde successen behouden moeten blijven, doen zich verschillende maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen voor die vragen om een hervorming van het publieke gezondheidsbeleid. Onze huidige samenleving kent een nog steeds toenemende individualisering. Ook is de bevolking aan het ‘verkleuren’ en aan het ‘vergrijzen’. En dan is er nog de voortgaande globalisering. Al deze ontwikkelingen brengen met zich mee dat de gezondheidsproblemen kwantitatief en kwalitatief veranderen.

Ook het wetenschappelijk onderzoek staat niet stil. Er raakt steeds meer bekend over de relaties tussen omgevingsfactoren en gezondheidsproblemen, over daarbij optredende variaties tussen (groepen) mensen en over de belangrijke invloed van gedrag. Ontwikkelingen op het terrein van de genetica zijn ook in het oog te houden. Naarmate meer inzicht ontstaat in het genetisch profiel van mensen, zullen preventieve maatregelen eerder kunnen worden afgestemd op individuele gezondheidsrisico's.

Mogelijke adviesthema's

Voor een deel zal de maatschappelijke gezondheidszorg te maken krijgen met bekende thema's waaraan nieuwe facetten zitten, zoals

‘risicofactoren en gezondheidsbevordering’, sociaal-economische gezondheidsverschillen en screeningsvraagstukken. Voor een ander deel gaat het om nieuwe thema’s, zoals grote ontwrichtende gebeurtenissen (rampen, pandemieën) en de organisatie van zorgsystemen. Ook de internationale dimensie van problemen wint naar verwachting aan betekenis.

Zoals gezegd is er momenteel volop aandacht voor het beleidsterrein van de maatschappelijke gezondheidszorg. Tijdens de installatievergadering boog de nieuwe beraadsgroep zich onder meer over belangrijke onderwerpen op dit terrein waarover de Gezondheidsraad de komende jaren zou kunnen adviseren. Een en ander zal zijn beslag krijgen in volgende werkprogramma’s.

Samenstelling beraadsgroep:

- | | |
|--|---|
| prof. dr. ir. D. Kromhout, vice-voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag, <i>voorzitter</i> | prof. dr. J.A.M. van Oers, hoofd centrum VTV, RIVM, Bilthoven, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. P.J. van der Maas, voorzitter RGO, Den Haag, <i>vice-voorzitter</i> | dr. D. Ruwaard, directeur Publieke Gezondheid, ministerie van VWS, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| dr. S. Buitendijk, hoofd afdeling jeugd, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden | prof. dr. P. Schnabel, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag |
| prof. dr. M.C.H. Donker, directeur GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam | prof. dr. K. Stronks, hoogleraar sociale geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam |
| prof. dr. P.P. Groenewegen, directeur NIVEL, Utrecht | prof. dr. A.L.M. Verbeek, hoogleraar epidemiologie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen |
| prof. dr. T.J. Heeren, voorzitter raad van bestuur Symfora groep, Amersfoort | dr. M.F. Verweij, ethicus, Universiteit Utrecht |
| prof. dr. J.A. Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag | prof. dr. R.G.J. Westendorp, hoogleraar ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum |
| prof. dr. G.J. Kok, hoogleraar toegepaste psychologie, Universiteit Maastricht | J.K. van Wijngaarden, arts, hoofdinspecteur gezondheidszorg, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. J.P. Mackenbach, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam | D.C.M. Gersons-Wolfensberger, arts, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| | drs. E.J. Schoten, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Overheid en bevolkingsonderzoek

Op 12 maart 2007 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de adviesaanvraag 'Voorspellende geneeskunde: bevolkingsonderzoek en de rol van de overheid'. Inmiddels is de commissie geïnstalleerd die het advies hierover zal opstellen.

Dr. W.J. Dondorp maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Bevolkingsonderzoek (screening) is al lange tijd een centraal aandachtsgebied van de Gezondheidsraad. Belangrijke eerdere adviezen zijn: *Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij* (1989), *Genetische screening* (1994), *Prenatale screening* (2001, 2004), diverse adviezen van de Commissie Wet Bevolkingsonderzoek (WBO) en de vorig jaar gestarte serie Jaarberichten Bevolkingsonderzoek. Het vorig jaar verschenen eerste jaarbericht bespreekt de wetenschappelijke onderbouwing van bestaande en voorgestelde vormen van bevolkingsonderzoek. In het Jaarbericht 2007 zal de nadruk liggen op het groeiende aanbod aan zelftests.

Het nu gevraagde advies moet dienen ter onderbouwing van verder overheidsbeleid op het gebied van bevolkingsonderzoek. Met het oog daarop wil de minister geïnformeerd worden over op middellange termijn te verwachten wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van screening, de implicaties daarvan voor de inhoud van het overheidsaanbod en de toekomstbestendigheid van het geldende normatieve kader, ook gelet op relevante maatschappelijke ontwikkelingen. Verder vraagt de minister om informatie over de in het buitenland geldende regelgeving op dit terrein.

Een aansluitende adviesvraag is voorgelegd aan de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Daarin zal ondermeer op de financieringsaspecten worden ingegaan en op de instrumenten die de burger nodig heeft om van het screeningsaanbod gebruik te kunnen maken. Beide raden zullen in januari 2008 advies uitbrengen. Waar wenselijk of nodig zal samenwerking en afstemming plaatsvinden.

Ter beantwoording van de aan de Gezondheidsraad voorgelegde adviesvragen heeft voorzitter Knottnerus een breed samengestelde commissie geïnstalleerd. De commissie bestaat uit de volgende personen:

- | | |
|--|---|
| prof. dr. H.R. Büller, hoogleraar interne geneeskunde, AMC, Amsterdam, <i>voorzitter</i> | prof. dr. H.S.A. Heymans, hoogleraar kindergeneeskunde, AMC, Amsterdam |
| prof. dr. J.M. Bensing, hoogleraar gezondheidspsychologie, UMCU, Utrecht | dr. B.W.J.H. Penninx, universitair hoofddocent psychiatrische epidemiologie, VUMC, Amsterdam |
| prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde, AMC, Amsterdam | prof. dr. F.R. Rosendaal, hoogleraar klinische epidemiologie, LUMC, Leiden |
| prof. dr. M.C. Cornel, hoogleraar community genetics, VUMC, Amsterdam | dr. D. Stemerding, universitair docent technologie & samenleving, Universiteit Twente, Enschede |
| prof. dr. C.M. van Duijn, hoogleraar epidemiologie en biostatistiek, Erasmus MC, Rotterdam | prof. dr. A.L.M. Verbeek, hoogleraar klinische epidemiologie, UMCN, Nijmegen |
| prof. dr. mr. J.C.J. Dute, hoogleraar gezondheidsrecht, Erasmus Universiteit, Rotterdam | W.A. van Veen, arts, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. Y. van der Graaf, hoogleraar klinische epidemiologie, Julius Centrum UMCU, Utrecht | drs. P.C. Groeneveld, ministerie van VWS, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. J.D.F. Habbema, hoogleraar besliskunde, Erasmus MC, Rotterdam | dr P.G. Reulings, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. G.A. den Hartogh, hoogleraar ethiek, Universiteit van Amsterdam | dr. W.J. Dondorp, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |
| | mr. L.F. Stultiëns, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Gezondheidsonderzoek

Onderzoekers en patiënten kunnen meer van elkaar leren

Wetenschappelijk onderzoekers weten vaak niet precies welke problemen patiënten hebben. Om die reden worden patiënten steeds vaker betrokken bij het opzetten en evalueren van wetenschappelijk onderzoek. Momenteel gebeurt dat al op verschillende manieren. Maar het kan beter, aldus de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) in zijn advies *Patiëntenparticipatie in gezondheidsonderzoek*.

In zijn advies beschrijft de RGO hoe patiënten inmiddels op allerlei manieren hun ervaringen delen met onderzoekers en zo laten zien welke onderwerpen voor hen van belang zijn. Omgekeerd consulteren onderzoeksinstellingen ook steeds vaker patiënten, wanneer zij moeten bepalen welke onderzoeken prioriteit verdienen.

De ervaringen tot nu toe wijzen uit dat onderzoekers en patiënten nog veel van elkaar te leren hebben. Zo moeten onderzoekers vooral leren luisteren naar wat patiënten inbrengen. Patiënten beschikken immers meer dan ooit over informatie over hun ziekte en de behandeling daarvan. Patiënten op hun beurt moeten leren over onderzoek na te denken en ontdekken hoe zij hun wensen goed bij onderzoekers onder de aandacht kunnen brengen. Patiënten blijken hierbij behoefte te hebben aan training en scholing.

De RGO adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om bij wijze van experiment een project bij ZonMw uit te zetten. In het project zou de participatie van burgers/patiënten in het programmeren van onderzoek en het verspreiden van onderzoeksresultaten verder ontwikkeld kunnen worden. In het project zou ook aandacht geschonken moeten worden aan de benodigde scholing en andere vormen van ondersteuning. De RGO heeft zijn advies op 4 juli 2007 aangeboden aan de heer ir. A.P.H. Hermans, directeur van de afdeling Markt en Consument van VWS.

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

De publicatie *Participatie van patiënten in gezondheidsonderzoek* (publicatie 56) wordt gepubliceerd op de website van de RGO: www.rgo.nl. Exemplaren zijn op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad en RGO: e-mail: bureau@rgo.nl of tel. 070-3407521.

Goede kansen in Nederland voor vernieuwend onderzoek naar klinische toepassingen

Het fundamentele onderzoek van moleculen en cellen krijgt steeds meer toepassingsmogelijkheden bij de diagnostiek, de behandeling en de preventie van ziekten. Het onderzoek dat die brug slaat tussen het fundamentele onderzoek en de klinische toepassingen wordt aangeduid met de term translationeel onderzoek. Nederland heeft, internationaal gezien, een goede positie op het gebied van translationeel onderzoek. Behoud van die positie is niet vanzelfsprekend; daar is actief beleid voor nodig. In het advies *Translationeel onderzoek in Nederland – Van kennis naar kliniek* doet de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) aanbevelingen om succescondities voor de toekomst veilig te stellen en belemmerende factoren weg te nemen. Op donderdag 5 juli 2007 heeft de RGO dit advies aan de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen aangeboden.

De belangrijkste succesvoorwaarden voor translationeel onderzoek zijn een nauwe samenwerking tussen fundamentele onderzoekers en artsen, en de beschikbaarheid van grote bestanden met gegevens over patiënten en gezonde mensen. Dankzij die gegevensbestanden kunnen onderzoekers en artsen betere diagnostiek en gerichtere behandelingen ontwikkelen. De RGO doet tien aanbevelingen, om de goede positie van Nederland op dit terrein veilig te stellen. Deze zijn gericht aan de overheid, aan onderzoeksinstituten – met name de universitair medische centra – en aan financiers van onderzoek.

De belangrijkste aanbevelingen betreffen investeringen in de mensen die het onderzoek moeten doen. De raad pleit ervoor om talent te koesteren. Er zouden nog meer excellente geneeskundestudenten naast hun artsopleiding een gedegen onderzoekersopleiding moeten kunnen volgen. Excellente onderzoekers verdienen vervolgens een beter carrièreperspectief dan hen nu geboden

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

De publicatie *Translationeel onderzoek in Nederland – Van kennis naar kliniek* (publicatie 55) wordt gepubliceerd op de website van de RGO: www.rgo.nl. Exemplaren zijn op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad en RGO: e-mail: bureau@rgo.nl of tel. 070-3407521.

kan worden. En het is dringend gewenst om artsen die tevens onderzoeker zijn, meer onderzoekstijd te geven. Andere aanbevelingen betreffen de structurele financiering van de infrastructuur voor dit onderzoek, een actief beleid van de universitair medische centra op het gebied van kennisoverdracht naar samenleving en bedrijfsleven, en het vermijden en wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving.

De verwachtingen voor nieuwe toepassingsmogelijkheden en voor de daarbij behorende commerciële kansen zijn groot. De internationale competitie op dit terrein wordt dan ook steeds sterker. Verschillende landen stimuleren het translationeel onderzoek actief. Wil Nederland zijn gunstige positie behouden, dan zal ook hier actief beleid nodig zijn.

Samenstelling commissie:

prof. dr. H.G.M. Rooijmans, oud-voorzitter Raad voor
Gezondheidsonderzoek, *voorzitter*
prof. dr. P.A.F.M. Doevendans, hoogleraar cardiologie,
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
prof. dr. J.M.W. Hazes, hoogleraar reumatologie, Erasmus
MC, Rotterdam
prof. dr. M.M. Levi, hoogleraar inwendige geneeskunde,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

prof. dr. P.J. van der Maas, voorzitter Raad voor
Gezondheidsonderzoek, Den Haag
dr. L.J. van 't Veer, hoofd Moleculaire Pathologie, Neder-
lands Kanker Instituut, Amsterdam
dr. M.M. Hallemeesch, Raad voor Gezondheidsonderzoek /
Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
dr. C.H. Langeveld, Raad voor Gezondheidsonderzoek /
Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Voeding

Logo's die een gezonde voedselkeuze bevorderen

Op 5 juni 2007 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag over logo's die tot doel hebben een gezonde voedselkeuze te bevorderen.

Dr. ir. C.J.K. Spaaij maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

In de strijd tegen overgewicht en de preventie van chronische ziekten is het volgens de minister belangrijk om mensen te helpen bij het maken van gezonde keuzes in eten. Ook moet de voedingsindustrie geprikkeld worden om producten gezonder samen te stellen. Begin 2005 heeft de toenmalige minister van VWS daarom aangegeven voorstander te zijn van een eenvoudig logo dat breed wordt gebruikt in Nederland en dat tot doel heeft de keuze voor gezonder eten en drinken te bevorderen. Inmiddels zijn er drie initiatieven op de Nederlandse markt: het Energielogo van de Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie (FNLI), het 'Gezonde Keuze Klavertje' (voor huismerkproducten van Albert Heijn) en het 'Ik Kies Bewust' logo.

In mei 2006 is het 'Ik Kies Bewust' logo door drie voedingsmiddelenproducenten (Unilever, Campina en FrieslandFoods) aan de minister van VWS gepresenteerd. Bij die presentatie heeft de minister het initiatief in beginsel ondersteund en aangegeven het advies van de Gezondheidsraad te willen horen over de gehanteerde criteria.

Inmiddels hebben verschillende andere bedrijven, supermarktketens en de Vereniging van Nederlandse Cateraars zich aangesloten bij de Stichting Ik Kies Bewust. Deze stichting wordt ondersteund door een commissie van experts (waaronder het Voedingscentrum Nederland) die de criteria voor het logo de afgelopen maanden heeft geëvalueerd en verder heeft ontwikkeld. Daarbij is ook gebruik gemaakt van het Gezondheidsraadadvies *Richtlijnen Goede Voeding*. De nieuwe beoordelingscriteria voor de toekenning van het logo zijn inmiddels van kracht. De minister

meent daarom dat het een goed moment is om de Gezondheidsraad advies te vragen over de criteria achter dit logo. Hij vraagt de raad bovendien om ook de andere twee logo's die een gezonde voedingskeuze moeten bevorderen - het 'Gezonde Keuze Klavertje' van Albert Heijn en het Energielogo van de FNLI - in het advies te beoordelen.

Vanaf 1 juli 2007 is de verordening Voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen van toepassing. Daarin is geregeld dat alleen producten die aan een (nog op te stellen) profiel voldoen, een claim mogen dragen. Zo'n claim is een zin op de verpakking die stelt dat het product een bepaalde gunstige voedings- of gezondheidswaarde heeft. De minister stelt dat het advies kan bijdragen aan de discussie over deze profielen.

De minister vraagt de Gezondheidsraad om een wetenschappelijk oordeel over:

- gehanteerde criteria, ook in relatie tot productgroepen,
- de interpretatie van de logo's door de consument,
- de effectiviteit van logo's bij het bevorderen van een gezonde keuze door consumenten,
- de mate waarin logo's de voedingsmiddelenindustrie stimuleren tot de ontwikkeling van gezondere producten.

Op 11 juli 2007 is de commissie geïnstalleerd die zich zal buigen over deze adviesvraag. Naar verwachting verschijnt het advies in de eerste helft van 2008.

Samenstelling commissie

prof. dr. ir. D. Kromhout, vice-voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag / hoogleraar Volksgezondheidsonderzoek, Wageningen Universiteit en Researchcentrum, *voorzitter*
 dr. M. van Bokhorst - van der Schueren, hoofd diëtetiek en voedingswetenschappen, Universitair Medisch Centrum van de Vrije Universiteit Amsterdam
 ir. W. Bosman, Gezondheidsraad (tot 2006), Den Haag
 dr. ir. M. Dekker, Wageningen Universiteit en Researchcentrum
 prof. dr. A.W. Hoes, hoogleraar Klinische epidemiologie / Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht.
 dr. J.A. Iestra, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 prof. dr. ir. F.J. Kok, hoogleraar voeding- en gezondheidsleer, Wageningen Universiteit en Researchcentrum

prof. dr. H.P. Sauerwein, hoogleraar Energiestofwisseling, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 prof. dr. N. de Vries, hoogleraar Gezondheidsvoorlichting en opvoeding, Universiteit Maastricht.
 prof. dr. C.M.J. van Woerkum, hoogleraar Communicatie en innovatiestudies, Wageningen Universiteit en Researchcentrum
 prof. dr. ir. M.H. Zwietering, hoogleraar levensmiddelenmicrobiologie, Wageningen Universiteit en Researchcentrum,
 drs. J.W. van den Brink, ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*.
 dr. ir. C. Spaaij, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*.
 dr. ir. R. Weggemans, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*.

Milieu

Installatie van de Commissie Risicogroepen

Iedereen staat bloot aan invloeden vanuit de omgeving. Daarbij kan het gaan om natuurlijke of door de mens gemaakte chemische stoffen, om fysische verschijnselen als geluid, straling of elektromagnetische velden, of om organismen zoals virussen, bacteriën, schimmels en parasieten. Ze bereiken ons via het milieu – bodem, water of lucht –, ons voedsel of consumentenproducten die we gebruiken. Denk bijvoorbeeld aan cosmetica, kleding of mobiele telefoons. Deze invloeden kunnen onschadelijk zijn, of zelfs noodzakelijk voor onze gezondheid. De voedingsstoffen in ons eten en de darmflora die na de geboorte onze darmen koloniseert, zijn daarvan voorbeelden. Maar omgevingsinvloeden kunnen onze gezondheid ook aantasten. Dat hangt niet alleen af van het type invloed, maar ook van de mate, de duur en het tijdstip van de blootstelling. Daarnaast spelen uiteraard onze eigen ‘weerbaarheid’ en ‘incasservermogen’ een belangrijke rol. Zo hebben gezonde mensen minder snel last van luchtvervuiling dan mensen met hartproblemen.

Dr. H.F.G. van Dijk maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

Het beleid van de overheid is erop gericht om burgers te beschermen tegen schadelijke omgevingsinvloeden. De minister van VROM is daarbij primair verantwoordelijk voor invloeden vanuit het milieu, terwijl de minister van VWS de veiligheid van voedsel en consumentenproducten onder zijn hoede heeft. Normstelling en toelatingsprocedures zijn voorbeelden van instrumenten die de bewindslieden daartoe ter beschikking staan. De grote heterogeniteit van de bevolking in gevoeligheid en gedrag vormt echter een complicerende factor. Deze leidt ertoe dat sommige groepen binnen de bevolking meer risico lopen dan andere. Uiteraard probeert men hiermee rekening te houden, maar de bewindslieden streven over de diverse beleidsterreinen heen naar een meer consistente aanpak. Daarom hebben ze de Gezondheidsraad al enige tijd geleden (zie *Graadmeter* 2005: 4) verzocht om een ‘beoordelingskader’ op te stellen, waarmee op gestandaardiseerde wijze risicogroepen zijn te identificeren. Daarnaast hebben ze

behoefte aan een ‘afwegingskader’, waarmee op uniforme wijze is vast te stellen, wanneer er bij het opstellen van beleid of het treffen van maatregelen rekening gehouden dient te worden met specifieke risicogroepen. Tot slot vragen ze wat een en ander concreet betekent voor de risicobeoordeling, normering, normoverschrijding en communicatie.

Voor de beantwoording van de vragen van de bewindslieden heeft een van de vice-voorzitters van de Gezondheidsraad, prof. dr. M. de Visser, op 15 mei jongstleden de Commissie Risicogroepen geïnstalleerd. Gezien de breedte van de adviesaanvraag, zal de commissie zich in eerste instantie concentreren op de risico’s die voortvloeien uit blootstelling aan stoffen. Daarna zal ze bezien in hoeverre de door haar ontwikkelde systematiek ook bruikbaar is voor risico’s die het gevolg zijn van blootstelling aan fysische en biologische agentia. Ze hoopt medio volgend jaar advies uit te brengen.

Samenstelling van de commissie:

- | | |
|---|---|
| dr. W.R.F. Notten, toxicoloog/gezondheidswetenschapper, Epse, <i>voorzitter</i> | prof. dr. K Stronks, hoogleraar sociale geneeskunde, AMC, Amsterdam |
| dr. ir. R.A. Bausch-Goldbohm, voedingsepidemioloog, TNO Kwaliteit van Leven, Zeist | drs. T. van Teunenbroek, Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| prof. dr. F.W.A. Brom, hoogleraar ethiek van de levenswetenschappen, Rathenau Instituut, Den Haag/Wageningen Universiteit | dr. M.E.J. van der Weiden, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| dr. ir. M.N. Pieters, risicobeoordelaar, RIVM, Bilthoven | dr. P.J.J.M. Weterings, toxicoloog, Weterings Consultancy bv, Rosmalen |
| prof. dr. P.J.J. Sauer, hoogleraar kindergeneeskunde, UMC Groningen | prof. dr. F.A. de Wolff, emeritushoogleraar klinische en forensische toxicologie, LUMC, Leiden |
| prof. dr. F.J. van Schooten, hoogleraar genetische toxicologie, Universiteit Maastricht | dr. H.F.G. van Dijk, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Arbeidsomstandigheden

Openbare conceptrapporten over de kankerverwekkende eigenschappen van tien stoffen

De Gezondheidsraad heeft conceptrapporten openbaar gemaakt, waarin de subcommissie Classificatie kankerverwekkende stoffen de kankerverwekkende eigenschappen beoordeelt van tien verbindingen: arsine; n-butylglycidylether; isofosfamide; 2-nitroanisol; p-nitroaniline; stibine; trichloormethine hydrochloride; 2,4,5-trimethylaniline; 4-vinylcyclohexeen; 4-vinylcyclohexeendiepoxide. De bevindingen van de commissie, geformuleerd in de door de Europese Unie gekozen terminologie, dienen als uitgangspunt voor de wettelijke classificatie als kankerverwekkende stof.

De conceptrapporten zijn voor commentaar aangeboden aan de subcommissie Grenswaarden stoffen op de werkplek van de Sociaal Economische Raad en aan deskundigen uit werkgevers- en werknemersorganisaties. De commentaartermijn loopt tot 19 oktober 2007. De definitieve adviezen zullen worden aangeboden aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Dr. J.M. Rijnkels maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De openbare conceptrapporten zijn te downloaden van www.gr.nl.

Openbaar conceptrapport over normering allergene stoffen

De Gezondheidsraad heeft een conceptrapport openbaar gemaakt, waarin de Commissie Normering Allergene Stoffen beoordeelt welke afleidingsmethode het beste kan dienen als uitgangspunt voor het vaststellen van grenswaarden voor allergene stoffen waaraan werknemers op de werkplek blootstaan. Tevens beoordeelt de commissie of het zinvol en effectief is periodieke screeningsprogramma's in te voeren binnen de arbozorg, als middel om het aantal gevallen van beroepsgerelateerde allergische luchtwegaandoeningen te reduceren.

Het conceptrapport is voor commentaar aangeboden aan de Subcommissie Grenswaarden Stoffen op de Werkplek van de Sociaal Economische Raad en aan deskundigen uit werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen commentaar leveren. De commentaartermijn loopt tot 24 augustus 2007. Het definitieve advies zal worden aangeboden aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Dr. J.M. Rijnkels maakt deel uit van de wetenschappelijk staf van de Gezondheidsraad.

Het openbare conceptrapport is te downloaden van www.gr.nl.

Openbaar conceptrapport over kaoline

De Gezondheidsraad heeft een conceptrapport openbaar gemaakt, waarin de Commissie Gezondheid en Beroepsmatige Blootstelling aan Stoffen (Commissie GBBS) de gezondheidsrisico's analyseert van beroepsmatige blootstelling aan kaoline.

De voorzitter van de Gezondheidsraad biedt de gelegenheid om inhoudelijk commentaar te leveren op dit conceptrapport. Het conceptrapport is ondermeer voorgelegd aan de Subcommissie Grenswaarden Stoffen op de Werkplek van de Sociaal Economische Raad en aan deskundigen uit kringen van werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen commentaar leveren. De commentaartermijn loopt tot 30 september 2007. De Commissie GBBS betreft het ontvangen commentaar bij het vaststellen van het definitieve advies.

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

Dr. E.J.M. Pennings maakt deel uit van de wetenschappelijk staf van de Gezondheidsraad.

Het openbare conceptrapport is te downloaden van www.gr.nl.

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

Wet bevolkingsonderzoek: prostaatcancer ERSPC-Rotterdam (3). 2007/03WBO.

Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. 2007/13.

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

Nacontrole in de oncologie. 2007/10.

Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. 2007/09.

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

Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (7). 2007/02WBO.

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

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.

Preimplantatie genetische diagnostiek en screening. 2006/01.

Gezondheidsonderzoek

2007

Participatie van patiënten in gezondheidsonderzoek. (RGO) 56.

Translatieel onderzoek in Nederland – Van kennis naar kliniek. (RGO) 55.

2006

Onderzoek medische zorg voor Ouderen. (RGO) 54.

Onderzoeksagenda Medische Biotechnologie. (RGO) 53.

Voeding

2007

Briefadvies Toetsing van het KCO-rapport 'Overgewicht en obesitas'. 2007/08.

Voedselallergie. 2007/07.

2006

Richtlijnen goede voeding 2006. 2006/21.

Voeding van zuigelingen en peuters. 2006/20.

Richtlijn voor de vezelconsumptie. 2006/03.

Milieu

2007

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

2006

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

Arbeidsomstandigheden

2007

Kanttekeningen over mogelijke beperkingen bij MRI bij
 invoering van een EU richtlijn. 2007/17.
 Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. 2007/14.
 Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische-
 vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculairsyndroom.
 2007/12.
 Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen,
 Beroerte, Borstkanker. 2007/05.
 Bitumen (vapour and aerosol). 2007/01OSH.

2006

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

GRAADMETER # 4
JAARGANG 23
JULI/AUGUSTUS 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