
Energie, eiwitten, vetten en koolhydraten

Pagina 12

Op 18 juli 2001 verscheen een advies over de wenselijke inneming van energie, eiwitten, vetten en koolhydraten voor gezonde personen. Het is de tweede aflevering in een reeks van samenhangende adviezen van de Gezondheids-

raad aan de Minister van VWS en de Minister van LNV. Deze adviezen dienen ter actualisering van de in 1992 door de toenmalige Voedingsraad voorgestelde 'Nederlandse Voedingsnormen'.

Bioterrorisme

Pagina 14

Open grenzen, verstedelijking, mobiliteit en gentechologie vergroten het risico van terroristische aanslagen met microbiële ziekteverwekkers. Daarom is alertheid geboden, niet alleen van inlichtingendiensten maar ook van artsen en microbiologen. Er moet een draaiboek 'Bioterrorisme' komen, terwijl al beschikbare draaiboeken voor het optreden bij

epidemische calamiteiten aanscherping behoeven. Internationale samenwerking op het gebied van de identificatie van onbekende microorganismen en bij de ontwikkeling en productie van antimicrobiële middelen is noodzakelijk. Dit is de strekking van een op 14 juni 2001 verschenen advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS.

Vooruitblik van een honderdjarige

Pagina 17

Op 25 juni 2001 installeerde de Voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie 'Implicaties van nieuwe mogelijkheden tot beïnvloeding van de hersenen'. Deze bijzondere commissie is ingesteld met het oog op het honderdjarig bestaan van de Gezondheidsraad, op 1 augustus

2002. De viering van dat jubileum zal voor een deel in het teken van de toekomst staan. De commissie is gevraagd wat verder vooruit te blikken dan in adviezen van de Gezondheidsraad gebruikelijk is.

Inhoud

Pagina

Omgaan met interfererende belangen	3
Toekomst Wet bevolkingsonderzoek	4
Zeventiende ISTAHC-congres	5
Medische eisen rijbewijs voor verbetering vatbaar	7
Cochleaire implantatie bij kinderen	8
Incontinentie voor urine	9
Risico van contactlenzen	11
Energie, eiwitten, vetten en koolhydraten	12
Milieuverontreiniging door geneesmiddelen	13
Bioterrorisme	14
Adviezen Commissie WBO	15
Toxische stoffen op de werkplek	15
Contouren basispakket	16
Vooruitblik van een honderdjarige	17
Ministeriële reacties	18
Verschenen	23

Colofon

GRAADMETER
Jaargang 17, nr 4,
juli/augustus 2001
ISSN 0169-5211

Redactie:
JA Knottnerus
(hoofdredacteur)
W Bosman
ASAM van der Burght
HFG van Dijk
WA van Veen
(eindredacteur)

Basisvormgeving:
Hans Kentie bno, Leusden
Opmaak/secretariaat:
J van Kan
M 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
internet: www.gr.nl

Omgaan met interfererende belangen

(JAK)

Wetenschappers kunnen verschillende, soms conflicterende belangen hebben als zij een bepaald onderwerp bestuderen en daarover rapporteren. Dat is niet verwonderlijk omdat juist vooraanstaande wetenschappers nogal eens gevraagd wordt een maatschappelijke rol te vervullen waarvoor hun expertise onontbeerlijk is. Bijvoorbeeld als zij lid zijn van wetenschappelijke adviesraden van subsidiefondsen,

terwijl zij met hun onderzoeksgroepen zelf regelmatig bij deze fondsen aankloppen voor subsidie. Of wanneer zij optreden als al dan niet bezoldigd adviseur van een firma die hun expertise gebruikt bij het realiseren van haar doelstellingen. En soms hebben wetenschappers zelf een belang verworven in de marktpositie van hun vindingen.

Met de toenemende interactie van wetenschap, samenleving en bedrijfsleven groeit de behoefte aan transparantie en toetsbaarheid van mogelijk strijdige belangen van wetenschappers. Ook voor de beoordeling en advisering aangaande de stand van wetenschap inzake de volksgezondheid, het werkterrein van de Gezondheidsraad, zijn spelregels van belang. Leden van adviescommissies kunnen belangen hebben die gebaat zijn bij een bepaalde richting van advisering. De Amerikaanse *National Academy of Sciences* en het *Institute of Medicine* hanteren richtlijnen met betrekking tot ‘*potential sources of bias and conflicts of interest*’ en de *National Research Council* publiceerde al in 1992 het document ‘*The National Research Council policy on disclosure of personal involvements and other matters potentially affecting committee services*’. Ook de *Science Advisory Board* van de Amerikaanse *Environmental Protection Agency* kent dergelijke richtlijnen.

De Gezondheidsraad kent een gedragscode voor de leden van de Commissie Veiligheidsbeoordeling Nieuwe Voedingsmiddelen. Daarnaast is het gebruik om tijdens de installatievergadering van nieuwe commissies aandacht te besteden aan interfererende belangen. Het beleid van de Gezondheidsraad behelst op dit punt het volgende:

Commissieleden kunnen belangen hebben die zouden kunnen interfereren met een onbevungen oordeel over het onderwerp van het op te stellen advies. Daartoe wordt hun gevraagd openheid te verschaffen over deze belangen tegenover de Voorzitter van de Gezondheidsraad en hun medecommissieleden, en een verklaring te ondertekenen dat zij die openheid willen verschaffen. Tijdens de installatievergadering van de commissie zal het onderwerp aan de orde komen.

Gezondheidsraadcommissies worden geacht een advies uit te brengen dat stoelt op een onbevooroordeelde weging van wetenschappelijke gegevens, feiten, omstandigheden en opvattingen. Commissieleden worden in die hoedanigheid benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesaanvraag.

Onderkend wordt dat commissieleden, juist vanwege die expertise, soms ook belangen kunnen hebben of vertegenwoordigen. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Transparantie over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de Voorzitter van de Gezondheidsraad. In de kennismakingsronde tijdens de installatievergadering wordt van de leden gevraagd in het kort inzicht te geven in de functies die zij bekleden en in mogelijke overige belangen die relevantie kunnen hebben voor het werk van de commissie. Door middel van een formulier hebben commissieleden zich bereid verklaard die openheid te verschaffen.

In een enkel geval kan het beter zijn dat men niet tot commissielid wordt benoemd, of zich gedurende het adviestraject als lid terugtrekt. Eventueel kan het lidmaatschap dan worden omgezet in een adviseurschap, opdat belangrijke expertise voor de commissie behouden blijft. Een adviseur draagt, anders dan een lid, geen verantwoordelijkheid voor het door de commissie uit te brengen advies.

Verslag van een bij de Gezondheidsraad gevoerde discussie

Toekomst Wet bevolkingsonderzoek

In een op 6 augustus 2001 aan de Minister van VWS aangeboden publicatie heeft de Gezondheidsraad verslag gedaan van een discussiebijeenkomst over de 'Toekomst van de Wet bevolkingsonderzoek'. Die bijeenkomst had plaats op 18 juni en stond onder voorzitterschap van de Raadsvoorzitter. Aanleiding was het onlangs door ZorgOnderzoek Nederland uitgebrachte rapport over de evaluatie van de Wet bevolkingsonderzoek en het daarin gedane

voorstel voor een nieuwe wettelijke systematiek. Behalve de opstellers van dat rapport waren deskundigen op verschillende relevante terreinen uitgenodigd, evenals vertegenwoordigers van bij bevolkingsonderzoek betrokken organisaties. De minister heeft laten weten met belangstelling van het verslag van de discussie kennis te zullen nemen, ook met het oog op het door haar in te nemen standpunt over het evaluatierapport.

Evaluatierapport WBO

De Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) heeft tot doel de bevolking te beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor de gezondheid. Volgens het recente evaluatierapport is de huidige regeling echter geen optimaal instrument voor het bereiken van die doelstelling. De opstellers (Van der Maas, Gevers, Roscam Abbing) doen ook een voorstel voor verbetering. Zij gaan ervan uit dat het onmogelijk is om *a priori* onderscheid te maken tussen bevolkingsonderzoek dat wel of niet potentieel gevaarlijk is en dus zou moeten worden getoetst. In de toekomst zou daarom *alle* bevolkingsonderzoek op de een of andere manier vooraf moeten worden beoordeeld, terwijl dat nu alleen geldt voor bevolkingsonderzoek dat in de wet als vergunningplichtig is aangewezen. Die uitbreiding is alleen haalbaar als de regeling tegelijk meer flexibel wordt gemaakt: niet alle bevolkingsonderzoek hoeft aan een even zwaar beoordelingsregime te worden onderworpen. Tot slot legt het voorstel sterk de nadruk op zelfregulering en zelfevaluatie door de beroepsgroepen.

Workshop

Aanleiding voor de over dit voorstel gehouden discussiebijeenkomst was de eigen betrokkenheid van de Gezondheidsraad bij de uitvoering van de WBO (beoordeling vergunningaanvragen). Doel van de bijeenkomst was: de gevolgen in kaart te brengen die de voorgestelde nieuwe wettelijke regeling voor de praktijk kan hebben. Voorafgaand aan de discussie gaven de opstellers van het rapport een toelichting op hun voorstel en volgde commentaar vanuit verschillende perspectieven: huisartsen, klinische genetica, Inspectie, Commissie WBO. In de discussie bleek waardering voor het werk van de evaluatiecommissie; de conclusies in het rapport over de tekorten van de bestaande systematiek werden door alle deelnemers onderschreven. Verder was er veel steun voor de stelling dat, nadrukkelijker dan nu het geval is, de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken beroepsgroepen voor de kwaliteit van screeningsactiviteiten gestalte dient te krijgen in consensusontwikkeling en standaardenbeleid. Verschil van

mening bleek te bestaan over de vraag hoe, bij aanpassing van de wettelijk regeling, kan worden voorkomen dat die te smal en daardoor onvoldoende dekkend, of juist te breed en daardoor niet meer hanteerbaar zal zijn.

Referentie

- Van der Maas PJ, Gevers JKM, Roscam Abbing HDC. Evaluatie Wet op het Bevolkingsonderzoek. Reeks 'Evaluatie Regelgeving' deel 5. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2000.

Deskundigen bijeen in Philadelphia

Zeventiende ISTAHC-congres

^(M) Van 3 tot 6 juni 2001 had in Philadelphia (VS) de 17e 'annual meeting' plaats van de International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC). Het congres had als thema 'Building bridges between policy, providers, patients and industry'.

De plenaire openingssessie was gewijd aan het thema 'Conflicterende belangen bij klinische trials'. Arthur Caplan (Center for Bioethics, University of Pennsylvania) voerde met een panel van Amerikaanse deskundigen een rollenspel op, waarbij situaties van 'conflict of interest' werden nagespeeld en geanalyseerd. Het panel werd geconfronteerd met verstrengelde belangen van onderzoekers, industrie, universiteiten, patiënten en overheid en werd gevraagd (ethische) keuzes te maken. Hoewel sommige voorbeelden in Europese ogen een hoog Hollywood-gehalte hadden, verzekerden Amerikaanse collega's dat het een natuurgetrouwe weergave was van de Amerikaanse werkelijkheid.

Conflicterende belangen

De tweede sessie was gewijd aan de rol van de kritische wetenschapsjournalist en was getiteld: 'Fact or fiction in the news? The role of critical medical reporting'. Onder leiding van Ragnar Levi (medisch redacteur SBU, het Zweedse HTA-instituut), werd gesproken over zaken als: een gedragscode voor verslaggevers van medisch nieuws, kritische verslaggeving, verantwoording aan het wetenschappelijk forum en het publiek, en de huidige kwaliteit van medische verslaggeving. De wetenschapsjournalist werd voorgehouden hoe hij te werk moet gaan bij: het onderscheiden van wetenschappelijke feiten en fictie; het beoordelen van de kwaliteit van zijn bronnen, de kwaliteit van 'scientific evidence' en van de relevantie van de uitkomst van onderzoek; en zijn verantwoordelijkheid ten opzichte van het publiek. Een paar citaten: "The stronger the claim, the more reason for scepticism", en "Responsible journalists separate themselves from gullible ones by being critical to unproven claims". In het bijzonder werd aandacht gegeven aan de begrippen 'risico' en 'risicoreductie'. Veel journalisten zouden (net als onderzoekers) de neiging hebben om het risico van nieuwe medische interventies te onderschatten en het voordeel ervan te overschatten. Vaak wordt dat voordeel alleen vermeld in termen van reductie van het relatieve risico, niet in die van het absolute risico. Tot slot werd aandacht besteed aan de invloed van de industrie (onderzoekssubsidies) op de uitkomst van onderzoek en hoe de wetenschapsjournalist daarop bedacht kan zijn. Hem werd voorgehouden dat: "single source private funding of research leads often to less accurate reporting of results". Bepleit werd om ook in de medische journalistiek een 'disclosure'-procedure te hanteren: welk persoonlijk belang heeft de onderzoeker bij de uitkomst van zijn onderzoek?

Versnelde advisering

Een bijzondere sessie was gewijd aan 'rapid HTA': *health technology assessment* als antwoord op een urgente vraag bij besluitvorming over medische voorzieningen. In landen als Engeland, Canada en de VS bestaat, naast de gebruikelijke advisering, een versnelde procedure (*fast track*) van 2 dagen tot 6 maanden. De vraagstelling richt zich gewoonlijk op slechts één kant van een medische technologie (werkzaamheid, klinisch effect). Een 'rapid HTA' is vaak gestoeld op onderzoeksmateriaal afkomstig uit een 'comprehensive HTA', waar één bepaalde vraag uitgelicht is. HTA zou versneld kunnen worden als meer middelen aanwezig zijn. Een aangepaste methodologie voor 'rapid HTA' is nodig. Ondanks nadelen van versnelde advisering (tijdsdruk, compromissen ten aanzien van diepgang, degelijkheid en van detail) was de conclusie dat 'rapid HTA' nuttig kan zijn, dat de vraag ernaar sterk zal toenemen en dat adviseurs zich daarin moeten bekwamen.

Appraisal

De derde plenaire sessie had als thema: 'Globalize the evidence, localize the decisions'. Onder leiding van John Eisenberg (Federal Agency for Healthcare Research and Quality) boog een internationaal panel zich over de vraag in hoeverre de uitkomst van evaluatie-onderzoek internationaal overdraagbaar is en van nut voor lokale beleidsbeslissingen. Eisenberg wees erop dat binnen de VS dezelfde 'clinical evidence' vaak tot uiteenlopende behandelbeslissingen leidt. Dit geldt ook voor Europa en heeft soms te maken met verschil in waarden in de gezondheidszorg: benadrukken van vrije keuze, doelmatigheid ('value for money') of gelijke toegang (rechtvaardige verdeling). Brady (CCOHTA, het Canadese HTA-instituut) beschreef de ervaring met samenwerking in onderzoek tussen CCOHTA en NICE (HTA-organisatie van de NHS) inzake zanamivir, een medicament tegen influenza. NICE verschaftte de klinische informatie en CCOHTA deed de economische evaluatie. Uiteindelijk kwamen zij tot verschillende beleidsbeslissingen. Dit had vooral te maken met de positie van de organisaties (NICE: direct betrokken bij NHS-beleid; CCOHTA: op afstand van bestuurlijke beslissingen).

Kent Woods (Universiteit van Leicester, VK) benadrukte dat de stelling "raw scientific evidence does not travel very well" ook geldt voor de uitkomst van HTA-onderzoek. Hij maakte onderscheid tussen 'assessment' (wetenschappelijke evaluatie) en 'appraisal': het plaatsen van de bewijskracht in de lokale bestuurlijke en beleidsmatige context. Hoe groter de overeenkomst in lokale context, des te groter is de kans op overeenkomstige beleidsbeslissingen. Globalisering van HTA-informatie en de implementatie ervan worden bevorderd door het gemeen hebben van prioriteiten en onderzoeksmethoden en door effectieve communicatie tussen onderzoeks- en beleidsorganisaties. Behalve naar assessment dient er ook naar appraisal meer onderzoek plaats te hebben. Yves Matillon (ANAES) hield een pleidooi voor globalisering van TA-onderzoek met behoud van de mogelijkheid om beleidsbeslissingen lokaal toe te spitsen (Pasteur: "science knows no country, but belongs to humanity").

Doorbraak

De slotsessie had als titel: 'Finding the convergence of good medicine and good science: issues in evaluating breakthrough technology'. Onder leiding van Clifford Goodman (Lewin Group, VS) werd ingegaan op medische technologie die een 'doorbraak' belooft voor de gezondheidszorg. Over wat een 'doorbraak' precies is, bestaat geen eenduidig beeld: het kan gaan om een belangrijk effect op de gezondheid of op de kosten, of om een technologie waarvoor geen alternatief bestaat. Uit de industrie is bekend dat

veel doorbraken in feite nieuwe toepassingen zijn van bestaande technologie (incrementele ontwikkeling in plaats van echte innovaties). Men was het er wel over eens dat de gezondheidszorgsector niet erg goed voorbereid is op zulke doorbraak-technologie en de soms disruptieve werking ervan op het zorgsysteem. Dit feit pleit voor een meer rationele manier van planning en besluitvorming: sneller, op basis van onvolledige informatie, over meer aspecten tegelijk. Feigal (FDA) beschreef hoe 'zijn' organisatie omgaat met doorbraken: FDA kent een spoedprocedure voor onderzoek, besluitvorming en implementatie wanneer het gaat om werkelijke doorbraken. Ook Jeffrey Kang (HCFA, de Amerikaanse tegenhanger van het College voor zorgverzekeringen) beschreef de mogelijkheden in zijn organisatie om tot een goede en snelle financiering van medische technologie te komen bij een echte doorbraak. In het algemeen was men het erover eens dat HTA-onderzoek alerter en agressiever moet zijn ten aanzien van doorbraak-geneeskunde: sneller signaleren (*early warning*), een versneld onderzoekstraject en beter inspelen op implementatie.

Tumoren en doorbloedingstoornissen van de hersenen

Medische eisen rijbewijs voor verbetering vatbaar

De medische eisen voor de rijgeschiktheid van mensen met een tumor of doorbloedingsstoornis van de hersenen sporen niet meer met de huidige stand van de wetenschap. De wenselijke aanpassing houdt deels een versoepeling en deels een aanscherping in. In algemeen zin is, daarnaast, heroverweging gewenst van de sinds 1986 geldende regeling voor de vernieuwing van rijbewijzen zonder medische toetsing. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 4 juli 2001 verschenen advies aan de Minister van Verkeer en Waterstaat en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mensen met een tumor of doorbloedingsstoornis van de hersenen zijn volgens de huidige wettelijke regeling niet rijgeschikt zolang zij wegens die aandoening geen operatie hebben ondergaan. Op verzoek van de Minister van Verkeer en Waterstaat heeft de Gezondheidsraad deze bepaling getoetst aan de huidige medische inzichten. In haar adviesaanvraag vroeg de minister aandacht voor het eventuele bestaan van andere geschikte medische behandelmethodes dan chirurgie en voor het feit dat het soms beter is om juist niet te opereren.

De Gezondheidsraad onderschrijft dat de eis van chirurgisch ingrijpen bij de aandoeningen in kwestie niet meer verenigbaar is met de tegenwoordig beschikbare medische kennis. De Raad voegt hieraan gedetailleerde voorstellen toe voor wijziging van de in het geding zijnde bepalingen in de 'Regeling eisen geschiktheid.' Die voorstellen zijn gebaseerd op criteria als de medische prognose, de aanwezigheid van functiestoornissen, de herhalingskans en de kans op andere aandoeningen. De operatie-eis speelt geen rol meer. Volgens het advies betekenen de voorgestelde wijzigingen een zekere versoepeling met betrekking tot de rijbewijzen van de 'lichte' categorie 1 (personenauto's en motorrijwielen) mits het rijbewijs niet beroepsmatig wordt benut. Voor het besturen van vrachtwagens en bussen houden ze echter een geringe verscherping in.

Heroverweging

Gebruikmakend van de gelegenheid spreekt de Gezondheidsraad zijn bezorgdheid uit over de sinds 1986 vigerende voorschriften voor het vernieuwen ('verlengen') van het rijbewijs. Uit epidemiologische gegevens blijkt dat maar heel weinig mensen gehoor

geven aan de in die voorschriften vervatte uitnodiging om vrijwillig melding te maken van onverhoopt opgetreden ziekten of afwijkingen die de rijgeschiktheid kunnen aantasten. De Raad vindt overheidsingrijpen wenselijk, er nog op wijzende dat de bedoelde gezondheidsproblemen zich betrekkelijk weinig voordoen bij mensen jonger dan zestig jaar. In het advies oppert de Raad twee mogelijkheden. De ene optie is honorering van het in 1990 door de Commissie-Scherpenhuizen gedane voorstel om in de Wegenverkeerswet de houders van rijbewijzen te verplichten tot melding van de bedoelde gezondheidsproblemen. De 'Regeling eisen geschiktheid' bevat een gedetailleerde opsomming van die problemen. Een alternatief ziet de Gezondheidsraad in verlaging van zeventig naar zestig jaar van de maximale leeftijd waarbij vernieuwing van het rijbewijs nog zonder medische toetsing mogelijk is.

Samenstelling commissie

- prof. dr JJ Sixma; Voorzitter Gezondheidsraad, *voorzitter*
- dr JJ Battermann, hoogleraar radiotherapie; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- LMC Bedaux; Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Den Haag, *adviseur*
- dr DA Bosch, hoogleraar neurochirurgie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs RA Bredewoud; Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, Rijswijk, *adviseur*
- dr J Groeneweg, psycholoog/veiligheidsdeskundige; Universiteit Leiden
- dr JJ Heimans, hoogleraar neuro-oncologie; VU medisch centrum, Amsterdam
- dr LJ Kappelle, hoogleraar neurologie; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr MCTFM de Krom, neuroloog; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- dr GHM ten Velden; Gezondheidsraad, Den Haag, *adviseur*
- dr PMM Beemsterboer; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Meer centra nodig

Cochleaire implantatie bij kinderen

- ◁ Cochleaire implantatie – het inbrengen van een elektronische binnenoortruse – is tegenwoordig een doeltreffende techniek om mensen met bepaalde vormen van doofheid weer toegang te geven tot omgevingsgeluid en gesproken taal. Deze behandeling is succesvol gebleken bij volwassenen en kinderen bij wie de doofheid is ontstaan nadat zij hebben leren praten. Zij kan ook zinvol zijn bij jonge kinderen met aangeboren of vroeg verworven doofheid. In de nabije toekomst zal in Nederland behoefte zijn aan jaarlijks ten minste zestig implantaties bij dove jonge kinderen. Uitbreiding van het huidige aantal gespecialiseerde centra van twee naar vier is wenselijk. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 7 augustus 2001 verschenen advies aan de Minister van VWS.

Cochleaire implantatie (CI) omvat het aanbrengen van elektroden in het slakkenhuis (cochlea) van het gehoororgaan. Die zetten het via een uitwendige microfoon opgevangen geluid om in elektrische prikkeling van de gehoorzenuw. In het hoorcentrum van de hersenen worden deze zenuwimpulsen ervaren als geluid. Voor dove en ernstig slechthorende mensen betekent dit dat zij beter in staat zijn het spreken van anderen te verstaan. Voor jonge kinderen met aangeboren doofheid kan CI tot steun zijn bij het aanleren van zowel gesproken als geschreven taal. Erg belangrijk is tijdige vaststelling van de doofheid van het jonge kind, spoedig gevolgd door de keuze van de meest geschikte vorm van revalidatie. Er is een tendens naar vervroeging van het moment van implantatie naar het tweede levensjaar. Uit onderzoek is gebleken dat de mogelijkheden tot gedeeltelijk herstel van het gehoor en het aanleren van taal dan gunstiger zijn.

Het medisch risico van de chirurgische ingreep is klein en de betrouwbaarheid van de apparatuur uitstekend. Naar verwachting zullen technische ontwikkelingen leiden tot,

onder meer, betere ruimtelijke selectiviteit van de apparatuur, meer mogelijkheden van individuele afregeling, meer draagcomfort en – in de toekomst – een geheel inwendig te dragen prothese.

Voor de revalidatie van doof geworden volwassenen en oudere kinderen (postlinguale doofheid) staat het nut van CI niet ter discussie. Onderzoek naar de verbetering van het vermogen om geluid en spraak op te vangen (spraakverstaan) wijst uit dat ook vrijwel alle kinderen met prelinguale doofheid (doofheid die is aangeboren of, bijvoorbeeld door hersenvliesontsteking, is ontstaan in de eerste levensjaren, nog voordat het kind gesproken taal heeft aangeleerd) baat hebben van een CI. Of dat ook geldt voor het effect op de leer- en psychosociale ontwikkeling van het kind op wat langere termijn is nog onvoldoende onderzocht. Wel is gebleken dat de baten van CI niet voor alle kinderen even groot zijn. Nauwkeurige afstemming op de capaciteiten van het kind is noodzakelijk, wil er sprake kunnen zijn van echte verbetering van de kwaliteit van leven. Vooral in kringen van doven leven bedenkingen tegen CI bij jonge kinderen. Men maakt zich zorgen over de voorlichting aan en de begeleiding van ouders, over hun vrijheid van keuze en over mogelijke miskenning van het belang van gebarentaal.

In de komende vijf jaar zal er in Nederland behoefte zijn aan jaarlijks ten minste zestig implantaties bij jonge kinderen. Dit noopt tot uitbreiding van het aantal CI-centra van thans twee naar vier. Deze centra moeten voldoen aan strikte kwaliteitseisen, onder het bereik van de Wet bijzondere medische verrichtingen worden gebracht en nauw samenwerken met regionale organisaties voor gezinsbegeleiding en met de doveninstituten. Ook is een voortgaande dialoog met de maatschappelijke organisaties van doven belangrijk. Volgens de Gezondheidsraad is het instellen van een landelijk begeleidingsorgaan wenselijk.

Samenstelling commissie

- dr EH Huizing, emeritus hoogleraar KNO; Universiteit Utrecht, *voorzitter*
- dr P van den Broek, emeritus hoogleraar KNO; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr S Blume, hoogleraar wetenschapsdynamica; Universiteit van Amsterdam
- dr H Knoors, directeur Diagnostisch Centrum Instituut voor Doven/Mgr Terwindtstichting, St Michielsgestel
- dr JJ Grote, hoogleraar KNO; Leids Universitair Medisch Centrum
- drs MA Bos; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Actievere medische zorg bepleit

Incontinentie voor urine

Ongeveer één op de twintig volwassenen in Nederland heeft te kampen met urine-incontinentie. Bij ouderen spelen naast blaasproblemen een verminderde mobiliteit en andere aandoeningen een rol bij het ontstaan en verergeren van incontinentie. Deze zogenoemde complexe incontinentie krijgt soms te weinig aandacht. De belangrijkste aanbevolen behandelingen zijn bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining. Er is een goede

richtlijn voor huisartsen. In de thuiszorg en in zorginstellingen blijft wegens personeels-schaarste de behandeling te vaak beperkt tot het verstrekken van opvangmateriaal. Er zijn, vooral voor vrouwen, te weinig goede openbare toiletten. Thuiswonende oudere patiënten met verscheidene handicaps hebben baat bij een aangepast, goed bereikbaar toilet. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 25 juni 2001 verschenen advies aan de Minister van VWS.

Op verzoek van de Minister van VWS brengt de Gezondheidsraad een reeks adviezen uit over 'medische verrichtingen' waarvan de doelmatigheid onduidelijk is. Eén van die verrichtingen behelst de diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie – onwille-

keurig verlies van urine – bij volwassenen. Naar schatting heeft vijf procent van de volwassenen deze hinderlijke kwaal. In verzorgingshuizen is dat één op de twee, in verpleeghuizen zelfs negen op tien. Bij vrouwen komt het probleem aanzienlijk meer voor dan bij mannen. In het jaar 2000 was in Nederland een bedrag van ten minste 600 miljoen gulden gemoeid met de zorg voor mensen met urine-incontinentie. Het merendeel hiervan komt op rekening van de verzorging en van het gebruik van opvangmateriaal.

Complexe incontinentie

De meeste patiënten komen in eerste instantie bij de huisarts terecht. Er is voor diagnostiek en behandeling een goede richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap, die als behandeling oefeningen centraal stelt. Volgens de Raad is er ook behoefte aan een gemeenschappelijke richtlijn voor gynaecologen en urologen. Vooral bij oudere patiënten kunnen verminderde mobiliteit en achteruitgang van geestelijke vermogens bij incontinentie een belangrijke oorzakelijke of complicerende rol spelen. De behandelend arts moet daar ten eerste op bedacht zijn. De Gezondheidsraad heeft de indruk dat juist deze complexe incontinentie te weinig aandacht krijgt.

De Raad pleit voor proefnemingen met de aanstelling van een gespecialiseerde incontinentie-verpleegkundige in huisartspraktijken, die onder meer zorg zou kunnen dragen voor diagnostiek bij complexe incontinentie en bewaking van de therapietrouw. De kennis van fysiotherapeuten over therapeutische oefeningen kan vergroot worden als deze in hun standaardopleiding aandacht krijgen.

Oefeningen

Personeelstekort in de thuiszorg en in verzorgings- en verpleeghuizen leidt er doorgaans toe dat volstaan wordt met het aanbieden van opvangmateriaal. Adequate diagnostiek en actieve behandeling kunnen echter de kwaliteit van leven van de patiënt aanmerkelijk verbeteren.

Bij vrouwen is de kans op het ontstaan van urine-incontinentie te verkleinen via bekkenbodemspieroefeningen na de zwangerschap. Er is echter nog veel onbekend over het nut van preventieve maatregelen en over de doeltreffendheid van de diverse behandelvormen. Meer wetenschappelijk onderzoek is daarom wenselijk. Intussen is wel duidelijk dat er in Nederland vooral voor vrouwen veel te weinig goede openbare toiletten zijn. Voor thuiswonende oudere patiënten met verscheidene handicaps zijn een aangepast en goed bereikbaar toilet en gemakkelijk te openen en te sluiten kleding belangrijk.

Samenstelling commissie

Werkgroep Urine-incontinentie

- dr ALM Lagro-Janssen, hoogleraar huisartsgeneeskunde /vrouwenstudies; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen, *voorzitter*
- dr LCM Berghmans, fysiotherapeut, epidemioloog; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- dr HJM Cools, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr LWM Jansen, colorectaal chirurg; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr PhEVA van Kerrebroeck, hoogleraar neuro-urologie; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- drs CR Tulner, klinisch geriater; Slotervaart-ziekenhuis, Amsterdam
- dr HJ Stoevelaar, gezondheidswetenschapper; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr ME Vierhout, gynaecoloog; Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam
- dr E van Rongen; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Kerncommissie MTA

- prof. dr JA Knottnerus; Vice-voorzitter Gezondheidsraad, *voorzitter*
- prof. dr GH Blijham; voorzitter Raad van bestuur, Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- A Boer, arts; College voor zorgverzekeringen, Amstelveen, *adviseur*
- dr PMM Bossuyt, hoogleraar klinische epidemiologie; Academisch Medisch Centrum,

- Amsterdam
- dr HR Büller, hoogleraar vasculaire geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr J Dekker, hoogleraar paramedische zorg; VU medisch centrum, Amsterdam
- dr MCH Donker, hoogleraar beleid en evaluatie geestelijke gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam

- dr GL Engel; Vereniging Academische Ziekenhuizen, Utrecht, *adviseur*
- dr J Kievit, hoogleraar medische besliskunde; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr FFH Rutten, hoogleraar gezondheidseconomie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr GHM ten Velden; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Aanmeten, instructie en nazorg vergen deskundigheid

Risico van contactlenzen

De huidige ruime verkrijgbaarheid van contactlenzen, onder meer via internet, groothandel en drogisterij, kan gezondheidsschade in de hand werken. Het is wenselijk om het aanmeten van deze hulpmiddelen en de nazorg voor te behouden aan optometristen en oogartsen. De

soms optredende ernstige complicaties moeten centraal worden geregistreerd. Het gebruik van 'permanent wear' lenzen is af te raden, tenzij er een medische indicatie is. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 25 juli 2001 verschenen advies aan de Minister van VWS.

Het dragen van contactlenzen brengt risico voor de gezondheid van de ogen met zich mee, uiteenlopend van oogirritatie tot verlies van gezichtsvermogen door blijvende beschadiging van het hoornvlies. Die beschadiging kan optreden als gevolg van een infectie (microbiële keratitis). Jaarlijks komt dat voor bij elf op de honderdduizend dragers van harde lenzen. Voor zachte lenzen is die kans het drievoudige hiervan, terwijl deze voor de *permanent wear* lenzen (die ook tijdens de slaap worden gedragen) zelfs twee op de duizend is. Laatstgenoemd cijfer brengt de Gezondheidsraad tot de aanbeveling om *permanent wear* lenzen uitsluitend op medische indicatie te gebruiken.

Nederland telt ongeveer anderhalf miljoen dragers van contactlenzen. Deze hulpmiddelen zijn tegenwoordig behalve bij de contactlensspecialist ook verkrijgbaar via internet, groothandel en drogisterij. Het aanbod van contactlenzen via anderen dan de optometrist en oogarts kan, naar het oordeel van de Gezondheidsraad, tot een verhoogd risico leiden. Er zijn echter onvoldoende gegevens bekend om te kunnen beoordelen of door de ruime verkrijgbaarheid het gezondheidsrisico inderdaad toeneemt. De Gezondheidsraad acht alertheid geboden, maar ziet (nog) geen heil in het aan banden leggen van de verkoop van contactlenzen. De Raad beveelt aan om het aanmeten en de nazorg voor te behouden aan optometristen en oogartsen. Voor ernstige complicaties moet er volgens de Raad een centrale registratie komen.

Samenstelling commissie

- prof. dr JJ Sixma, Voorzitter Gezondheidsraad, *voorzitter*
- dr A Kijlstra, hoogleraar experimentele oogheelkunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- CJ van Mil, contactlensspecialist; Lelystad
- dr FE Ros, oogarts; Diakonessenhuis, Utrecht
- dr A van Sliedregt; Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, *adviseur*
- R Visser, contactlensspecialist; Nijmegen
- dr HJM Völker-Dieben, hoogleraar oogheelkunde; VU medisch centrum, Amsterdam
- dr FCB van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht; Universiteit Maastricht
- dr PA Bolhuis; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Energie, eiwitten, vetten en koolhydraten

Op 18 juli 2001 verscheen een advies over de wenselijke inneming van energie, eiwitten, vetten en koolhydraten voor gezonde personen. Het is de tweede aflevering in een reeks van samenhangende adviezen van de Gezondheids-

raad aan de Minister van VWS en de Minister van LNV. Deze adviezen dienen ter actualisering van de in 1992 door de toenmalige Voedingsraad voorgestelde 'Nederlandse Voedingsnormen'.

Ongeveer een jaar geleden bracht de Gezondheidsraad een eerste advies uit over geactualiseerde voedingsnormen. Het nu verschenen tweede advies heeft betrekking op de energetische waarde van de voeding en de wenselijke inneming van eiwitten, vetten en koolhydraten.

De inneming van vet krijgt veel aandacht. Van groot belang is de samenstelling van het vet in de voeding. Verzadigde vetzuren en *trans*-vetzuren zou men zo weinig mogelijk moeten innemen, wegens de verhoogde kans op coronaire hartziekten. Vervanging door enkelvoudig en meervoudig onverzadigde vetzuren is wenselijk. In zijn aanbeveling voor de totale vetconsumptie maakt de Gezondheidsraad onderscheid tussen mensen met en zonder problemen van overgewicht. Voor de eerste groep is de norm lager dan voor de tweede.

Voor eiwitten en koolhydraten zijn de nu voorgestelde aanbevolen hoeveelheden lager dan de oude.

Samenstelling commissie

- dr HKA Visser, emeritus hoogleraar kindergeneeskunde; *voorzitter*
- dr H van den Berg, biochemicus-voedingskundige; TNO Voeding, Zeist
- ir W Bosman; Gezondheidsraad, Den Haag, *adviseur*
- ir BC Breedveld, voedingskundige; Voedingcentrum, Den Haag
- dr ir WHM Saris, hoogleraar humane voeding; Universiteit Maastricht
- dr HP Sauerwein, hoogleraar energiestofwisseling; Universiteit van Amsterdam
- dr ir G Schaafsma, voedingskundige; TNO Voeding, Zeist; en hoogleraar voeding en levensmiddelen; Wageningen Universiteit en Researchcentrum
- dr WA van Staveren, hoogleraar voeding van de oudere mens; Wageningen Universiteit en Researchcentrum
- dr CE West, biochemicus-voedingskundige; Wageningen Universiteit en Researchcentrum, en hoogleraar voeding in relatie tot gezondheid en ziekte; Universitair Medische Centrum St Radboud, Nijmegen
- dr ir JA Weststrate, voedingskundige; Unilever, Vlaardingen
- dr ir CJK Spaaij; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Het advies is voorbereid door een werkgroep bestaande uit

commissieleden:

- dr ir WHM Saris, *voorzitter*
- ir BC Breedveld
- dr HP Sauerwein

externe deskundigen:

- dr ir PA van den Brandt, hoogleraar epidemiologie; Universiteit Maastricht
- dr RJ Heine, hoogleraar diabetologie; VU medisch centrum, Amsterdam
- dr ir RP Mensink, hoogleraar moleculaire voedingskunde met bijzondere aandacht voor het lipidenmetabolisme; Universiteit Maastricht
- dr ir JC Seidell, voedingskundige; RIVM, en

secretarissen:

- dr ir M Visser, januari - mei 1998
- dr ir MC Ocké, mei 1998 - december 1999

- dr ir G Schaafsma
- dr ir JA Weststrate
- ir W Bosman, *adviseur*

- hoogleraar voeding van de mens met bijzondere aandacht voor de epidemiologische aspecten; VU medisch centrum, Amsterdam
- dr ir P van 't Veer, voedingskundige-epidemioloog; Wageningen Universiteit en Researchcentrum
- dr ir PL Zock, voedingskundige; Wageningen Centre for Food Sciences

- dr ir LTJ Pijls, januari - december 2000
- dr ir CJK Spaaij, januari 2000 - juli 2001

Milieuverontreiniging door geneesmiddelen

- De belasting van het milieu door geneesmiddelen verdient nadere aandacht. Dat stelt de Gezondheidsraad in een advies waarin de kennis over die belasting is samenvat. In het advies, dat op 26 juni 2001 is aangeboden aan de bewindslieden van VROM, VWS, V&W en LNV, doet de Raad voorstellen voor onderzoek naar voorkomen en effect van geneesmiddelen in het milieu.

Geneesmiddelen voor mens en dier belanden na gebruik in het milieu. Een deel van de door de mens uitgescheiden geneesmiddelen en hun omzettingsproducten passeert de rioolwaterzuivering en komt vervolgens in het oppervlaktewater terecht. Diergeneesmiddelen komen via urine en uitwerpselen in de bodem terecht en spoelen uit naar het grond- en oppervlaktewater.

Uit het nu verschenen advies van de Gezondheidsraad blijkt dat slechts weinig bekend is over het voorkomen en het effect van geneesmiddelen in het milieu. De beschikbare gegevens over het gevolg voor in de natuur voorkomende organismen zijn aanleiding om het milieurisico niet bij voorbaat als onbetekenend terzijde te schuiven. Geneesmiddelen zijn immers biologisch actieve stoffen die bovendien in grote hoeveelheden worden gebruikt. De Raad pleit voor extra aandacht van de overheid voor het in kaart brengen van dit risico, overeenkomstig de aanpak bij bestrijdingsmiddelen. Er is vooral onderzoek nodig naar het gevolg voor water- en bodemorganismen.

Binnenkort zal bij de toelating van diergeneesmiddelen tot de markt een beoordeling van het risico voor in de natuur voorkomende organismen worden voorgeschreven. De Raad acht dit ook wenselijk bij de toelating van geneesmiddelen voor de mens. Onderzoek en maatregelen vergen internationale coördinatie, omdat de milieuverontreiniging door geneesmiddelen zich niet tot Nederland beperkt.

Totstandkoming

Het advies is voorbereid door dr P Leeuwangh, secretaris bij de Gezondheidsraad, en afgerond door drs MMHE van den Berg en prof. dr WF Passchier, respectievelijk secretaris bij en plaatsvervangend algemeen secretaris van de Gezondheidsraad, met raadpleging van de volgende deskundigen:

- dr A Belfroid; Instituut voor Milieuvraagstukken; Vrije Universiteit, Amsterdam
- ir JGM Derksen; AquaSense, Amsterdam
- drs MN Mons; Kiwa NV, Nieuwegein
- dr MHMM Montforts; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor stoffen en Risicobeoordeling, Bilthoven
- ing GBJ Rijs; Rijksinstituut voor Integraal Zoetwaterbeheer en Afvalwaterbehandeling, Lelystad
- dr DTHM Sijm; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor Stoffen en Risicobeoordeling, Bilthoven
- dr J Tolss; RITOX, Universiteit Utrecht.

Bioterrorisme

Open grenzen, verstedelijking, mobiliteit en gentechnologie vergroten het risico van terroristische aanslagen met microbiële ziekteverwekkers. Daarom is alertheid geboden, niet alleen van inlichtingendiensten maar ook van artsen en microbiologen. Er moet een draaiboek 'Bioterrorisme' komen, terwijl al beschikbare draaiboeken voor het optreden bij

epidemische calamiteiten aanscherping behoeven. Internationale samenwerking op het gebied van de identificatie van onbekende micro-organismen en bij de ontwikkeling en productie van antimicrobiële middelen is noodzakelijk. Dit is de strekking van een op 14 juni 2001 verschenen advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS.

Duizenden soorten micro-organismen lenen zich voor kwaadwillig gebruik. Het is vrijwel ondoenlijk om aan te geven welke van die soorten men in dit opzicht het meest moet vrezen. Hedendaagse ontwikkelingen maken bioterroristische aanslagen tot een reëel gevaar. Open grenzen vergemakkelijken de import van microbiële ziekteverwekkers, de sterke verstedelijking en de grote mobiliteit in ons land begunstigen de verspreiding van infectieziekten en de opmars van de biotechnologie schept mogelijkheden voor het doen ontstaan van tot dusver onbekende infectieuze organismen.

Draaiboeken

Volgens de Gezondheidsraad is vooral verscherpte oplettendheid geboden. Inlichtingendiensten en andere verkennende organisaties moeten veel aandacht geven aan de beoordeling van de plausibiliteit van denkbare aanslagscenario's. Medische beroepsverenigingen doen er goed aan hun leden beter en vaker te attenderen op de mogelijkheid dat het optreden van infectieziekten te wijten is aan kwaadwillige verspreiding van micro-organismen. Onder auspiciën van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties dient een draaiboek 'Bioterrorisme' te worden opgesteld dat via regelmatige en goed georganiseerde oefeningen wordt beproefd. De al beschikbare draaiboeken voor het optreden bij uitbraken van infectieziekten behoeven aanvulling met elementen die op bioterrorisme zijn toegesneden.

Van groot belang zijn mogelijkheden voor tijdige opsporing en identificatie van zeldzame of tot dusver onbekende ziekteverwekkers. Dit vraagt om een hecht netwerk van binnen- en buitenlandse deskundigen op het gebied van de microbiologie. Formalisering van in dit opzicht al bestaande structuren is nodig, evenals meer financiële ondersteuning. Ook bij de ontwikkeling en productie van vaccins, antibiotica en andere antimicrobiële middelen is, zo besluit de Gezondheidsraad zijn advies, internationale samenwerking meer dan ooit noodzakelijk.

Samenstelling commissie

- prof. dr JC Terlouw; oud-Commissaris van de Koningin in Gelderland, *voorzitter*
- dr RA Coutinho, hoogleraar epidemiologie en bestrijding infectieziekten; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, en directeur GG & GD Amsterdam
- dr Ph J van Dalen, microbioloog; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
- dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam
- Lt-Kol HW Poen; Ministerie van Defensie, Den Haag, *adviseur*
- JE van Steenberg, arts; Hoofd Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding, Den Haag
- dr P van der Torn, arts; Directeur Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde, Utrecht
- drs R Vrolijk; Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag, *adviseur*
- AH Zwennes; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, *adviseur*
- drs EJ Schoten; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Adviezen Commissie WBO

(WVV)	Conform de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) hoort de Minister van VWS de Gezondheidsraad alvorens te beslissen over het verlenen of intrekken van een vergunning	voor vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. De hieruit voortvloeiende adviestaak wordt verricht door de in 1995 ingestelde Commissie WBO van de Raad.	< S P -
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Op 9 augustus 2001 bracht de commissie een advies uit, getiteld 'Wet bevolkingsonderzoek: gezondheidsonderzoek vuurwerkkramp Enschede'. Het advies heeft betrekking op een vergunningaanvraag van de GGD Twente voor het gezondheidsonderzoek dat wordt verricht naar aanleiding van de vuurwerkkramp in Enschede op 13 mei 2000. De commissie concludeert dat het gezondheidsonderzoek bevolkingsonderzoek in de zin van de WBO is. Zij vindt het echter niet vergunningplichtig. Op grond daarvan ziet de commissie voor zichzelf geen taak in de beoordeling van de vergunningaanvraag in kwestie.

Toxische stoffen op de werkplek

~	De Commissie WGD, de Commissie Reproductietoxische stoffen, de Commissie Herevaluatie van oude MAC-waarden en de Commissie Toxische Stoffen en de huid lichten	de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor over de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan toxische stoffen.	G S N D o
---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Advieswaarde formaldehyde (concept-rapport)

Op 18 mei 2001 heeft de Commissie WGD een concept-rapport openbaar gemaakt over de beroepsmatige blootstelling aan formaldehyde. De commentaartermijn liep tot 18 augustus 2001.

Reproductietoxiciteit van styreen, toluen en xyleen (concept-rapporten)

De Commissie Reproductietoxische stoffen maakte op 15 mei 2001 concept-rapporten openbaar over de toxiciteit van styreen, toluen en xyleen op de voortplanting en de ontwikkeling van het nageslacht. De evaluatie mondt tevens uit in een classificatie volgens de richtlijnen van de Europese Unie. De commentaartermijn liep tot 1 augustus 2001.

Huidnormering (concept-rapport)

Op 19 juni heeft de Commissie Toxische stoffen en de huid een concept-rapport openbaar gemaakt over de mogelijkheid om — door normstelling — werknemers te beschermen tegen schadelijke stoffen die via de huid het lichaam binnendringen. De commentaartermijn loopt tot 15 september 2001.

Flexibele werktijden (concept-rapport)

Op 12 juli heeft de Commissie WGD een concept-rapport openbaar gemaakt over de aanpassing van grenswaarden bij werkdagen van meer dan acht uur. De commentaartermijn loopt tot 1 oktober 2001.

Op 17 juli 2001 heeft de Commissie herevaluatie van oude MAC-waarden concept-rapporten openbaar gemaakt over de beroepsmatige blootstelling aan de volgende stoffen: p-tert-butyltolueen, cellulose, ethylformaat, 2-chloro-6-(trichloromethyl)pyridine (nitrapyrine), 4-ethylmorfoline, indeen, ijzerpentacarbonyl, zetmeel, zwavel-tetrafluoride, o-,m- en p-terfenyl (mengsel) en tricarbonyl(eta-cyclopentadienyl)-mangaan. De commentaartermijn loopt tot 14 september 2001.

Commissie geïnstalleerd

Contouren basispakket

(wvv) Op 19 april 2001 installeerde de Voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie 'Contouren basispakket', waarvan de samenstelling hieronder is vermeld. De commissie heeft tot taak een adviesaanvraag te beantwoorden die de Raad op 27 februari 2001 kreeg voorgelegd. In de adviesaanvraag schreef de Minister van VWS:

Volgens het regeerakkoord van augustus 1998 zal bezien worden of het – in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen – wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen. In de Zorgnota 2001 heb ik vervolgens aangegeven dat het kabinet zich voorneemt om de komende twee jaar de fundamenten te leggen voor een hervorming van het verzekeringsstelsel.

Het is mijn bedoeling om in de zorg meer vraagsturing tot stand te brengen, ter versterking van de klantgerichtheid in de zorg en ter vergroting van de keuzevrijheid voor zorggebruikers bij variatie in het aanbod.

Te verwachten is dat het debat over de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel langs een drietal lijnen zal verlopen, namelijk:

- het verzekeringssysteem (wettelijke herinkadering)
- de inhoud en omvang van het verzekerde pakket
- het besturingsmodel.

Graag vestig ik uw aandacht op het tweede punt. Hier zal de discussie gaan over de vraag wat precies verzekerd moet worden. Welke zorg dient een basispakket te omvatten? In het verlengde van het advies *Volksgezondheidszorg* (1997) van de WRR verneem ik daarom graag uw visie ten aanzien van, op wetenschappelijke inzichten gebaseerde, operationaliseerbare criteria voor de in een basispakket op te nemen zorgvoorzieningen.

De daarmee samenhangende beleidsvraag is niet zo zeer 'wat kan eventueel uit het pakket?' maar veeleer 'welke voorzieningen zullen – ook in de toekomst – zonder meer deel moeten blijven uitmaken van het verzekerde pakket?' In dit verband zou ik ook uw mening willen vernemen over de mogelijkheid het doelmatigheidscriterium te gebruiken voor het bepalen van de samenstelling van een basispakket.

Samenstelling commissie

- dr JP Mackenbach, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg; Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam, *voorzitter*
- dr ID de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek;
- Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam
- A Boer, arts; College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen, *adviseur*
- dr M Boers, hoogleraar klinische epidemiologie; VU

- medisch centrum, Amsterdam
- drs EA Bolhuis; Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- dr E Briët, hoogleraar interne geneeskunde; Universitair Medisch Centrum, Amsterdam
- dr HJM Cools, hoogleraar verpleeghuiszorg; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr R van Dyck, hoogleraar psychiatrie; VU medisch centrum, Amsterdam
- dr GA den Hartogh, hoogleraar wijsbegeerte; Universiteit van Amsterdam
- drs GGJ Klein Ikkink; Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- dr ALM Lagro-Janssen, hoogleraar huisarts-geneeskunde/vrouwenstudies, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- dr J Ormel, hoogleraar sociale psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen
- dr SP Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; Leids Universitair Medisch Centrum
- drs E van der Veen; voorzitter Raad van bestuur AGIS-groep Zorgverzekeraars, Utrecht
- dr WPMM van de Ven, hoogleraar sociale ziektekostenverzekering; Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam
- drs AHJ Veneman; hoofd afdeling bedrijfs-geneeskunde, AKZO-Nobel, Arnhem
- dr GHM ten Velden; Gezondheidsraad, *secretaris*

Commissie geïnstalleerd

Vooruitblik van een honderdjarige

- **Op 25 juni 2001 installeerde de Voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie 'Implicaties van nieuwe mogelijkheden tot beïnvloeding van de hersenen', waarvan de samenstelling hieronder is vermeld. Deze bijzondere commissie is ingesteld met het oog op het honderdjarig bestaan van de Gezondheidsraad, op 1 augustus 2002. De viering van dat jubileum zal voor een deel in het teken van de toekomst staan. De commissie is gevraagd wat verder vooruit te blikken dan in adviezen van de Gezondheidsraad gebruikelijk is.**

De hersenen vormen ons meest complexe en minst begrepen orgaan. Ze verschaffen ons gewaarwordingen en herinneringen, gedachten en gevoelens, voorstellingen en vaardigheden en, dat alles integrerend, ons zelf. Talloos zijn de middelen die het functioneren van de hersenen beïnvloeden: koffie, nicotine, alcohol, cannabis, cocaïne, opium, valium, prozac en ritalin. Psychoactieve middelen zijn zelden onomstreden, juist vanwege de gewenste en gevreesde effecten op stemming en bewustzijn, gecombineerd met hun vaak verslavende eigenschappen en al of niet vermeende gezondheidsrisico. Ook de niet-chemische methodes om de hersenfuncties te beïnvloeden, van hersenspoeling tot psychotherapie, van electroshock tot psychochirurgie, wekken bij tijden veel publieke belangstelling. Ze intrigeren, waarschijnlijk deels omdat ze raken aan ons zelf.

- z De vorderingen van wetenschappen als moleculaire biologie en cognitieve psychologie, de ontwikkeling van moderne beeldvormende technieken en de toenemende integratie van uiteenlopende wetenschappelijke disciplines hebben de afgelopen twee decennia een schat aan nieuwe inzichten opgeleverd in de werking van ons brein. Ook de kennis van de werkingsmechanismen van de chemische, fysische en psychische beïnvloedingswijzen van de hersenen is aanzienlijk toegenomen. De verwachting lijkt gewettigd dat de jaren die voor ons liggen nieuwe toepassingen zullen brengen van bekende en minder bekende mogelijkheden, waaronder electrostimulatie en neurotransplantatie. Verschillende wijzen van beïnvloeding zullen waarschijnlijk vaker en met betere resultaten naast elkaar kunnen worden toegepast. Het lijkt aannemelijk dat de 'biologische' en de 'psychosociale' benaderingen, die in de voorbije eeuw vaak als onverenigbaar werden gezien, steeds meer zullen integreren.

De hersenen vormen het substraat van een grote variëteit aan aandoeningen, waaronder ziekten als schizofrenie en manische depressiviteit, die mensen tot het uiterste

kunnen belasten. Angststoornissen, depressies, verslavingen, dementie en beroerte horen tot de meest voorkomende ziektebeelden in Nederland. Psychische aandoeningen alleen al zijn, volgens schattingen in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, verantwoordelijk voor twintig tot veertig procent van de ziektelast in Nederland. Ook in de met stress samenhangende aandoeningen spelen de hersenen een belangrijke rol. Het is van groot belang dat nieuwe en betrouwbare beïnvloedingswijzen van de hersenen inderdaad beschikbaar zullen komen. Ze zullen hopelijk kunnen leiden tot betere preventie- en behandelwijzen van stoornissen in het functioneren van de hersenen en wellicht tot welkome verbeteringen van de gezonde hersenfunctie. Maar de mogelijk verstrekkende implicaties hiervan moeten onder ogen worden gezien: de toepassing van nieuwe beïnvloedingswijzen blijft vrijwel nooit beperkt tot de doelen waarvoor ze oorspronkelijk ontwikkeld werden, gezondheidsrisico's op de lange termijn zijn zelden uit te sluiten. Bovendien zullen zowel de medische als de niet-medische toepassingen van de nieuwe mogelijkheden fundamentele vragen oproepen, ook over de invloed op ons zelf.

Het bovenstaande overwegend heeft de Voorzitter van de Gezondheidsraad de commissie de volgende vragen voorgelegd:

- welke nieuwe wijzen van beïnvloeding van de hersenen liggen de komende decenia in het verschiet?
- welke implicaties zullen deze nieuwe mogelijkheden hebben voor gezondheidszorg en maatschappij?

Samenstelling commissie

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| • dr WJG Hoogendijk, psychiater; Geestelijke Gezondheidszorg Buitenzorg; VU medisch centrum, Amsterdam, <i>voorzitter</i> | ring van de geestelijke gezondheidszorg; Katholieke Universiteit Nijmegen |
| • dr RJ Benschop, theoretisch psycholoog; Universiteit Maastricht | • dr M Kindt, psycholoog; Universiteit Maastricht |
| • dr JGG Borst, arts, bioloog; Universiteit van Amsterdam | • drs RJJ Lindauer, psychiater i.o.; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam |
| • dr AA Ellenbroek, neurofarmacoloog; Katholieke Universiteit Nijmegen | • dr NF Ramsey, psycholoog; Universitair Medisch Centrum, Utrecht |
| • dr DF Fischer, moleculair bioloog; Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek, Amsterdam | • dr WLC Rutten, fysicus; Universiteit Twente |
| • dr WA van Gool, hoogleraar neurologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam | • drs PR Schuurman, neurochirurg i.o.; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam |
| • dr SHM van Goozen, psycholoog; Universitair Medisch Centrum, Utrecht | • dr MHN Schermer, arts, ethicus; Universiteit van Amsterdam |
| • dr GJM Hutschemaekers, hoogleraar professionalise- | • dr M Verhage, hoogleraar functionele genoom-analyse; Vrije Universiteit, Amsterdam |
| | • dr JND de Neeling; Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i> |

Ministeriële reacties

(WvV)

Maagklachten (zie Graadmeter jan/feb 2001, p 3-4)

Op 8 juni 2001 heeft de Minister van VWS de Voorzitters van de beide Kamers der Staten-Generaal schriftelijk op de hoogte gesteld van haar standpunt over dit advies. De minister benadrukt uit het advies onder andere dat uitgebreide diagnostiek bij een eerste periode van maagklachten doorgaans niet nodig is. Zij schrijft daarover:

Alleen wanneer behandeling van de symptomen niet leidt tot blijvende verbetering is nader (endoscopisch) onderzoek ter opsporing van een eventueel anatomische afwijking wenselijk. De

Gezondheidsraad doet hiervoor in het rapport duidelijke aanbevelingen, daarbij rekening houdend met het feit dat veel patiënten endoscopie als belastend ervaren.

Over richtlijnen voor diagnostiek en behandeling schrijft de minister:

Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) is reeds bezig met de huidige NHG-standaard Maagklachten te herzien; verwacht wordt dat deze eind van dit jaar gereed zal zijn. Het NHG heeft inmiddels laten weten de aanbevelingen uit het rapport van de Gezondheidsraad mee te nemen bij deze herziening.

(...) Het NHG zal tevens zorg dragen voor de implementatie ervan via de eigen kanalen. Daarnaast zal het NHG samen met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) vervaardigen, om zodoende de eerste en tweede lijnsbehandeling beter op elkaar aan te laten sluiten. Bij de realisatie van de LTA zullen het Nederlands Genootschap van Artsen voor Maag-, Darm- en Leverziekten, de Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie en de Nederlandse Internisten Vereniging betrokken worden.

(...) de ontwikkeling van implementatiemateriaal behelst onder meer het publiceren van de herziene standaard in Huisarts & Wetenschap, opname van de standaard in het Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS) en de ontwikkeling van een Deskundigheidbevorderings (DKB-) pakket Maagklachten voor de nascholing van huisartsen. Vooral van opname in het EVS mag een gedragsverandering verwacht worden. Ook het Farmaco Therapie Overleg (FTO) en het Farmaco Transmuraal Therapie Overleg (FTTO) zullen een rol moeten spelen bij de implementatie van zowel de NHG-standaard als de LTA, alsmede de vertaling van de LTA in transmurale formularia. Het NHG zal ten behoeve van FTO en FTTO implementatiematerialen ontwikkelen.

De Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening, die veel expertise heeft op het terrein van materiaalontwikkeling en begeleiding van FTO- en FTTO-groepen, zal naar verwachting ook een rol spelen bij dit onderdeel van het implementatietraject.

Verder loopt er momenteel bij de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Katholieke Universiteit Nijmegen een door mij gefinancierd onderzoek naar de implementatie van de NHG-standaard Maagklachten.

(...) Met betrekking tot de specifieke knelpunten die de Gezondheidsraad heeft geïdentificeerd, namelijk om aanvullend onderzoek te verrichten bij patiënten die chronisch of recidiverend maagzuurremmers gebruiken zonder dat een specifieke diagnose is gesteld, en om Hp-infectie te diagnosticeren en te behandelen bij patiënten bij wie in het verleden ooit een maagzweer is gediagnosticeerd en die opnieuw klachten hebben, kan worden opgemerkt dat de gebrekkige naleving van de NHG-standaard op deze punten mogelijk samenhangt met de benodigde investering van de kant van de huisarts in tijd en geld, zonder dat daar enige beloning tegenover staat. Ik zie op dit punt, zeker met het oog op de regierol, een duidelijke verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraars.

De Gezondheidsraad constateerde belangrijke lacunes in de wetenschappelijke kennis, vooral op het gebied van refluxklachten en functionele maagklachten, twee diagnoses die het merendeel van de patiënten met maagklachten betreffen. Daarover schrijft de minister:

Ik zal de door de Gezondheidsraad geconstateerde kennislacunes onder de aandacht brengen van het College voor zorgverzekeringen, dat beleidsondersteunend onderzoek verricht op het terrein van de geneesmiddelen- en hulpmiddelenvoorziening, en de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), die onder meer een coördinerende rol speelt bij Health Technology Assessment (HTA)-onderzoek.

Methylmethacrylaat, N-nitrosodimethylamine, endotoxinen

(zie Graadmeter sept/okt 1994 p 16; jan/febr 2000 p 11)

Op 11 juni 2001 berichtte de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de voorzitter van de Subcommissie MAC-waarden van de Sociaal-Economische Raad en aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad dat hij de adviezen heeft overgenomen aangaande de wijzigingen van de wettelijke grenswaarden voor methylmethacrylaat en N-nitrosodimethylamine en over het uitstel van de invoering van een wettelijke grenswaarde voor endotoxinen. De staatssecretaris schrijft:

De nieuwe wettelijke grenswaarde voor methylmethacrylaat zal met inachtneming van een overgangstermijn van zes maanden in werking treden op 1 december 2001. De nieuwe (hogere) wettelijke grenswaarde voor N-nitrosodimethylamine zal in werking treden op 1 januari 2001. Ik verzoek u mij in de loop van 2004 nader te adviseren over de haalbaarheid van verdere verlaging van deze grenswaarde naar 200 nanogram/m³. De wettelijke grenswaarde voor endotoxinen zal in werking treden met ingang van 1 januari 2003. Hierbij ga ik er vanuit dat uiterlijk einde 2001 de genormaliseerde meetmethode voor endotoxinen zal zijn gepubliceerd.

Celkerntransplantatie (zie Graadmeter maart/april 2001, p15-17)

Op 20 maart 2001 bracht de Gezondheidsraad een advies uit aan de Minister van VWS, getiteld 'Celkerntransplantatie bij mutaties in het mitochondriale DNA'. De minister stelde op 25 juni 2001 de Voorzitters van de beide Kamers der Staten- Generaal schriftelijk op de hoogte van haar standpunt over dit advies. In haar brief concludeert de Minister:

Ik ben van mening dat het de moeite waard is en dat het verantwoord is om de techniek van celkerntransplantatie ter voorkoming van mitochondriale aandoeningen bij het nageslacht verder te ontwikkelen. De prevalentie van de aandoeningen is weliswaar laag, maar de ernst ervan rechtvaardigt mijns inziens inspanningen gericht op ontwikkeling van een bruikbare techniek. De uitkomsten van de ethische analyses naar de aanvaardbaarheid van kiembaantherapie verzetten zich niet tegen de toepassing van deze techniek. De stand van de wetenschap betekent dat de komende tijd nog dierexperimenteel onderzoek zal moeten worden verricht. Voor de volgende fase van preklinisch onderzoek is het nodig wetenschappelijk onderzoek te verrichten waarvoor embryo's speciaal tot stand moeten worden gebracht. Voor dit onderzoek zal op basis van de Embryowet een verbod gelden gedurende ten minste drie jaar na de inwerkingtreding van die wet. Als de tijd daarvoor rijp wordt zal dat verbod vervangen kunnen worden door een regeling die dergelijk onderzoek onder strikte voorwaarden toelaat. Wetenschappelijk onderzoek gericht op de ontwikkeling van celkerntransplantatie ter voorkoming van mitochondriale aandoeningen zal dan binnen die voorwaarden mogelijk zijn.

RSI (zie Graadmeter nov/dec 2000, p 14-15)

Staatssecretaris Hoogervorst van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft, mede namens de Minister van VWS, op 7 juni 2001 Vice-voorzitter Knottnerus van de Gezondheidsraad schriftelijk op de hoogte gesteld van zijn reactie op dit advies. De staatssecretaris schrijft:

Veel werknemers rapporteren klachten en aandoeningen aan vingers, polsen, armen, ellebogen en schouders tijdens en na het werk. Deze klachten worden vaak aangeduid met RSI (*Repetitive Strain Injury*). Het aantal werknemers dat met een RSI-diagnose in de WAO komt, stijgt. Het is daarom van belang een goed inzicht te hebben in de oorzaken van RSI en in de effectiviteit van preventie-maatregelen en behandelmethoden.

De adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad had tot doel die gewenste duidelijkheid te verkrijgen. In de adviesaanvraag werd onder andere gevraagd naar de mogelijkheid om tot een — op wetenschappelijke consensus gebaseerde — eenduidige definitie van RSI te komen. Met deze eenduidige definitie zouden onduidelijkheden omtrent RSI voor iedereen weggenomen kunnen worden: voor de overheid aangaande beleidsvorming, voor medici aangaande diagnose en behandeling, voor patiënten met betrekking tot hun ziektebeeld, en voor werkgevers en werknemers ten aanzien van de meest effectieve preventiemethoden.

U constateert in uw advies dat de term RSI verwarrend is, omdat deze letsel (*injury*) suggereert, terwijl daarvoor in de meeste gevallen geen bewijs is. In veel gevallen zijn, zo schrijft u in uw advies, de RSI-klachten niet medisch aantoonbaar. Alhoewel de vlag de lading dus niet of slechts gedeeltelijk dekt, adviseert u toch de term RSI te blijven gebruiken omdat deze grote bekendheid geniet.

Hoewel ik deze aanbeveling begrijp — gelet op de vraagstelling in de adviesaanvraag en het feit dat de term RSI inmiddels veel gebruikt wordt — maak ik mij zorgen over de maatschappelijke consequenties, vooral ook omdat de term RSI zeer globaal gedefinieerd wordt. Bestaat bij een dergelijke globaal geformuleerde definitie bijvoorbeeld niet het gevaar dat mensen worden herkend of zichzelf herkennen als ‘RSI-patiënt’, terwijl dit niet het geval is? Immers, door te spreken over RSI als een ‘multifactorieel klachtensyndroom’ in plaats van een afwijking of ziekte, en door de term RSI te gebruiken voor zowel de specifieke als de a-specifieke klachten, wordt de begrenzing van wat wel en wat niet onder RSI valt moeilijk te bepalen. Ook de globale omschrijving van de andere criteria in de definitie draagt niet bij aan een heldere afgrenzing.

In welke gevallen is er bijvoorbeeld sprake van een ‘multifactorieel bepaald klachtensyndroom’? Gaat het bij de ‘verstoring van de balans tussen belasting en belastbaarheid’ om de belasting van bijvoorbeeld pols, arm of nek, of van de persoon als geheel, of zijn beide opties mogelijk? Hoe groot moet deze verstoring zijn en hoe lang moet deze bestaan? Is een causale relatie vereist tussen het klachtensyndroom en de activiteiten met herhaalde beweging of statische houding?

Het lijkt mij dat we het risico van onnodige ziektebeleving en ziektegedrag en de hieraan gerelateerde risico’s van functie- en arbeidsverlies zoveel mogelijk zouden moeten vermijden. Ik zou u daarom willen vragen of u alsnog nader in kunt gaan op dit risico van het insluiten van zogenaamde ‘vals positieve gevallen’. Tevens zou ik u willen vragen op welke wijze u denkt dat deze risico’s beperkt te kunnen worden.

Uit uw advies blijkt ook dat de stand van de wetenschap met betrekking tot oorzaken, preventie en behandeling van het complex van klachten en stoornissen — dat u tot RSI rekent — op veel gebieden hiaten vertoont. U concludeert op basis hiervan dat de wetenschappelijke basis voor concrete aanbevelingen met betrekking tot het voorkomen en behandeling van RSI-klachten beperkt is, en dat er meer onderzoek nodig is. Toch doet u een aantal algemene aanbevelingen gericht op voorlichting, geruststelling, vermindering van de belasting en verhoging van de lichamelijke belastbaarheid door lichaamsbeweging. U maakt hierbij geen onderscheid naar specifieke en a-specifieke klachten of achterliggende oorzaken. Ontstaat hierdoor niet het risico dat voor heel verschillende gevallen dezelfde behandelstrategie wordt gevolgd, terwijl die niet altijd effectief hoeft te zijn? Kunt u ook iets specifieker zijn over de invloed van psychische klachten (zoals somatisatie, fixatie, verkeerde attributies en zogenaamde ziekte winst) op het ‘multifactoriële klachtensyndroom RSI’? Zijn ook in deze gevallen uw algemene aanbevelingen van toepassing? En is het niet beter om deze categorieën van aandoeningen en stoornissen op een ander manier aan te duiden? Graag zou ik hierover een nadere toelichting van u ontvangen.

In zijn brief d.d. 26 juli 2001 antwoordt Vice-voorzitter Knottnerus, gehoord de Commissie RSI, aan de bewindslieden:

U plaatst kanttekeningen bij de benaming 'RSI' en de definitie daarvan. U vindt het bezwaarlijk om van RSI te spreken als er geen bewijs is voor een letsel, de klachten medisch niet aantoonbaar zijn of als het gaat om specifieke of psychische klachten.

De commissie die het advies heeft opgesteld, stelt daarin vast dat er geen kenmerkend letsel of pathofysiologisch mechanisme bekend is dat het ontstaan van RSI verklaart (hoofdstuk 3). Het ontbreken van een ziekteoorzaak die met pathologisch onderzoek te bewijzen valt, wil echter niet zeggen dat zo'n ziekte of aandoening niet medisch aantoonbaar is. De commissie rekent negen specifieke aandoeningen tot RSI (tabel 1 op pagina 21). Deze negen vormen van 'specifieke RSI' zijn ondubbelzinnig vast te stellen met gangbare diagnostiek. Gaat het om RSI die niet te herleiden is tot een van de negen specifieke aandoeningen dan spreekt de commissie van 'aspecifieke RSI' (wat iets anders is dan specifieke klachten of psychische klachten).

RSI is inderdaad globaal gedefinieerd. Het komt in de geneeskunde vaker voor dat een ziekte of aandoening slechts op het niveau van klachten of beperkingen te omschrijven is. Men spreekt bij zo'n combinatie van symptomen (of klachtensyndroom) van een symptoomdiagnose. Het (nog) ontbreken van kennis over een kenmerkend pathologisch of pathofysiologisch substraat betekent niet dat er géén sprake is van een ziekte of aandoening. Dit geldt ook voor RSI. Door 'klachtensyndroom' te plaatsen tegenover ziekten wordt een valse tegenstelling gecreëerd.

Over het ontstaan van RSI zijn wetenschappelijk interessante hypothesen vermeld in het advies. Die hypothesen moeten echter nog worden getoetst.

De commissie rekent behalve 'specifieke RSI' ook 'aspecifieke RSI' tot RSI, omdat naar haar mening de (externe) oorzakelijke factoren dezelfde zijn (pagina 20) en dus ook de preventie niet verschilt (hoofdstuk 6). Met het oog op het belang van een samenhangende, oorzakelijk gerichte aanpak heeft de commissie hier bewust voor gekozen. Overigens is de wetenschappelijke discussie over de afbakening van RSI eerder andersom gegaan, namelijk of *specifieke* RSI uitgesloten dient te worden.

De commissie sluit in haar omschrijving van RSI aan bij internationale afspraken over de classificatie van beperkingen, functiestoornissen en handicaps (ICIDH-2). Zij heeft RSI zo veel mogelijk afgegrensd van andere aandoeningen. Bijvoorbeeld door het begrip 'multifactorieel' op te nemen in de definitie (pagina 22). De commissie meent dat RSI ontstaat door een combinatie van factoren. Zij rekent bijvoorbeeld het hand-arm vibratiesyndroom niet tot RSI, omdat het slechts één oorzaak kent, namelijk blootstelling aan trillingen (pagina 20 en 21). Een andere heldere afgrenzing is het uitgangspunt om alleen klachten aan nek, bovenrug, schouder, boven- of onderarm, elleboog, pols, hand of een combinatie hiervan (de bovenste extremiteit, als functionele eenheid) tot RSI te rekenen (pagina 20). Verder omvat de beschrijving de termen 'beperkingen' en 'participatieproblemen'. Daardoor vallen kortdurende (pijn)klachten buiten het begrip 'RSI' (pagina 22).

De commissie, die niet tot taak had de diagnostiek van RSI te bespreken, verwijst naar een Europese richtlijn die onlangs ook is verschenen in de *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (2001; 27 suppl 1: 1-102). Graag bied ik u hierbij een exemplaar ervan aan. Daarin worden de klinische kenmerken van de aandoeningen, de differentiaal-diagnostiek en de tests en testeigenschappen beschreven. Via dergelijke protocollen zijn fout-positieve en fout-negatieve diagnoses zoveel mogelijk te vermijden.

Dat RSI-klachten kunnen verschillen in ernst onderkent ook de commissie. Op basis van de huidige stand van wetenschap acht zij het echter nog niet mogelijk RSI zinvol in te delen naar ernst en duur. Zij vindt de veel gebruikte indeling in drie fasen onduidelijk en er is geen gevalideerde relatie tussen de verschillende fasen en de prognose van RSI (pagina 22).

De commissie deelt uw zorg over het risico van functie- en arbeidsverlies en het toenemend aantal werknemers dat met de diagnose 'RSI' in de WAO komt (onder andere pagina 35 en 63). Juist daarom benadrukt zij het belang van vroege herkenning om, met tijdig handelen, erger te

kunnen voorkomen. De hoofdstukken 6 en 7 bevatten concrete aanbevelingen voor preventie en behandeling. Waar uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek op deelgebieden ontbraken, kon de commissie putten uit haar praktijkervaring en algemeen wetenschappelijk inzicht.

In hoofdstuk 7 gaat zij alleen op specifieke RSI in, omdat over de behandeling van mensen met specifieke RSI (redelijke) consensus bestaat (titel van het hoofdstuk, pagina 55). Voor preventie is, zoals gezegd, het onderscheid tussen specifieke en aspecifieke RSI niet relevant; de risicofactoren (hoofdstuk 5) staan centraal.

Psychosociale factoren zijn volgens de commissie niet te beschouwen als risicofactoren voor het ontstaan van RSI, althans niet op zichzelf, zonder de aanwezigheid van fysieke risicofactoren (pagina 42 en 52). Over somatisatie, fixatie, verkeerde attributies en ziekte winst in verband met RSI heeft de commissie geen bruikbare literatuurbevindingen kunnen traceren. RSI en psychiatrische diagnoses als somatisatie zijn te onderscheiden met diagnostische criteria zoals vermeld in de zogenoemde DSM-IV, het internationale classificatiesysteem van de psychiatrie.

Verschenen

Adviezen 2001

- Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. 2001/01.
- Variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob en bloedtransfusie. 2001/02.
- Algemene vaccinatie tegen hepatitis B. 2001/03.
- Programmatische vaccinatie van volwassenen. 2001/04.
- Desinfectantia in consumentenproducten. 2001/05.
- Aidsbehandelcentra. 2001/06.
- Celkerntransplantatie bij mutaties in het mitochondriale DNA. 2001/07.
- Doelmatigheid van langdurige psychotherapie. 2001/08.
- Kanttekeningen bij ontwerp-planningsbesluit neurochirurgie. 2001/09.
- Ongerstheid over lokale milieufactoren; risicocommunicatie, blootstellingsbeoordeling en clusteronderzoek. 2001/10.
- Prenatale screening: Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie. 2001/11.
- Urine-incontinentie. 2001/12.
- Gezondheidsrisico's van blootstelling aan verarmd uranium. Een overzicht. 2001/13.
- Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2001. 2001/14.
- Kanttekeningen bij ontwerp-planningsbesluit hemopoëtische stamceltransplantatie. 2001/15.
- Verdediging tegen bioterrorisme. 2001/16.
- Milieurisico's van geneesmiddelen (signalement). 2001/17.
- Rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen. 2001/18.
- Voedingsnormen: energie, eiwitten, vetten en verteerbare koolhydraten. 2001/19.

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

Gezondheidsrisico's van contactlenzen. 2001/20.
Cochleaire implantatie bij kinderen. 2001/21.
Workshop Toekomst Wet bevolkingsonderzoek. 2001/22.
Wet bevolkingsonderzoek: erfelijke prostaatkanker. 2001/01WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: landelijke borstkankerscreening (2). 2001/02WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: gezondheidsonderzoek
vuurwerkramp Enschede. 2001/03WBO.
Chromium and chromium compounds; Evaluation of the effects on reproduction
recommendation for classification. 2001/01OSH.
Manganese and its compounds; Evaluation of the effects on reproduction,
recommendation for classification. 2001/02OSH.

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