
Fysische therapie vaak niet effectief

Pagina 5

In de fysiotherapie wordt vaak gebruikt gemaakt van fysisch-therapeutische methoden, zoals lasers, ultrageluid en diverse vormen van elektrotherapie, zonder dat dit wetenschappe-

lijk te rechtvaardigen is. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 14 december 1999 is uitgebracht aan aan de Minister van VWS.

Doorliggen vraagt meer aandacht

Pagina 6

Richtlijnen voor preventie en behandeling van decubitus (doorliggen) worden te weinig opgevolgd. Aldus de Gezondheidsraad in een op 11 januari 2000 gepubliceerd advies aan de

Minister van VWS. Meer kennis over decubitus in de gezondheidszorg kan vaak deze aandoening helpen voorkomen.

Verscherping toelatingsprocedure wenselijk

Pagina 9

In een op 27 januari 2000 uitgebracht advies aan de bewindslieden van VWS, VROM, LNV, V&W en SZW stelt de Gezondheidsraad voor de huidige toelatingsprocedure voor gewasbeschermingsmiddelen aan te scherpen.

Volgens het advies is die procedure ontoereikend om schade in natuurgebieden buiten de onmiddellijke omgeving van de toepassingsplaatsen uit te sluiten.

Longkankerrisico door radon

Pagina 10

Blootstelling binnenshuis aan het natuurlijke, radioactieve edelgas radon veroorzaakt in Nederland jaarlijks naar schatting 100 tot 1200 gevallen van longkanker. Dit heeft de Voorzitter

van de Gezondheidsraad op 9 februari 2000 ter kennis gebracht van de Ministers van VWS en VROM.

Inhoud

Pagina

Wetenschappelijk fundament gezondheidszorg	3
Fysische therapie vaak niet effectief	5
Doorliggen vraagt meer aandacht	6
Regeling voor ICD-dragers kan soepeler	8
Verscherping toelatingsprocedure wenselijk	9
Leukodepletie van cellulaire bloedproducten	10
Longkankerrisico door radon	10
Toxische stoffen op de werkplek	11
Legionellose	13
Ziekte van Alzheimer	13
Ministeriële reacties	14
Nieuwe aanvragen	15
Register Graadmeter 1999 (15e jaargang)	16
Verschenen	19

Colofon

GRAADMETER
Jaargang 16, nr 1,
januari/februari 2000
ISSN 0169-5211

(hoofdredacteur)

GRAADMETER
is een uitgave
van de Gezondheidsraad

ASAM van der Burght

WA van Veen

Basisvormgeving:
Hans Kentie bno, Leusden
Opmaak/secretariaat:
Jeannette van Kan
Marja van Kan

Voor suggesties,
vragen en opmerkingen
bel (070) 3406282

Overname van artikelen,
met duidelijke bronvermel-
ding, is toegestaan

Adres redactie
en abonnementen:
Gezondheidsraad
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
telefoon (070) 3407520
telefax (070) 3407523
e-mail: order@gr.nl

Wetenschappelijk fundament gezondheidszorg

(J. Siegeman)

Van 1 tot en met 3 oktober 1999 vond in Toronto voor de derde maal de International Conference on The Scientific Basis of Health

Services plaats. De beide voorgaande waren in Amsterdam (1997) en Londen (1995).

'Bescheidenheid over de bijdrage van wetenschappelijk onderzoek aan de onderbouwing van beleids- en managementbeslissingen', zo kan men de toonzetting op dit derde congres karakteriseren. De vraag welke *evidence* in welke mate kan bijdragen aan besluitvorming in de gezondheidszorg was de leidraad. De nestoren van het congres, Henry Mintzberg en Rudolf Klein, waren daarover sceptisch. Mintzberg heeft naam gemaakt met zijn wetenschappelijke werk over management van professionele organisaties, Klein heeft zijn sporen verdiend met zijn analyses van de effecten van politieke besluitvorming op de 'verzorgingsstaat'. Ze keken terug op de afgelopen decennia en bleven bij hun eerdere opvatting - waren zelfs daarin nu meer uitgesproken - dat wetenschappelijk onderzoek een rol speelt in beleidscycli, maar dat het belang van die rol nogal eens wordt overschat.

Is meten weten?

Men zet in op 'meten is weten', maar dat heeft als keerzijde dat essentiële ingrediënten voor besluitvorming als 'ervaring', 'collectief geheugen', 'creativiteit' en 'verantwoordelijkheid durven nemen' onvoldoende op waarde worden geschat. Volgens Mintzberg is het een illusie te denken dat besluitvorming in hoge mate *kán* stoelen op *evidence*. Wie dat denkt, begrijpt het management- en het politieke besluitvormingsproces verkeerd: besluiten nemen is en blijft *muddling through*. Dat heeft natuurlijk te maken met het feit dat de gezondheidszorg een complexe sector is met bijzondere karakteristieken. Vooral het niet-transparant zijn van de markt wordt vaak benadrukt. Maar belangrijker is in de ogen van Mintzberg het stochastische karakter van de relatie tussen het handelen en het resultaat van dat handelen in de gezondheidszorg. Dat brengt onontkoombaar problemen met zich bij het definiëren en meten van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Wat werkelijk kwaliteit is, kan vaak pas lange tijd na een behandeling worden aangetoond, en wat patiënten als kwaliteit ervaren, laat zich moeilijk meten. Professionals in de gezondheidszorg zijn meestal de eersten die een daling van de kwaliteit van de verleende zorg signaleren. Maar die informatie blijft vaak jarenlang anecdotisch omdat goede meetpunten ontbreken. Bovendien wantrouwen beleidsmakers over het algemeen dit soort informatie. Managers die geen oog voor hebben voor dit stochastische karakter van de zorgverlening horen, aldus Mintzberg, thuis in de categorie van *people running around fixing things that are not broken*. Aan die managers heeft de gezondheidszorg niet veel. Men heeft 'leiders' nodig die:

- meer overreden en overtuigen dan controleren
- meer inspireren dan macht uitoefenen
- meer samenhang brengen tussen de delen en groepen van de organisatie dan sturen
- meer onderhandelen dan willen uitvoeren.

Een werkzame ordening op macroniveau is volgens Mintzberg een gemengd systeem. Noch een sterk markt-georiënteerde, noch een geheel door de overheid gestuurde gezondheidszorg voldoet. Een sterk markt-georiënteerde benadering houdt onvoldoende

rekening met de veelzijdige en vaak conflicterende doelen die professionals en zorginstellingen moeten dienen; doelen die ook, gezien de maatschappelijke ontwikkelingen, in de tijd verschuiven. Iedere tijd heeft zijn eigen opvatting over wat goed medisch en zorgverlenend handelen is. Een geheel door de overheid gestuurde gezondheidszorg draagt het gevaar van onvoldoende flexibiliteit en efficiëntie in zich. In een gemengd systeem zullen veel zaken vermoedelijk door de overheid via wet- en regelgeving en bijbehorende premiestructuur gefinancierd moeten worden. Feitelijke inkoop van zorg kan heel goed marktelementen in zich bergen, terwijl de verstrekking van de zorg in handen moet worden gelegd van organisaties die de publieke zaak dienen, zoals de Engelse *non-owned* Trusts.

Afstemming

De bijdrage van Mintzberg riep natuurlijk ook vragen op. Kunnen onderzoek en besluitvorming werkelijk niet beter op elkaar worden afgestemd? Daarover werd verschillend gedacht, maar over de noodzaak daartoe pogingen te ondernemen waren velen het eens. Twee terreinen waarop men in de komende tijd de aandacht wil richten zijn:

- verbetering van de opzet en het proces van beleidsonderzoek
- vermeerdering van inzicht in de wijze waarop besluitvormingsprocessen verlopen.

Jonathan Lomas was - zoals is te verwachten van de *Executive Director* van de *Canadian Health Services Research Foundation* - vrij positief over het genereren van bruikbare gegevens voor het onderbouwen van beleidsbeslissingen. *Partnership* zag hij als een vruchtbare benadering: het gezamenlijk bepalen door onderzoekers en beleidsmakers wat zinnig en bruikbaar onderzoek is voor beleidsondersteuning. Gezamenlijk zal men zich moeten inspannen een kader te ontwikkelen, waarbinnen de mogelijkheden en beperkingen van het genereren van onderzoeksgegevens én van het gebruik daarvan over en weer beter begrepen kunnen worden. De disseminatie van onderzoeksgegevens ordende hij in vier fasen: *proclaim, push, pull, participate*. In de jaren zestig gebeurde dat voornamelijk via publicaties over nieuwe bevindingen (*proclaim*); in de jaren zeventig/tachtig poogde men de bevindingen als 'kennisproduct' door te drukken in de besluitvormingscircuits (*push*). Meer recent, in de jaren negentig is het accent verlegd naar *pull*, het doelgericht verkrijgen van bepaalde onderzoeksgegevens via bijvoorbeeld contractresearch. De vierde fase, *participate*, zou vruchtbaarder kunnen zijn dan de drie vorige, als men bij programmafinanciering middelen zou vrijmaken voor gestructureerde interactie tussen onderzoekers en gebruikers van de onderzoeksgegevens.

Rudolf Klein uitte zijn twijfel over deze benadering en benadrukte in zijn bedrage 'The illusion of evidence' juist de noodzaak van onafhankelijk onderzoek. Inzetten op interactie houdt de aanname in dat beleidsmakers kunnen overzien welke informatie ze nodig hebben. Dat is meestal niet het geval. Het formuleren van een goede vraagstelling behoeft reflectie op het soort informatie dat nodig is om het type beslissing dat men verwacht te moeten nemen, inderdaad te kunnen onderbouwen. Reflectie ontbreekt, dat kost tijd. Goed onderzoek doen kost eveneens tijd en die ontbreekt vaak ook of kost te veel geld. Men onderkent te weinig dat te nemen beleidsbeslissingen van geheel verschillende aard zijn: korte termijn, middellange en lange termijn, praktisch of strategisch, beslissingen bij rampen, beslissingen onder grote tijdsdruk, beslissingen waarbij het werkelijk om de inhoud gaat of waarbij dat er juist minder toedoet omdat 'de politiek' het wil, ideologische of neutrale beslissingen enz. Beleidsmakers willen vooral snel kunnen beslissen over wat ze denken nodig te hebben. Dan geeft niet de kwaliteit van de onderzoeksgegevens de doorslag, maar het tijdstip waarop ze beschikbaar ko-

men. Klein was niet erg hoopvol over de mogelijkheid om een vruchtbare communicatie tussen onderzoekers en beleidsmakers te verenigen met behoud van de onafhankelijkheid van het onderzoek.

Overtuigingskracht

In het verlengde hiervan was de bijdrage van Donald Redelmeier 'Fundamental errors in clinical decision making: insights from cognitive psychology' veelzeggend. In de cognitieve psychologie onderzoekt men hoe mensen redeneren, hun oordeel vormen en beslissingen nemen: *Evidence turns into action through somebody's brain*. Beslissingen brengen onontkoombaar menselijke beoordelingen - en dus ook vergissingen - met zich mee, vooral als de situatie gekenmerkt wordt door onzekerheid. Dat beslissingen in onzekerheid moeten worden genomen, geldt voor alle niveaus in de gezondheidszorg, van de spreekkamer tot het macroniveau. Informatie die wordt gebruikt voor de onderbouwing van beslissingen, wordt beïnvloed door de formulering van de vragen, het aantal mogelijke opties, het inschatten van potentiële opbrengsten van handelingen etc. Deze *framing* brengt onvermijdelijk vooringenomenheid mee. De cognitieve psychologie leert dat niemand zich daaraan kan onttrekken. Het zijn sterke natuurlijke mechanismen, waarmee onvoldoende rekening wordt gehouden bij de implementatie van kennis, of het nu de medische praktijk of beleidsbeslissingen betreft. Anders gezegd: volgens Redelmeier is het een natuurlijk gegeven dat de overtuigingskracht van wetenschappelijke onderzoeksgegevens alléén gering is.

In de parallelsessies maakte men duidelijk dat wetenschappers en patiënten niet altijd dezelfde belangen hebben: "*science may reveal truth whereas hope calls on other virtues, and when science and hope clash, hope wins*".

MTA-advisering

Fysische therapie vaak niet effectief

(ABL)

In de fysiotherapie wordt vaak gebruikt gemaakt van fysisch-therapeutische methoden, zoals lasers, ultrageluid en diverse vormen van elektrotherapie, zonder dat dit wetenschape-

lijk te rechtvaardigen is. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 14 december 1999 is uitgebracht aan aan de Minister van VWS.

De Gezondheidsraad heeft onder meer tot taak de effectiviteit van medische en paramedische verrichtingen te beoordelen. Het nu in dit kader verschenen advies gaat over drie fysiotherapeutische behandelmethoden, te weten elektro-, laser- en ultrageluidtherapie. Deze methoden worden in ons land, al dan niet gecombineerd met andere vormen van fysiotherapie, in ongeveer de helft van alle fysiotherapeutische behandelingen toegepast. Meestal gaat het dan om patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Voorlichting

Op grond van systematische literatuuranalyses concludeert de Raad dat er, enkele aandoeningen uitgezonderd, geen wetenschappelijk bewijs is voor de doeltreffendheid van de beschouwde methoden. Er is daarom behoefte aan een voorlichtingsbeleid dat zich richt op de beroepsorganisaties van fysiotherapeuten. Die voorlichting zou goed kunnen aansluiten bij de initiatieven voor kwaliteitsbevordering die deze organisaties onder

De publicatie 'De effectiviteit van fysische therapie' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschonen'.

meer ontplooiën door het opstellen en aanpassen van richtlijnen.

Volgens het advies is het goed mogelijk dat andere veel gebruikte fysiotherapeutische methoden, zoals bewegingstherapie, oefentherapie, begeleiding en instructie, wel degelijk effectief zijn. Onderzoek hiernaar is echter wenselijk.

Samenstelling commissie

- prof. dr JA Knottnerus, Vice-voorzitter Gezondheidsraad, *voorzitter*
- dr GH Blijham, hoogleraar interne geneeskunde; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr PMM Bossuyt, hoogleraar klinische epidemiologie; Universiteit van Amsterdam
- dr HR Büller, hoogleraar vasculaire geneeskunde; Universiteit van Amsterdam
- dr J Dekker, hoogleraar paramedische zorg; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr MCH Donker, hoogleraar beleid en evaluatie geestelijke gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr J Kievit, hoogleraar medische beslistkunde; Universiteit Leiden
- dr FFH Rutten, hoogleraar gezondheidseconomie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- drs A Boer, arts; College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen, *adviseur*
- dr GL Engel; Vereniging Academische Ziekenhuizen, Utrecht, *adviseur*
- dr GHM ten Velden; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

MTA-advisering

Doorliggen vraagt meer aandacht

(ABL)

Richtlijnen voor preventie en behandeling van decubitus (doorliggen) worden te weinig opgevolgd. Aldus de Gezondheidsraad in een op 11 januari 2000 gepubliceerd advies aan de

Minister van VWS. Meer kennis over decubitus in de gezondheidszorg kan vaak deze aandoening helpen voorkomen.

Decubitus is de verzamelnaam voor beschadigingen van de huid en het onderliggende weefsel die veroorzaakt worden door druk, schuif- of wrijfkrachten, of door een combinatie daarvan. Deze krachten vervormen het lichaamsweefsel en belemmeren zo de zuurstoftoevoer via het bloed. Zonder tijdig ingrijpen kunnen diepe, moeilijk te genezen wonden ontstaan. De aandoening komt vooral voor bij oudere mensen die immobiel zijn, patiënten met ernstige, acute ziekten, mensen met bepaalde neurologische aandoeningen en mensen met een gestoorde doorbloeding van de huid. Jaarlijks bedragen in ons land de totale directe kosten ten minste één miljard gulden.

In de acute fase kampen mensen met decubitus veelal met ontstekingsverschijnselen. Bij een langdurig aanwezige wond gaat het meer om sociaal isolement en verminderde bewegingsvrijheid. Behalve met hun klachten worden veel decubituspatiënten geconfronteerd met de tegenslag van een langere periode van noodzakelijke extra (ziekenhuis)zorg.

Richtlijnen

De stand van de wetenschap op het gebied van decubitus is mager. Het gebrek aan uitkomsten van adequaat wetenschappelijk onderzoek betreft vooral de wondverzorging en het gebruik van antidecubitus-matrassen en -zitkussens. Er is behoefte aan goed opgezet patiëntgebonden onderzoek naar de effectiviteit van deze middelen.

Op basis van het huidige kennisniveau zijn duidelijke richtlijnen opgesteld voor preventie en behandeling van decubitus. Deze richtlijnen worden volgens de Gezondheidsraad onvoldoende opgevolgd, onder meer omdat management en artsen decubitus voornamelijk zien als een probleem voor verpleegkundigen. Ook kan een tekort aan kennis over decubitus bij (wijk)verpleegkundigen, huisartsen en specialisten hierbij een rol spelen.

De publicatie 'Decubitus' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verscharen'.

Coördinatie

De Raad pleit voor een formele opleiding van verpleegkundige decubitusconsulenten en voor meer aandacht voor decubitus in de basisopleidingen van verpleegkundigen en artsen en in de bij- en nascholing van gediplomeerde zorgverleners. Er is behoefte aan een coördinatiepunt dat de spil vormt in een netwerk van kennis over decubitus. In samenwerking met dit coördinatiepunt kunnen decubitusconsulenten de verspreiding en implementatie van kennis op instellingsniveau bevorderen.

Samenstelling commissie

Het hier besproken advies is uitgebracht door een commissie bestaande uit de Werkgroep Decubitus en de Kerncommissie MTA.

Samenstelling Werkgroep Decubitus

- dr CMA Frederiks, hoogleraar verplegingswetenschap; Katholieke Universiteit Nijmegen, *voorzitter, tevens commissievoorzitter*
- dr JRE Haalboom, internist; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr HJ Hulsebosch, dermatoloog; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs E de Laat, verplegingswetenschapper; Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- dr G ter Riet, epidemioloog; Universiteit Maastricht
- dr GL Schut, verpleeghuisarts, revalidatiearts; Talma Hof, Emmeloord
- M Vos- van der Have, decubitusconsulent; Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle
- drs S Duivenvoorden, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris, tevens commissiesecretaris*

Samenstelling van de Kerncommissie MTA

- prof. dr JA Knottnerus, Vice-voorzitter Gezondheidsraad, *voorzitter*
- dr GH Blijham, hoogleraar interne geneeskunde; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr PMM Bossuyt, hoogleraar klinische epidemiologie; Universiteit van Amsterdam
- dr HR Büller, hoogleraar vasculaire geneeskunde; Universiteit van Amsterdam
- dr J Dekker, hoogleraar paramedische zorg; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr MCH Donker, hoogleraar beleid en evaluatie geestelijke gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr J Kievit, hoogleraar medische besliskunde; Universiteit Leiden
- dr FFH Rutten, hoogleraar gezondheidseconomie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- drs A Boer, arts; College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen, *adviseur*
- dr GL Engel; Vereniging Academische Ziekenhuizen, Utrecht, *adviseur*
- dr GHM ten Velden; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Geraadpleegde externe deskundigen

- drs T Defloor, verplegingswetenschapper; Universiteit Gent (België)
- dr RJG Halfens, verplegingswetenschapper; Universiteit Maastricht.

Regeling voor ICD-dragers kan soepeler

(GHM ten Velden)

Sommige mensen met een geïmplanteerde automatische defibrillator kunnen veilig deelnemen aan het gemotoriseerde verkeer. Dit

schrijft de Gezondheidsraad in een op 26 januari 2000 gepubliceerd advies aan de Minister van Verkeer en Waterstaat.

De publicatie 'Rijgeschiktheid van personen met een geïmplanteerde cardioverter-defibrillator' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschijnen'.

Een zogeheten implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) lijkt op een pacemaker. Het apparaatje, via een aantal elektroden verbonden met het hart, kan een optredende hartritmestoornis herkennen en opheffen. Bij een tamelijk onschuldige stoornis gebeurt dit met prikkeling (stimulatie) maar bij een ernstige via het afgeven van een stroomstoot. Volgens de huidige wettelijke bepalingen mogen ICD-dragers niet autorijden. Volgens het nu verschenen advies kunnen op medische gronden sommigen van hen echter zonder bezwaar aan het gemotoriseerde verkeer deelnemen. Ook lijkt de Europese richtlijn hier enige ruimte te laten. Verschillende van de ons omringende landen hebben de regeling voor ICD-dragers inmiddels versoepeld.

Op basis van een risico-analyse, en rekening houdend met het huidige toepassingsgebied voor ICD-implantatie, concludeert de Gezondheidsraad dat het besturen van een motorvoertuig kan worden toegestaan aan bepaalde ICD-dragers met een rijbewijs voor de 'lichte' categorie (personenauto's, motorrijwielen). Het gaat hier om mensen met een kleine tot geringe kans op een hartritmestoornis. Het verhelpen van de eventuele stoornis door de ICD mag niet gepaard gaan met - voor verkeersdeelname risikante - complicaties, zoals bewustzijnsdaling of ongecontroleerde bewegingen. Aan deze voorwaarde wordt voldaan bij mensen met een type hartritmestoornis waarbij het ingrijpen van de ICD uitsluitend bestaat uit stimulatie.

Actieve deelname aan het verkeer is niet verantwoord zonder een observatieperiode van zes maanden na implantatie van het apparaatje. In die periode mag de ICD eventueel met stimulatie hebben ingegrepen, maar niet met een stroomstoot zoals nodig is om een ernstige hartritmestoornis op te heffen.

Samenstelling commissie

- prof. dr JJ Sixma, Voorzitter Gezondheidsraad, *voorzitter*
- drs RA Bredewoud, Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen; Rijswijk, *adviseur*
- dr J Groeneweg, psycholoog, veiligheidsdeskundige; Universiteit Leiden
- dr RNW Hauer, hoogleraar klinische elektrofysiologie; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr A Hijdra, neuroloog; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs HPJM Kocken, Ministerie van V&W, Den Haag, *adviseur*
- dr MJ Schalijs, cardioloog; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr JLRM Smeets, cardioloog; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- drs IH Veling, psycholoog, directeur Traffic Test BV, Veenendaal
- dr GHM ten Velden, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Verscherping toelatingsprocedure wenselijk

(ABL)

In een op 27 januari 2000 uitgebracht advies aan de bewindlieden van VWS, VROM, LNV, V&W en SZW stelt de Gezondheidsraad voor de huidige toelatingsprocedure voor gewasbeschermingsmiddelen aan te scherpen.

Volgens het advies is die procedure ontoereikend om schade in natuurgebieden buiten de onmiddellijke omgeving van de toepassingsplaatsen uit te sluiten.

Tot dusver wordt bij de beoordeling van de milieurisico's van gewasbeschermingsmiddelen alleen gelet op de gevaren voor niet-doelwitorganismen op en in de directe omgeving van de plaats van toepassing. De mogelijkheid dat schadelijke bestanddelen via de atmosfeer terechtkomen in natuurgebieden verderop blijft buiten beschouwing. Gebleken is dat het per stof meestal om betrekkelijk kleine hoeveelheden gaat. Toch vindt de Gezondheidsraad aanscherping van de toelatingsprocedure wenselijk. In natuurgebieden kunnen namelijk omstandigheden heersen die de natuurlijke afbraak van chemische stoffen vertragen. Bovendien is het mogelijk dat populaties van organismen daar extra kwetsbaar zijn. Ten slotte gaat het vaak om langdurige blootstelling aan verschillende stoffen tegelijk en worden uitgestrekte gebieden beïnvloed.

Grensoverschrijdend

De Gezondheidsraad meent dat de toelatingsprocedure moet worden uitgebreid met een beoordeling van de mate waarin atmosferische verspreiding van een middel een rol van betekenis kan spelen. Die beoordeling moet berusten op gegevens over de toepassingswijze, stoffeigenschaften en, in laatste instantie, de verhouding tussen de verwachte blootstelling en de verwachte gevoeligheid van organismen in natuurgebieden. Modelberekeningen spelen hier een belangrijke rol. De uitkomsten van die berekeningen zijn echter met flinke onzekerheden behept, vooral wanneer sprake is van mogelijk atmosferisch transport over afstanden van vele honderden kilometers. Dit kan, aldus het advies, een argument zijn om middelen die zich zó ver kunnen verspreiden op voorhand te weren.

De Gezondheidsraad vindt regelmatige meting van de concentraties van gewasbeschermingsmiddelen in lucht en regenwater noodzakelijk om vast te kunnen stellen of de voorgestelde aanpassing van de toelatingsprocedure doeltreffend is en om modellen te verbeteren. Het grensoverschrijdende karakter van het transport via de atmosfeer en de internationale regelgeving inzake de toelating van gewasbeschermingsmiddelen maken overeenstemming met andere landen, in eerste instantie binnen de Europese Unie, noodzakelijk.

Ter voorbereiding van het advies organiseerde de Gezondheidsraad een internationale workshop over de wetenschappelijke vragen rond de verspreiding van gewasbeschermingsmiddelen. De proceedings van deze workshop zijn als afzonderlijke bijlage bij het advies gevoegd.

Samenstelling commissie

- dr R Guicherit, atmosferisch-chemicus; TNO, Milieu, Energie en Procesinnovatie, Apeldoorn, *voorzitter*
- dr ir HE van de Baan, Ministerie van LNV, Den Haag, *adviseur*
- drs DJ Bakker, milieuchemicus; Provincie Flevoland, Lelystad
- dr ir F van den Berg, milieuchemicus; ALTERNATIEF, Wageningen
- drs DA Jonkers, Ministerie van VROM, Den Haag, *adviseur*
- dr ir WAJ van Pul, luchtverontreinigingsdeskundige; RIVM, Bilthoven
- dr P de Voogt, milieuchemicus; Universiteit van Amsterdam
- dr HFG van Dijk, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

De publicatie 'Atmosferische verspreiding van gewasbeschermingsmiddelen: een ecologische risico-evaluatie', en de bijlage 'Fate of pesticides in the atmosphere: implications for environmental risk assessment' zijn verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschillen'.

Leukodepletie van cellulaire bloedproducten

(ABL) Volgens een op 8 februari 2000 verschenen advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS is gezondheidswinst te behalen door donorbloed te ontdoen van witte bloedcellen.

Witte bloedcellen - leukocyten - in donorbloed of daaruit verkregen producten hebben voor de ontvangende patiënt geen therapeutisch nut. Ze geven echter wél kans op ongewenste immunologische gebeurtenissen, zoals immunisatie tegen weefselantigenen en remming van het afweersysteem. Ook kunnen ze virussen overdragen.

Er zijn voldoende wetenschappelijke aanwijzingen om te pleiten voor standaard verwijdering van witte bloedcellen uit bloedproducten door middel van leukodepletie. De Gezondheidsraad wijst er echter op dat de baten van deze - tamelijk prijzige - techniek nog slechts bij geselecteerde patiëntengroepen zijn onderzocht.

Samenstelling commissie

- dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus Universiteit Rotterdam, *voorzitter*
- dr A Brand, hoogleraar transfusiegeneeskunde; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr TL Ching, Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- dr CM van Duijn, epidemioloog; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr WA van Gool, neuroloog; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs A van Loosbroek, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, *adviseur*
- dr AS Peña, hoogleraar gastro-enterologie; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr CL van der Poel, transfusie-arts/epidemioloog; Stichting Sanquin Bloedvoorziening, Amsterdam
- dr EJ Ruitenbergh, hoogleraar immunologie; Universiteit Utrecht, directeur van het CLB, Amsterdam
- dr BEC Schreuder, dierenarts; Instituut voor Dierhouderij en Diergezondheid, Lelystad
- dr LF Verdonck, klinisch hematoloog; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr K Groeneveld; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Actualisering van advies uit 1993

Longkankerrisico door radon

(ABL) Blootstelling binnenshuis aan het natuurlijke, radioactieve edelgas radon veroorzaakt in Nederland jaarlijks naar schatting 100 tot 1200 gevallen van longkanker. Dit heeft de Voorzitter van de Gezondheidsraad op 9 februari 2000 ter kennis gebracht van de Ministers van VWS en VROM.

Het edelgas radon is een vervalproduct van radium, een element dat in geringe hoeveelheden voorkomt in de bodem en in steenachtige bouwmaterialen. In de lucht binnenshuis kan er ophoping zijn, ook van de radioactieve vervalproducten van radon. Er zijn sterke aanwijzingen dat inademing van die vervalproducten de kans op longkanker verhoogt, vooral bij rokers. Hierover heeft de Gezondheidsraad in 1993 een advies uitgebracht.

Vorig jaar heeft de Academie van Wetenschappen van de VS gerapporteerd over de nieuwste inzichten in dit vraagstuk. Op verzoek van de Gezondheidsraad is door een werkgroep van vier deskundigen nagegaan of het Amerikaanse rapport noopt tot herziening van het advies uit 1993. Volgens hun rapport luidt het antwoord ontkennend. Op basis van de recente Amerikaanse bevindingen wordt voor ons land het jaarlijkse

De publicatie 'Leukodepletie van bloedproducten' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschijnen'.

De publicatie 'Blootstelling aan radon' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschijnen'.

aantal gevallen van longkanker door blootstelling aan radon geschat op 800, met een onzekerheidsmarge van 100 tot 1200. De geschatte waarde wijkt niet wezenlijk af van het door de Gezondheidsraad in 1993 genoemde getal van 700. Wel is de onzekerheidsmarge nu kleiner. De Voorzitter van de Gezondheidsraad heeft deze bevindingen onder de aandacht van genoemde bewindslieden gebracht.

Samenstelling van de werkgroep

- dr ir HB Kal, radiobioloog; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr HP Leenhouts, radiobioloog; RIVM, Bilthoven
- dr H Vanmarcke, stralingsfysicus; Studiecentrum voor Kernenergie SCK CEN, Mol (België)
- ir JWN Tuyn, stralingsfysicus; Zwinderen, *secretaris*

Toxische stoffen op de werkplek

(CB Bouwman, AvdB)

De Commissie WGD, de Commissie Reproductietoxische stoffen en de Commissie Herevaluatie van oude MAC-waarden lichten de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor over de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan toxische stoffen in de lucht. De Commissie WGD bracht

12 adviezen uit over kankerverwekkende stoffen. Van de Commissie Reproductietoxische stoffen verschenen twee concept-rapporten. Eveneens in het kader van deze werkzaamheden verscheen een openbaar concept-rapport van de Commissie Beoordeling carcinogeniteit van stoffen.

Beroepsmatige blootstelling aan kankerverwekkende stoffen (12 adviezen, 20 december 1999)

Voor stoffen die door de Commissie WGD van de Gezondheidsraad of door de Europese Unie aangemerkt zijn als kankerverwekkend (EU-categorie 1 of 2), schat de Commissie WGD de kans op kanker door beroepsmatige blootstelling. De commissie zag bij geen van de onderstaande stoffen reden om af te wijken van de methode van lineaire extrapolatie voor genotoxische carcinogenen die beschreven is in een eerder advies van de Gezondheidsraad (1995/06 WGD).

Per stof heeft de commissie geschat welke concentratie (uitgedrukt in milligram per kubieke meter lucht) bij beroepsmatige blootstelling gedurende 40 jaar leidt tot vier extra gevallen van kanker per 1000 blootgestelden.

azathioprine	0,5 mg/m ³
β-butyrolacton	onvoldoende gegevens
carbadox	0,3 mg/m ³
1,2-dibroomethaan	0,2 mg/m ³
diethylsulfaat	onvoldoende gegevens
diglycidyl resorcinol ether	onvoldoende gegevens
2-methylaziridine	0,06 mg/m ³
metronidazol	12 x 10 ⁻³ mg/m ³
N-nitrosodimethylamine	0,2 x 10 ⁻³ mg/m ³
2-nitropropan	3,6 mg/m ³
procarbazine hydrochloride	0,2 mg/m ³
vinylbromide	1,2 mg/m ³

Reproductietoxiciteit: classificatie in categorie 3

Op 6 december 1999 heeft de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid laten weten dat stoffen die wat betreft de effecten op de voortplanting geclassificeerd zijn in EU-categorie 3 (zie Graadmeter juli/aug 1999, p 14), vallen onder de aanvullende registratieplicht die is, vastgelegd in het ARBO-besluit. Dit is conform een advies

van de Gezondheidsraad. De voorzitter van de Raad had de staatssecretaris geschreven dat de in categorie 3 geclassificeerde stoffen “reden geven tot bezorgdheid en dat deze vanuit het oogpunt van de bescherming van de gezondheid van werknemers daarom zeker aandacht verdienen”. Tevens heeft de staatssecretaris laten weten dat voor stoffen die via de borstvoeding schadelijk kunnen zijn ook de bovengenoemde registratieplicht zal gaan gelden.

Reproductietoxiciteit van cadmium(verbindingen) en kwik(verbindingen) (concept-rapporten)

Op 1 december 1999 maakte de Commissie Reproductietoxische stoffen twee concept-rapporten openbaar, respectievelijk over cadmium en cadmiumverbindingen en over kwik en kwikverbindingen. De commissie evalueert de toxiciteit van deze stoffen voor de voortplanting en voor de ontwikkeling van het nageslacht. De concept-rapporten, verschenen in het Engels, zijn te verkrijgen bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. De commentaartermijn is inmiddels verstreken.

Carcinogeniteit van houtstof (concept-rapport)

Op 24 januari 2000 verscheen een openbaar concept-rapport van de Commissie Beoordeling carcinogeniteit van stoffen over de kankerverwekkendheid en genotoxiciteit van houtstof. De commentaartermijn loopt tot 24 maart 2000. Het in het Engels geschreven concept-rapport is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad.

Nieuwe aanvragen

Op 26 november en 10 december 1999 ontving de Commissie WGD het verzoek een gezondheidkundige advieswaarde voor chloorethaan en furfuryl alcohol voor te stellen.

De Commissie Reproductietoxische stoffen is op 24 november 1999 gevraagd de gevolgen van blootstelling aan di(2-ethylhexyl)ftalaat (DEHP) voor de voortplanting en de ontwikkeling van het nageslacht te evalueren en deze stof te classificeren volgens de richtlijnen van de Europese Unie.

Op 2, 8, 9 en 16 december 1999 en 5 januari 2000 ontving de Commissie Her-evaluatie oude MAC-waarden verzoeken om gezondheidkundige advieswaarden vast te stellen voor de volgende stoffen: 2-chloor-6-(trichloormethyl)-pyridine, clopidol, methyldemeton, monocrotophos, pentachloorethaan, pyrethrum, rotenone, sulfuryl-fluoride, tetramethylthiramdisulfide en titaandioxide.

Legionellose

(ABL) Op 1 november 1999 heeft prof. dr JA Knottnerus, vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, de commissie geïnstalleerd die een advies zal opstellen ter beantwoording van een vraag van de Minister van VWS om actualisering van een in 1986 uitgebracht advies over legionellose.

Samenstelling commissie

- dr E Briët, hoogleraar inwendige geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, *voorzitter*
- drs MI Esveld; Ministerie van VWS, *adviseur*
- drs L Groen; Ministerie van VROM, *adviseur*
- drs J Kool; RIVM, *adviseur*
- JK van Wijngaarden, arts; Ministerie van VWS, *adviseur*
- dr JJA Hoogkamp-Korstanje, hoogleraar medische microbiologie; Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- dr ir D van der Kooij; KIWA NV, Nieuwegein
- WJH Scheffer; Vereniging van Nederlandse Installatiebedrijven, Zoetermeer
- dr P Speelman; hoogleraar interne geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr A Voss, medisch-microbioloog; Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- G Jambroes; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Ziekte van Alzheimer

(ABL) De vorig jaar ontvangen adviesaanvraag over de ziekte van Alzheimer zal worden beantwoord door een commissie die op 26 januari 2000 is geïnstalleerd door vice-voorzitter prof. dr JA Knottnerus van de Gezondheidsraad. De details van de adviesaanvraag zijn vermeld in de editie mei/juni 1999 (p 11-12) van dit blad.

Samenstelling commissie

- dr ID de Beaufort, hoogleraar medische ethiek; Erasmus Universiteit Rotterdam, *voorzitter*
- dr RLP Berghmans, ethicus; Universiteit Maastricht
- dr MMA Derix, neuropsycholoog; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- dr RM Dröes, deskundige psychosociale hulpverlening; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr CM van Duijn, epidemioloog; Erasmus Universiteit, Rotterdam
- drs AW Geerdink, Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- dr JKM Gevers, hoogleraar gezondheidsrecht; Universiteit van Amsterdam
- dr WA van Gool, neuroloog; AMC, Amsterdam
- dr T Heeren, hoogleraar ouderenpsychiatrie; Universiteit Utrecht
- dr AA Keizer, verpleeghuisarts; Verpleeghuis Vreugdehof, Amsterdam
- dr CPM Knipscheer, hoogleraar sociologie; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr Y Kuin, psycholoog, psychogerontoloog; Katholieke Universiteit, Nijmegen
- drs J de Lange, verpleegkundige/psycholoog; Trimbos-instituut, Utrecht
- dr DF Swaab, hoogleraar neurobiologie; Universiteit van Amsterdam/Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek
- dr A Wind, huisarts; Hoorn
- dr Yvonne A van Duivenboden; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Ministeriële reacties

(ABL)

Harttransplantatie bij het jonge kind (zie Graadmeter nov/dec 1999, p 8-9)

Op 20 december 1999 heeft Minister van VWS de voorzitters van de beide Kamers der Staten-Generaal op de hoogte gesteld van de strekking van dit advies en van haar standpunt ter zake. De minister kan zich in hoofdlijnen vinden in de conclusies van de Gezondheidsraad. Zij meent dan ook dat in Nederland begonnen moet worden met een programma voor kinderharttransplantatie. In afwijking van het advies vindt zij echter dat zo'n programma niet beperkt moet worden tot één centrum, maar in twee onderling samenwerkende centra moet beginnen. Dit standpunt zal de minister - zo schrijft zij - ook onder de aandacht brengen van de Begeleidingscommissie orgaantransplantatie van het College voor Zorgverzekeringen.

(EJ Schelen)

Dagbesteding voor ernstig gehandicapten (zie Graadmeter sept/okt 1999, p 10-11)

In de vorige editie van dit blad is melding gemaakt van de eerste reactie van de Staatssecretaris van VWS op het advies van de Gezondheidsraad over dagbesteding voor mensen met een ernstige meervoudige handicap. Op 21 december 1999 stelde de staatssecretaris de voorzitter van de Raad op de hoogte van haar, in een brief aan de Tweede Kamer uiteengezette, definitieve standpunt.

Met de Gezondheidsraad en de koepelorganisaties vindt de staatssecretaris dat ernstig meervoudig gehandicapten zich te lang in de schemerzone van de zorg hebben bevonden. Het is hoog tijd dat initiatieven op het gebied van zorgvernieuwing ook deze mensen ten goede komen. Zij zegt de visie van de Gezondheidsraad te onderschrijven dat dagbesteding moet worden gezien vanuit het brede perspectief van 'de kwaliteit van het bestaan'. In overeenstemming met de aanbevelingen van de Gezondheidsraad werkt zij haar plannen langs twee lijnen uit: het inlopen van de achterstand in het aanbod van dagbesteding en het bevorderen van kennis over het welzijnseffect van dagbestedingsactiviteiten.

De staatssecretaris wijst op de extra beschikbaar gestelde middelen ter verruiming van het dagbestedingsaanbod. In 1999 beliepen die middelen 24 miljoen gulden, terwijl voor 2000 nog eens 46,3 miljoen is gereserveerd. Deze financiële injectie moet volgens haar wél gepaard gaan met een grotere inzichtelijkheid in de geleverde diensten. Momenteel voert het ministerie daartoe overleg met Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), die samen een bestedingsprotocol hebben opgesteld. Maar vooral ook de zorginstellingen zelf hebben hier een taak, aldus de staatssecretaris: deze zullen in de bedrijfsvoering en financiële verantwoording moeten aantonen dat het hun ernst is met meer dagbesteding voor ernstig meervoudig gehandicapten. Het ministerie is van plan de voortgang te toetsen via een onderzoek naar de inhoud van de 'zorgplannen 2000' van de instellingen.

Met betrekking tot kennisbevordering sluit de staatssecretaris zich aan bij wat zij noemt de 'twee-fasen-aanpak' volgens het advies van de Gezondheidsraad. In de eerste fase, die naar haar idee zo'n twee jaar vergt, zou de, vaak ruimschoots aanwezige, ervaringskennis in zorginstellingen gericht moeten worden verzameld. Samenwerking met centra voor wetenschappelijk onderzoek staat daarbij voorop. Wordt de geconstateerde achterstand in dagbesteding daadwerkelijk ingelopen, dan komen volgens de staatssecretaris tegelijk voldoende 'dagbestedingsfeiten' tot stand voor de ontwikke-

ling en toetsing van theorieën en methodieken: de tweede fase. Binnenkort zal in overleg met de gehandicaptensector het plan de campagne nader worden uitgewerkt. De staatssecretaris zegt in ieder geval een rol weggelegd te zien voor het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) en de VGN, die de methodiekontwikkeling en kennisverspreiding zou kunnen regisseren.

Nieuwe aanvragen

(ABL)

DON (deoxynivelanol) in brood, bloem, etc.

Op 6 december 1999 heeft de Minister van VWS, mede namens de Staatssecretaris van LNV, de Gezondheidsraad gevraagd advies uit te brengen over een recent verschenen RIVM-rapport over DON (een toxine dat wordt geproduceerd door een schimmel - *Fusarium* - die van nature op granen voorkomt). Chronische blootstelling aan DON - via consumptie van brood en andere graanhoudende levensmiddelen - kan de voedselopname, de groei en het immuunsysteem nadelig beïnvloeden. Braken is een acuut effect van het innemen van producten met hoge DON-concentraties. De door het RIVM afgeleide 'Tolerable Daily Intake' (TDI) impliceert concentratiegrenzen die, naar het zich laat aanzien, in de praktijk nogal eens ver worden overschreden en bovendien in de buurt liggen van de detectielimiet.

De minister vraagt nu in het bijzonder om een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen van de consumptie van brood en graanproducten. Het gaat dan onder meer om de geschatte blootstelling, de potentiële schadelijkheid van DON bij overschrijding van de voorgestelde limiet en het belang van brood- en graanproducten in het dagelijks voedsel. Mevrouw Borst vraagt de Gezondheidsraad ook rekening te houden met de uitkomsten van het in december 1999 gehouden toxicologisch beraad van het 'Wetenschappelijk Comité voor de Voeding' van de Europese Commissie. Zij dringt aan op spoed omdat op korte termijn een EU-normstelling voor DON te verwachten is.

Vaccinatie Hib

In 1993 is, mede op advies van de Gezondheidsraad, vaccinatie tegen *Haemophilus influenzae* type b (Hib) opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. Het gekozen vaccinatieschema sluit aan bij dat van DKTP (enting op de leeftijd van 2, 3, 4 en 11 maanden). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de Minister van VWS laten weten dat intussen ruimschoots wetenschappelijke aanwijzingen zijn verkregen dat met drie (ipv vier) vaccinaties kan worden volstaan. In de VS en Groot-Brittannië is een schema van drie vaccinaties al praktijk.

Op 10 december 1999 heeft minister Borst de Voorzitter van de Gezondheidsraad bericht dat zij het geheel met de IGZ eens is dat, uit een oogpunt van zo gering mogelijke belasting van zuigelingen, heroverweging van het Nederlandse Hib-entingsprogramma wenselijk is. Zij vraagt nu de Gezondheidsraad advies over de mogelijkheden ter zake, inbegrepen de eventualiteit van vervanging van het huidige vaccin door een van de andere producten die tegenwoordig op de markt zijn.

Meningitis

Er zijn in ons land jaarlijks gemiddeld 770 gevallen van bacteriële meningitis (hersenvliesontsteking), meestal verwekt door de meningokok type B. Bijna vier op de tien gevallen doen zich voor bij kinderen jonger dan vijf jaar. Naar schatting overlijden in

Nederland jaarlijks 40 mensen aan de meningokokkenziekte en krijgen 50 personen blijvende schade.

Volgens rapportage van het RIVM wettigt de voortgang in de ontwikkeling van een meningokokken B-vaccin de verwachting dat zo'n vaccin over zes jaar zou kunnen worden opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma, al dan niet in een cocktail van vaccins tegen, onder meer, pneumokokken, meningokokken type C en Hib.

De Minister van VWS heeft, het bovenstaande releverend, op 12 januari 2000 de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over:

- de wenselijkheid om het meningokokken B-vaccin op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP); inclusief toetsing van de kosteneffectiviteitsanalyse van het RIVM
- de mogelijkheden/wenselijkheid dit te doen in een cocktail met vaccins tegen andere verwekkers van meningitis, te weten het inmiddels beschikbare geconjugeerde vaccin tegen pneumokokken
- de wenselijkheid het geconjugeerde vaccin tegen meningokokken C of pneumokokken al in het RVP op te nemen voordat het meningokokken B-vaccin in het programma kan worden geïncorpo-reerd.

Longkanker en beroepsmatige blootstelling aan asbest

In vervolg op twee eerdere adviezen van de Gezondheidsraad over asbestziekten (te weten: maligne mesothelioom en asbestose) ontving de Raad op 18 januari 2000 een adviesaanvraag van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De staatssecretaris schrijft dat het advies 'Protocollen asbestziekte: maligne mesotheli-oom' een belangrijke rol heeft gespeeld voor de bemiddelingspraktijk van het Instituut Asbestslachtoffers ("ten behoeve van het regelen van een schadevergoeding tussen een asbestslachtoffer en zijn werkgever") en bij de "advisering over de rechtmatigheid van een beroep op een tegemoetkoming in het kader van de Regeling tegemoetkoming asbestslachtoffers". Ook van het advies 'Protocollen asbestziekten: asbestose' zal - aldus de staatssecretaris - "goed gebruik kunnen worden gemaakt als de vraag aan de orde is of het Instituut Asbestslachtoffers zijn diensten kan gaan aanbieden aan slacht-offers met asbestose".

Het drieluik is, zo luidt de adviesaanvraag, compleet als ook een "protocol voor asbestgerelateerde longkanker" beschikbaar zou zijn. Daarom legt de staatssecretaris de Gezondheidsraad de volgende vragen voor:

Wat is het verband tussen blootstelling aan asbest en het optreden van longkanker? Is het naar het oordeel van uw Raad mogelijk om op basis van de kennis over dit verband op individueel niveau vast te stellen in welke mate beroepsmatige blootstelling aan asbest heeft bijgedragen aan het optreden van longkanker? Zo ja, op welke wijze?

Register Graadmeter 1999 (15e jaargang)

Diagnostiek en therapie

Actiever HIV-testbeleid wenselijk. Therapeutische mogelijkheden sterk verbeterd.	1 : 3-4.
Creutzfeldt-Jakob en leukodepletie.	1 : 6.
Commissie Intensive care voor pasgeborenen.	2 : 12
Maagklachten; lumbosacraal radiculair syndroom.	2 : 13.
Diagnostiek en behandeling van ADHD. Commissie geïnstalleerd.	3 : 7.
Repetitive strain injury. Commissie geïnstalleerd.	3 : 7.
Dagbesteding ernstig verstandelijke gehandicapten. Commissie geïnstalleerd.	3 : 8
Diagnostiek en behandeling van maagklachten.	3 : 9-13.
Ziekte van Alzheimer.	3 : 9-13.
Opsporing en behandeling van adolescenten met schizofrenie.	4 : 11.
Dagbesteding voor ernstig gehandicapten	5 : 10-1.
Borstvergroting vraagt grondige voorlichting.	6 : 7-8.
Harttransplantatie bij het jonge kind.	6 : 8-9.
Minder opereren bij hernia. Medical technology assessment.	6 : 6-7.
Vroege opsporing hemochromatose wenselijk.	6 : 10.

Ethiek en recht

Wetsvoorstel wil ruimte voor gebruik van foetaal weefsel.	4 : 3-4.
Informed consent en prerandomisatie. Rapport aan Minister van VWS.	6 : 3-5.

Geneesmiddelen

Bijwerkingen vaccinaties RVP 1996. Commissie veranderde haar werkwijze.	3 : 4-5.
Eerdere bescherming tegen kinkhoest en meningitis.	4 : 11-2.

Gezondheidszorg

Nieuwe aanvragen: Implementatie van MTA-kennis; RSI	1 : 7-8.
Werkgroep Urine-incontinentie geïnstalleerd.	1 : 7.
Adviezen Commissie WBO. hereditair non-polyposis colorectumcarcinoom.	1 : 4.
Asbestose: Protocol voor schadeprocedures aanbevolen.	2 : 9-10.
MTA: Commissie Implementatie MTA geïnstalleerd.	2 : 12.
Maagklachten; lumbosacraal radiculair syndroom.	2 : 13.
Adviezen Commissie WBO. Beoordeling vergunningaanvragen bevolkingsonderzoek.	3 : 8.
Langdurige psychotherapie. Nieuwe MTA-werkgroep.	4 : 16.
Vijftiende ISTAHC-congres. Deskundigen bijeen in Schotland,	4 : 5-8.
Vier WBO-adviezen. ERGO, Reikwijdte (5); Risicoperceptie; Cervixscreening.	4 : 12-3.
Het Dutch Cochrane Centre: Invitational conference over vorderingen.	5 : 3-5.
Feiten en meningen in de geneeskunde. Gezondheidsraadlezing 1999.	5 : 3.
Adviezen Commissie WBO: Wet bevolkingsonderzoek: de ziekte van Parkinson.	5 : 11-2.
Vroege opsporing hemochromatose wenselijk. Gezondheidsraad signaleert.	6 : 10.

Medische technologie

Ministeriele reacties: Xenotransplantatie.	1 : 8-9.
Erfelijkheidsadvisering in de lift.	3 : 4.

Milieu

Milieukwaliteit en de gezondheid van kinderen.	2 : 6-7.
Euronoise. Geluidmaten-advies Gezondheidsraad werkt door in EU-beleid.	4 : 4-5.
Luchthavens en gezondheid: advies over gezondheidsrisico's.	5 : 8-10.
Plaatsgebonden relaties - milieu en gezondheid. commissie geïnstalleerd.	6 : 12.

Risico's van activiteiten

Ministeriele reacties: HELLE Health Effects of Low Level Exposures.	1 : 8-9.
Nieuwe aanvragen: Bioterrorisme.	3 : 9-13.
Nieuwe aanvragen: Gevoeligheid van kinderen voor xenobiotische stoffen (pesticiden);	5 : 15-7.
Piekblootstelling aan organische oplosmiddelen.	5 : 7-8.

Stoffen

Toxische stoffen op de werkplek	1 : 5-6.
Toxische stoffen op de werkplek	2 : 14-5.
Toxische stoffen op de werkplek	3 : 8-9.
Commissie "huidnormering" geïnstalleerd. Verfijning van MAC-waarden.	3 : 5-6.
Hormoonontregelaars in ecosystemen.	4 : 9-10.
Toxische stoffen op de werkplek	4 : 14-5.
Toxische stoffen op de werkplek	4 : 14-5.
Meervoudige chemische overgevoeligheid.	5 : 7.
Toxische stoffen op de werkplek	5 : 12-3.
Toxische stoffen op de werkplek	5 : 12-3.
Toxische stoffen op de werkplek	6 : 12.

Straling

Laserpointers niet gevaarloos.	2 : 8-9.
Elektromagnetische velden.	4 : 8-9.
Medische stralingstoepassingen.	5 : 14-5.
Verantwoord nucleair transport.	6 : 11.

Voeding

Veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen. Novel Foods	2 : 8.
Veiligheid van aminozuursuppletie.	3 : 3.
Nieuwe aanvragen: Nieuwe voedingsmiddelen.	5 : 15-7.
Trends voedselconsumptie in Nederland	6 : 13.

Verschenen

Adviezen 1999

Herziening van het HIV-testbeleid. 1999/02.
Laserpointers tegen het licht gehouden. 1999/03.
Laserpointers 1999/03E
Protocollen asbestziekten: asbestose. 1999/04.
Bijwerkingen vaccinaties Rijksvaccinatieprogramma 1996. 1999/05.
Veiligheid van aminozuursuppletie. 1999/06.
Klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. 1999/07.
Opsporing en behandeling van adolescenten met schizofrenie. 1999/08.
Wijziging Rijksvaccinatieprogramma. 1999/09.
Piekblootstelling aan organische oplosmiddelen. 1999/12.
Hormoonontregelaars in ecosystemen. 1999/13.
Grote luchthavens en gezondheid. 1999/14.
Public health impact of large airports. 1999/14E.
Dagbesteding voor mensen met een ernstige meervoudige handicap. 1999/15.
Gezondheidsrisico's van siliconen-borstimplantaten. 1999/16.
Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. 1999/18.
Harttransplantatie bij het jonge kind. 1999/19.
De effectiviteit van fysieke therapie. 1999/20
Vroege opsporing van ijzerstapelingsziekte. 1999/21.
Transport van bestraalde splijtstoffen. 1999/22.
Wet bevolkingsonderzoek: tuberculose. 1999/01WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: reikwijdte 5. 1999/02WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: ERGO. 1999/03WBO
Wet bevolkingsonderzoek: prenatale screening en risicoperceptie. 1999/04WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: cervixscreening in een medisch centrum. 1999/05WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: de ziekte van Parkinson. 1999/06WBO.
Copper sulphate. 1999/01OSH.
Selenium and its compounds. 1999/02OSH.
Ethylene Thiourea. 1999/03OSH.

Overige publicaties 1999

Jaarverslag Gezondheidsraad 1998. A99/01.
Health Council of the Netherlands Reports 1998. A99/02.
Werkprogramma 2000 Gezondheidsraad. A99/03.
Informed consent en prerandomisatie. A99/04.

Adviezen 2000

Decubitus. 2000/01.
Rijgeschiktheid van personen met een cardioverter-defibrillator. 2000/02.
Atmosferische verspreiding van gewasbeschermingsmiddelen. 2000/03.
Leukodepletie van bloedproducten. 2000/04
Blootstelling aan radon. 2000/05.

De hierboven vermelde publicaties zijn verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad,
Postbus 16052, 2500 BB Den Haag, tel: 070 3406728, fax: 070 3407523, e-mail: order@gr.nl.