

---

## Euronoise

---

Pagina 4

**Geluidhinder vormt een milieuprobleem van formaat. Vooral het toenemend weg- en luchtverkeer is daar debet aan. Om geluid binnen de perken te houden, is een geaccepteerd stelsel**

**grootheden nodig dat geluidniveaus in maat en getal uitdrukt. De EU werkt aan een stelsel dat overeenkomt met aanbevelingen van de Gezondheidsraad in 1997.**

---

## Hormoonontregelaars in ecosystemen

---

Pagina 9

**De aanwezigheid van bepaalde stoffen in het milieu in ons land bedreigt door ontregeling van de geslachtshormoonhuishouding het voortbestaan van sommige diersoorten in**

**ecosystemen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 22 juli 1999 verschenen advies aan de Minister van VROM.**

---

## Geen bevolkingsonderzoek schizofrenie

---

Pagina 11

**Bevolkingsonderzoek om toekomstige schizofreniepatiënten op te sporen is volgens een op 24 juni 1999 verschenen advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS af**

**te raden. Wel is onderzoek gewenst naar de wijze van opvang van patiënten die voor de eerste keer psychotisch worden.**

# Inhoud

Pagina

---

<b>Wetsvoorstel wil ruimte voor gebruik van foetaal weefsel</b>	<b>3</b>
<b>Euronoise</b>	<b>4</b>
<b>Vijftiende ISTAHC-congres</b>	<b>5</b>
<b>Elektromagnetische velden</b>	<b>8</b>
<b>Hormoonontregelaars in ecosystemen</b>	<b>9</b>
<b>Geen bevolkingsonderzoek schizofrenie</b>	<b>11</b>
<b>Gezondheidsraad eens met vervroeging RVP</b>	<b>11</b>
<b>Vier WBO-adviezen</b>	<b>12</b>
<b>Toxische stoffen op de werkplek</b>	<b>14</b>
<b>Langdurige psychotherapie</b>	<b>16</b>
<b>Jaarverslag 1998 en ledenlijst Gezondheidsraad</b>	<b>16</b>
<b>Verschenen</b>	<b>18</b>

---

## Colofon

GRAADMETER  
Jaargang 15, nr 4  
juli/augustus 1999  
ISSN 0169-5211

GRAADMETER  
is een uitgave  
van de Gezondheidsraad

Redactie:  
JA Knottnerus  
(hoofdredacteur)  
AB Leussink  
(eindredacteur)  
ASAM van der Burght  
WJ Dondorp  
HFG van Dijk  
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

## Wetsvoorstel wil ruimte voor gebruik van foetaal weefsel

(WJD)

De Wet op de Orgaandonatie, die in 1996 van kracht werd, verbiedt het gebruik van foetaal weefsel voor transplantatiedoeleinden. Mede op grond van een advies van de Gezondheidsraad wil de regering dit verbod nu vervangen door een aparte wet waarin onder strikte voorwaarden van zorgvuldigheid ruimte wordt gemaakt

voor gebruik van foetaal weefsel ten behoeve van zowel geneeskundige doeleinden als voor medisch en biologisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs (Wet foetaal weefsel). Het wetsvoorstel is inmiddels bij de Tweede Kamer ingediend.

In een laat stadium is in de Wet op de orgaandonatie (WOD) een bepaling opgenomen die het gebruik van “bestanddelen van een menselijke vrucht” voor transplantatiedoeleinden verbiedt, overigens zonder dat daaraan een inhoudelijke discussie over de normatieve aspecten van het gebruik van foetaal weefsel voor therapeutische doeleinden was voorafgegaan. Het verbod was zowel voor de Gezondheidsraad als voor enkele organisaties van wetenschappers en behandelaars aanleiding tot een aan de Minister van VWS gerichte schriftelijke reactie. In beide (afzonderlijke) reacties werd de vraag gesteld of in de besluitvorming die tot het verbod had geleid, ook de belangen waren meegewogen van groepen patiënten die baat zouden kunnen hebben bij het zorgvuldig gebruik van foetale transplantaten.

### In de weg

Voor de minister waren deze signalen aanleiding de Gezondheidsraad te vragen concreet aan te geven in hoeverre de verbodsbepaling in de WOD “daadwerkelijk de ontwikkeling van een veelbelovende toepassing in de weg staat”. In het advies Transplantatie van foetaal weefsel (besproken in Graadmeter jan/feb 1998, p. 3-4) kwam de Raad tot de conclusie dat van een dergelijk ‘in de weg staan’ inderdaad sprake is. Er is één toepassing (transplantatie van foetaal thymusweefsel bij bepaalde patiënten met het syndroom van DiGeorge) die, hoe zeldzaam ook, nu al als aanvaarde behandeling wordt beschouwd. Andere in het advies genoemde ontwikkelingen verkeren in een minder gevorderd stadium, maar sommige daarvan hebben in het buitenland de fase van patiëntgebonden onderzoek al bereikt. Te noemen zijn hier: transplantatie van foetaal hersenweefsel bij Parkinson-patiënten en *in utero* transplantatie van foetaal leverweefsel bij bepaalde prenataal vastgestelde erfelijke afwijkingen van de bloedvorming. In Nederlandse onderzoekscentra, vaak ook betrokken bij samenwerking in Europees verband, zou zulk onderzoek niet mogen worden gedaan. Het verbod in de WOD laat alleen ruimte voor niet-patiëntgebonden onderzoek.

### Voorstel

Mede op grond van het zojuist genoemde advies van de Gezondheidsraad is nu een geheel nieuw wetsvoorstel (Wet foetaal weefsel) naar de Tweede Kamer gezonden, waarin onder strikte voorwaarden toch ruimte wordt gemaakt voor gebruik van foetaal weefsel voor geneeskundige doeleinden alsmede voor medisch en biologisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Bij aanvaarding van het wetsvoorstel zal de genoemde verbodsbepaling in de WOD komen te vervallen. Gebruik van foetaal weefsel voor doeleinden buiten de gezondheidszorg blijft verboden. Daarnaast zal, als het wetsvoorstel wordt aangenomen, het gebruik van foetale geslachtscellen (eicellen) voor voortplantingsdoeleinden verboden worden, een toepassing die nu juist buiten de reikwijdte van het huidige WOD-verbod valt.

### Zorgvuldigheidseisen

De in het wetsvoorstel genoemde voorwaarden sluiten naar hun strekking aan bij de op hoofdlijnen overeenstemmende aanbevelingen die diverse binnen- en buitenlandse commissies en adviescolleges in de afgelopen tien tot twintig jaar hebben gedaan. In een advies uit 1984 ('Commissie Kuitert') heeft ook de Gezondheidsraad zich uitgesproken over de condities waaronder medisch-wetenschappelijk of therapeutisch gebruik van foetaal weefsel aanvaardbaar zou kunnen zijn. Een centrale notie in de hierover gegroeide internationale consensus is dat concrete waarborgen moeten verhinderen dat het mogelijke gebruik van foetaal weefsel van invloed zou kunnen zijn op de beslissing van de vrouw om wel of niet een abortus te ondergaan. Met het oog daarop is in het wetsvoorstel onder meer bepaald dat de arts de vrouw pas mag inlichten en om haar schriftelijke toestemming vragen als vaststaat dat het foetaal weefsel ter beschikking zal komen. Abortusklinieken en andere instellingen waar foetaal weefsel beschikbaar komt, moeten een protocol hebben waarin staat hoe in de praktijk aan die eis voldaan wordt.

### Relatie met embryo-wet

Volgens de Memorie van Toelichting zou de nu voorgestelde regeling idealiter deel uitmaken van de beoogde Wet inzake handelingen met menselijke geslachtscellen en embryo's. De voorbereiding van een omvattend wetsvoorstel over die complexe materie is echter een tijdrovende aangelegenheid. Gelet op de uit het advies van de Gezondheidsraad blijkende actuele behoefte aan wettelijke regels voor gebruik van foetaal weefsel, is daarom voor de ingeslagen weg gekozen. De nu als een afzonderlijk wetsvoorstel aan de Kamer voorgelegde regeling kan dan te zijner tijd alsnog een plaats krijgen in de aangekondigde embryo-wet.

### Bronnen

- Boer GJ. Ethical guidelines for the use of human embryonic or fetal tissue for experimental and clinical neurotransplantation and research. *J Neurol* 1994; 242: 1-13.
- Gezondheidsraad. Advies inzake beschikbaarstelling en gebruik van foetussen, foetaal weefsel of andere stoffelijke resten na abortus, voor wetenschappelijke doeleinden. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad 1984; publicatie nr 1984/19.
- Gezondheidsraad. Transplantatie van foetaal weefsel. Gronden voor heroverweging van een verbodsbepaling. Rijswijk: Gezondheidsraad 1997; publicatie nr 1997/31.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Regels betreffende terbeschikkingstelling en gebruik van foetaal Weefsel (Wet foetaal weefsel). Voorstel van wet. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 639, nrs 1-2. Den Haag: SDU 1999.
- Idem. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 639, nr 3. Den Haag: SDU 1999.

---

## *Geluidmaten-advies Gezondheidsraad werkt door in EU-beleid*

# Euronoise

---

(WF Passchier)

**Geluidhinder vormt een milieuprobleem van formaat. Vooral het toenemend weg- en luchtverkeer is daar debet aan. Om geluid binnen de perken te houden, is een geaccepteerd stelsel**

**grootheden nodig dat geluidniveaus in maat en getal uitdrukt. De EU werkt aan een stelsel dat overeenkomt met aanbevelingen van de Gezondheidsraad in 1997.**

Geluid is goed met fysische grootheden te beschrijven. Die grootheden zijn echter minder geschikt voor een gezondheids- en milieubeleid waar terugdringing van geluidhinder het doel is. Allereerst is namelijk ons gehoor niet voor alle tonen even gevoelig. Daarnaast spelen andere karakteristieken van geluid een rol, zoals het tonale en het

impuls karakter. Tot slot zijn er ook niet akoestische factoren, zoals het tijdstip van de dag, die de mate van hinder bepalen.

Dit verklaart waarom overheden behoefte hebben aan 'geluidmaten' die zo goed mogelijk de mate van hinder in een bevolkingsgroep voorspellen. In het najaar van 1997 stelde een commissie van de Gezondheidsraad in het advies 'Assessing noise for public health purposes' voor om voor langdurige blootstelling aan verkeerslawaai en industrielawaai uit te gaan van het equivalente geluidniveau. In het equivalente geluidniveau is via de zogeheten A-weging met verschillen in luidheid van uiteenlopende tonen rekening gehouden. Verder gaf de commissie aanpassingsfactoren aan voor tonaal en impuls geluid. Geluid is 's avonds en vooral 's nachts hinderlijker dan overdag. Daarom heeft de Gezondheidsraad een aangepast 'dag-avond-nacht'-equivalent geluidniveau voorgesteld.

In het afgelopen jaar heeft een werkgroep van de Europese Unie zich gebogen over de keuze van een geluidmaat. In het op 6 april 1999 verschenen 'Position paper on EU noise indicators' wordt dezelfde lijn aangehouden als in het Gezondheidsraadrapport. Invoering van een dergelijke 'uniforme' maat brengt een samenhangend beleid voor de gehele EU binnen handbereik. Vooral bij grensoverschrijdende activiteiten zoals transport, is dat van groot belang. Net als de Gezondheidsraadcommissie stelt de EU-werkgroep voor om voor slaapverstoring een tweede, overeenkomstige maat in te voeren die betrekking heeft op nachtelijk geluid.

De Europese Commissie heeft aangegeven het werkgroepadvies te willen volgen. Volgens de Directeur Geluid van het Ministerie van VROM heeft daarmee het Gezondheidsraadadvies een gesteld doel — het beïnvloeden van het geluidbeleid op EU-niveau — bereikt.

---

## *Deskundigen bijeen in Schotland*

# Vijftiende ISTAHC-congres

---

(G ten Velden)

Van 20 - 23 juni 1999 vond in Edinburgh de 15e 'annual meeting' plaats van de International Society of Technology Assessment in Health

Care (ISTAHC). De bijeenkomst telde ruim 700 deelnemers, afkomstig uit vooral Europese landen, de Verenigde Staten en Canada.

In het vierdaagse congres kregen bijzondere thema's aandacht zoals: het betrekken van consumenten bij 'health technology assessment' (HTA); de rol van HTA in ontwikkelingslanden; de lastige relatie tussen HTA en de industrie; en de vraag: wat heeft HTA tot nog toe opgeleverd?

### NHS

Aan de hand van de HTA-ervaringen en de 'research & development' (R & D)-programming van de Britse National Health Service (NHS) gingen vier sprekers in op de vraag: 'wat is de afgelopen tien jaar in het Verenigd Koninkrijk op dit gebied bereikt?' Sir Miles Irving gaf nadere uitleg over het ambitieuze, maar nog niet in alle opzichten succesvolle programma van de NHS (Irving is daarvan directeur); Albert Aynsley-Green besprak de hervorming van de R & D-fondsen; Barbara Stocking gaf een kritische beschouwing over de bereikte verbeteringen in de gezondheidszorg; Henk Rigter (hoogleraar sociale aspecten van medische technologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam) presenteerde een visie - in internationaal perspectief - op het Britse systeem van

HTA-inspanningen en beleidsbesluitvorming. Hij zag nog niet in alle opzichten de opbrengsten van het kostbare Britse programma. Vergeleken met de Nederlandse situatie, die tot nog toe gekenmerkt werd door het ontbreken van landelijke coördinatie en door versnippering van HTA-activiteiten, pakken de Britten het wel beter aan, was zijn conclusie. Misschien is Nederland uiteindelijk gebaat met een soort *medical research council*, waarin de taken van de huidige intermediaire organisaties voor gezondheidsonderzoek worden gebundeld.

#### Industrie

Over het boeiende thema van de relatie tussen HTA en de industrie voerden ook vier sprekers het woord. Francois Schubert (Glaxo Wellcome, Verenigd Koninkrijk) beet de spits af en wees vooral op de potentiële voordelen van samenwerking tussen de farmaceutische industrie en de HTA-onderzoekswereld. Beide kampen zouden door samenwerking meer onderling vertrouwen kunnen ontwikkelen en gemeenschappelijk, dus efficiënter, gebruik kunnen maken van wetenschappelijke gegevens. Dat kan ook voor de overheid besparingen opleveren, zodat meer geld vrijkomt voor onderzoek op niet-farmaceutische gebieden, bijvoorbeeld het brede terrein van chirurgische behandelmethoden. Succesvolle samenwerking valt of staat met de daadwerkelijke bereidheid tot openheid. Een producent kan nog wel eens terughoudend zijn, vooral wanneer deze vertraging vreest van het op de markt komen van zijn product. Volgens Schubert is bedoelde samenwerking onvermijdelijk. Dit geldt vooral voor de vroege beoordeling van *emerging technologies* op bijvoorbeeld het gebied van de farmacogenetica.

Eileen Helzner (Johnson & Johnson, USA) schetste de toenemende druk die in westerse landen uitgaat van kostenbeheersing in de gezondheidszorg, het groeiende arsenaal *decision makers*, de nadruk op *evidence based medicine* en de sterkere roep om praktisch toepasbare richtlijnen. In de Verenigde Staten laat ook de consument steeds meer van zich horen. Zorgconsumenten willen meer informatie en meer zeggenschap bij beslissingen over handelingsopties bij ziekte en gezondheid. Voor de industrie betekent dit een extra uitdaging vooral op het gebied van de medische hulpmiddelen. In vergelijking met de geneesmiddelenindustrie gaat het hier om producten met een doorgaans korte ontwikkelingsperiode en - per product - kleinere patiëntenaantallen. Volgens Helzner doet zich de laatste jaren op het terrein van de medische hulpmiddelen een ware technologie-explosie voor:

- verbetering van diagnostisch vermogen, *imaging technology*
- minder invasieve methoden, miniaturisering
- toepassing van nieuwe materialen, met name *bio-engineering*
- het toenemend combineren van geneesmiddelen met hulpmiddelen
- de gebruikmaking van robottechnologie (robotica).

Dit alles stelt niet alleen de industrie voor een aantal nieuwe taken, ook overheden zullen zich actiever moeten opstellen ter verbetering van onderzoeksprioritering en de planning van nieuwe, potentieel waardevolle zorgvoorzieningen. Voor consumenten is daarbij betere voorlichting nodig over de waarde van nieuwe verworvenheden.

Guy Pratte, Canadees advocaat, wierp als derde spreker een wat ander licht op de contacten tussen industrie en HTA-instituten. Ruim een jaar geleden diende een farmaceutisch bedrijf een enorme schadeclaim in tegen de Canadian Coordinating Office of Health Technology Assessment (CCOHTA). Het bedrijf kon zich niet verenigen met de conclusies in een conceptrapport aan de Canadese overheid over de indicatiebreedte van bepaalde statines (cholesterol-verlagende geneesmiddelen). De firma eiste dat het definitieve rapport niet werd uitgebracht. Toen dit toch gebeurde, was Leiden in

last. Door inschakeling van een advocatenkantoor slaagde de CCOHTA er in tweede instantie in om een (eerste) zeer ongunstige rechterlijke beslissing grotendeels ongedaan te maken. Pratt concludeerde dat alleen onafhankelijk uitgevoerde HTA geloofwaardig kan zijn en dat de wijze waarop HTA geschiedt, niet is te legaliseren of door een rechtbank kan worden opgelegd.

Iain Chalmers (directeur UK Cochrane Centre, Oxford) sprak tot slot weer enige bemoedigende woorden. Het was hem gelukt om een goede relatie op te bouwen met de farmaceutische industrie en hij toonde als bewijs daarvan een recente brief van de Britse Associatie van farmaceutische bedrijven (een soort Britse Nefarma) over gemaakte afspraken voor gegevensuitwisseling over lopend geneesmiddel-onderzoek. Samenwerking met de Cochrane-groep in Oxford staat nu voor de deur, maar zal niet zo ver gaan dat bedrijven vertegenwoordigers gaan afvaardigen in de *review groups* van de Cochrane Collaboration.

#### Invloed HTA

Drie sprekers trachtten - ieder vanuit een eigen invalshoek - de vraag te beantwoorden of HTA het gezondheidszorgbeleid en de gezondheid van mensen kan veranderen. Zij slaagden daar niet geheel in en beperkten zich voornamelijk tot een beschrijving van de ervaringen en problemen bij de desbetreffende nationale HTA-programma's.

Sir Michael Rawlins (Pharmacological Sciences, University of Newcastle) belichtte de achtergrond van het onlangs gestarte National Institute for Clinical Evidence (NICE). NICE zal in het kader van het Britse HTA-programma regelmatig landelijke ziekenhuisrichtlijnen uitbrengen om *high quality standard*-zorg in ziekenhuizen te realiseren. De redenen voor de instelling van NICE zijn gelegen in de enorme explosie van kennis en technologie in de laatste decennia en de alsmaar stijgende kosten in de gezondheidszorg. NICE krijgt tot taak de effectiviteit en de kosten-effectiviteitsverhouding van voorzieningen in de ziekenhuiszorg te beoordelen, en zal zijn licht te laten schijnen over *clinical audit methods*. Bij de richtlijnontwikkeling zal men zowel bestaande als nieuwe zorgtechnologieën onder de loep nemen. De verschillende richtlijnen zullen in drie categorieën worden uitgebracht. Categorie A betekent: geschikt voor routinegebruik; categorie B: niet geschikt voor toepassing; categorie C: alleen toelaten in een gerandomiseerd onderzoek (RCT) of een andere voor het doel passende onderzoeksopzet. Bij de totstandkoming van de richtlijnen zal NICE naast de medische beroepsorganisaties ook patiëntenorganisaties en de industrie betrekken.

S Yunkap Kwankan (Centre for Health Technology, University of Yaounde, Kameroen) schetste de inspanningen van zijn instituut dat onder meer samenwerkt met de WHO. De mogelijkheden op HTA-gebied in Kameroen zijn nog steeds beperkt en verschillen aanzienlijk van die in westerse landen. Ook is er geen consumentenlobby. Daarnaast heeft de industrie een grote invloed op de introductie van nieuwe zorgvoorzieningen. Door het gebrekkige gezondheidszorgsysteem komt van iedere 100 dollar die nationaal aan geneesmiddelen wordt uitgegeven slechts 15 dollar bij de patiënt terecht. Twintig procent van de middelen in de gezondheidszorg is afkomstig van buitenlandse steun. De HTA-activiteiten in Kameroen hebben nog een lange weg te gaan. Voorlopig passen een bescheiden doelstelling en veel geduld.

John Eisenberg (voorzitter Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR, USA) concludeerde dat zijn land internationaal gezien eigenlijk een buitenbeentje is op HTA-gebied. Nog steeds worstelt het land met de zin, noodzaak en belemmeringen op HTA-gebied. Dit is grotendeels het gevolg van het gezondheidszorgsysteem, waarin de overheid een beperkte rol speelt en marktwerking de overhand heeft. De AHCPR richt

zich dan ook op een breed scala van klanten: federale overheid, lokale overheden, regionale beleidsmakers, ziekenhuismanagement, beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en HTA-instituten. Internationale samenwerking op HTA-terrein is volgens Eisenberg een absolute noodzaak.

#### Twist

De laatste dag van het congres bracht onder meer twee thematische debatten, respectievelijk getiteld: *'Qualitative research deserves its second class status'* en *'Clinicians not politicians are the main obstacle to evidence-based policy'*. Voor- en tegenstanders van de desbetreffende stelling moesten elkaar zien te overtuigen, al dan niet met de hulp van het publiek in de zaal. Het eerste twistgesprek betekende verplichte kost voor diverse soorten HTA-adepten, dat wil zeggen zowel voor de 'rekkelijken' als de 'preciezen in de leer'.

Het tweede debat stelde niet alleen de sprekers maar ook de toehoorders flink op de proef. Aan Engelse zijde spraken Alan Maynard en Trevor Sheldon (beiden van de York Health Policy Group, University of York) zich uit vòòr de stelling. De Zweden Kjell Asplund (University Hospital, Umea) en Mona Britton (SBU, Stockholm) zagen juist in de beleidsmakers de grootste barrière voor *evidence-based* zorgbeleid.

---

## Gezondheidsraad organiseerde internationaal seminar

# Elektromagnetische velden

---

(E van Rongen)

Onlangs vond in Maastricht onder auspiciën van de Gezondheidsraad een internationale studiebijeenkomst plaats over de invloed van

blootstelling aan elektromagnetische velden op de gezondheid. De ongeveer 100 deelnemers waren afkomstig uit Europa, de VS en Azië.

Eén van de onderwerpen in het werkprogramma van de Gezondheidsraad is al enige jaren de mogelijke invloed van blootstelling aan elektromagnetische velden op de gezondheid. Over dit onderwerp zijn twee adviezen uitgebracht (GR 1992/07, GR 1997/01). Momenteel is een commissie van de Raad bezig met het actualiseren van het advies uit 1992 over extreem-laag frequente velden (o.a. die van elektrische apparaten en hoogspanningslijnen). De Raad neemt ook deel aan een groot internationaal project over hetzelfde onderwerp, dat sedert 1995 bij de Wereldgezondheidsorganisatie loopt, het EMF-project. Nadere informatie over dit project is te verkrijgen via internet (<http://www.who.int/emf>). Hierop zijn ook diverse informatiebladen te raadplegen die over verschillende met het project samenhangende onderwerpen nadere uitleg geven.

In het kader van dit project zijn de afgelopen jaren enkele internationale seminars georganiseerd over verschillende onderwerpen. Het doel was de wetenschappelijke informatie te inventariseren, te onderzoeken waar zich belangrijke kennislacunes bevinden en aanbevelingen te doen voor nader onderzoek. Uiteindelijk gaat het erom dat men dankzij het EMF-project een zo volledig mogelijk overzicht van alle mogelijke gezondheidseffecten kan geven en goed gefundeerde aanbevelingen kan doen voor blootstellingslimieten.

#### Samenwerking

Een frequentiegebied waarover relatief weinig gegevens beschikbaar zijn, is dat van de zogenoemde intermediaire frequenties, van circa 300 Hz tot 10 MHz. In het dagelijks leven zijn er steeds meer toepassingen die gebruik maken van deze frequenties, zoals



inductiekoken, toegangscontrolesystemen in gebouwen en diefstalcontrolesystemen in winkels. De Gezondheidsraad heeft hierover een internationaal seminar georganiseerd in samenwerking met de WHO en met ICNIRP, de International Commission on Nonionizing Radiation Protection. Onderwerp: *Health Effects of Exposure to Electromagnetic Fields in the Frequency Range 300 Hz to 10 MHz*. De bijeenkomst, die mede gefinancierd werd door de Ministeries van VROM, VWS en V&W, vond plaats op 7 en 8 juni in de ruimten van de Universiteit Maastricht.

#### Lacunes

Uit de presentaties bleek dat vooral in de beroepssfeer blootstelling mogelijk is aan vrij hoge veldsterktes. Dat geldt dan in het bijzonder voor industriële toepassingen zoals inductieve verwarmingsapparatuur, maar ook wel voor bepaalde diefstalbeveiligingsystemen die bij kassa's in winkels zijn geïnstalleerd. In enkele epidemiologische onderzoeken zijn zwakke aanwijzingen voor mogelijke directe effecten gevonden, maar deze konden in blootstellingsonderzoek met vrijwilligers niet worden bevestigd. Wel is duidelijk dat indirecte effecten kunnen optreden door middel van verstoring van de werking van vitale apparatuur zoals *pacemakers*.

De conclusie aan het einde van de twee dagen in Maastricht was dat er eigenlijk maar weinig onderzoeksgegevens zijn, zodat grote leemten in de kennis over (mogelijke) effecten bestaan. Ook zijn er nog vele vragen over de biologische mechanismen die tot gezondheidseffecten zouden kunnen leiden. Er moet nader onderzoek verricht worden, om op den duur te kunnen komen tot realistische en onderbouwde risicoschattingen.

---

## Gezondheidsraad bezorgd over ecologische risico's

# Hormoonontregelaars in ecosystemen

---

(ABL)

De aanwezigheid van bepaalde stoffen in het milieu in ons land bedreigt door ontregeling van de geslachtshormoonhuishouding het voortbestaan van sommige diersoorten in ecosystemen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 22 juli 1999 verschenen advies aan de Minister van VROM. De stoffen in kwestie, hormoonontregelaars genoemd, bevinden zich, voorzover bekend, voornamelijk in oppervlaktewateren en kustwateren. Door specifiek Nederlandse omstandigheden is dit milieuprobleem hier waarschijnlijk ernstiger dan in de meeste andere Europese landen. De Raad inventariseert de huidige kennis, classificeert de als

hormoonontregelaars verdachte stoffen en geeft hoofdlijnen aan voor meer onderzoek naar de ecologische risico's.

De laatste jaren zijn bij dieren verstoringen in de voortplanting gezien die verband zouden kunnen houden met de invloed van stoffen in het milieu op hun hormoonhuishouding. Ook de menselijke voortplanting zou in het geding kunnen zijn, maar volgens de Gezondheidsraad vindt voor de Nederlandse bevolking deze vrees geen grond in de beschikbare wetenschappelijke gegevens. (Eerder adviseerde de Raad hierover in 1997: zie Graadmeter, maart/april 1997, p 16-17.)

De publicatie 'Hormoonontregelaars in ecosystemen' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschenen'

#### Specifiek Nederlands

De huidige ecologische kennis geldt voornamelijk diersoorten in water-ecosystemen of vogels en landzoogdieren die voor hun voedsel op dergelijke systemen zijn aangewezen. Hoewel die kennis tamelijk schaars is, staat het vast dat in Nederland diverse diersoorten (slakken, vissen, vogels, zoogdieren) te lijden hebben van de aanwezigheid van hormoonontregelende stoffen in oppervlakte- en kustwateren. Het gaat niet alleen om stoffen zoals PCB's, dioxinen of organochloorverbindingen, maar ook om zowel natuurlijke als synthetische hormonale stoffen die mens en dier via uitscheiding in het milieu brengen. Dit houdt in dat, wegens de hoge bevolkingsdichtheid, de intensieve landbouw en de grootschalige dierhouderij, het probleem zich in Nederland meer doet

gevoelen dan elders in Europa. Daar komt bij dat ons land grotendeels het sedimentatiegebied is van Rijn, Maas en Schelde. Dit feit staat borg voor veel aanvoer van stoffen uit het buitenland.

De Gezondheidsraad beoordeelt in het advies ongeveer tachtig industrieel geproduceerde stoffen die op dit moment in de wetenschappelijke literatuur als verdacht te boek staan. Voor ons land komen 34 van deze stoffen als (potentiële) hormoonontregelaars uit de bus. Door succesvol terugdringingsbeleid is voor sommige hormoonontregelaars de verspreiding in het milieu de laatste jaren al verminderd. Toch zijn, door de persistentie van dergelijke stoffen, de concentraties in de sedimentatiegebieden van de grote rivieren nog hoog genoeg om gevaar op te kunnen leveren voor visetende vogels of zoogdieren.

#### IJsberg

Volgens het advies moet men er rekening mee houden dat de zojuist geschetste informatie het topje van een ijsberg betekent. Enerzijds breidt de lijst van verdachte stoffen zich gestaag uit door voortgezet wetenschappelijk onderzoek, anderzijds zijn tot dusver nog maar weinig diersoorten in ogenschouw genomen. Zo is over hormoonontregeling bij ongewervelde dieren nog vrijwel niets bekend, hoewel ze ruim 95 procent uitmaken van de soortenrijkdom in de meeste ecosystemen.

De Gezondheidsraad pleit voor uitbreiding en intensivering van onderzoeksprogramma's en het al in gang gezette terugdringingsbeleid. Programma's voor monitoring moeten niet alleen gericht worden op de als hormoonontregelaars bekende stoffen, maar ook op de aanwezigheid van hormonale bestanddelen van dierlijke, plantaardige en menselijke herkomst in kleine sloten en in mest. Er zijn nog diverse tot dusver onvoldoend benutte instrumenten voor de versterking van het onderzoek.

#### Samenstelling commissie

- dr AD Vethaak, ecotoxicoloog; Rijksinstituut voor Kust en Zee, Middelburg, *voorzitter*
  - dr M van den Berg, hoogleraar veterinaire milieukunde; Universiteit Utrecht
  - dr JP Boon, biochemicus; Nederlands Instituut voor Onderzoek der Zee, Den Burg
  - dr A Brouwer, toxicoloog; Landbouwuniversiteit Wageningen
  - dr HJTh Goos, hoogleraar endocrinologie; Universiteit Utrecht
  - dr P Hagel, chemicus; Rijksinstituut voor Visserij Onderzoek, IJmuiden
  - dr ir PJH Reijnders, populatie-ecoloog, ecotoxicoloog; Instituut voor Bos en Natuur onderzoek, Den Burg
  - Ir MA Vaal; RIVM, Bilthoven, *adviseur* (tot 1 januari 1997)
  - dr P de Voogt, milieuchemicus; Universiteit van Amsterdam
  - dr SE Wendelaar Bonga, hoogleraar endocrinologie; Katholieke Universiteit Nijmegen
  - dr PW Wester; RIVM, Bilthoven, *adviseur* (vanaf 1 januari 1997)
  - dr J van Zorge; Ministerie voor Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Den Haag, *adviseur*
  - drs JW Dogger; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
- Geraadpleegde deskundigen:
- dr AJ Murk, toxicoloog; Landbouwuniversiteit Wageningen
  - dr WHO Ernst, hoogleraar oecologie en oecotoxicologie; Vrije Universiteit Amsterdam

## Bevolkingsonderzoek niet raadzaam

(ABL)

**Bevolkingsonderzoek om toekomstige schizofreniepatiënten op te sporen is volgens een op 24 juni 1999 verschenen advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS af**

**te raden. Wel is onderzoek gewenst naar de wijze van opvang van patiënten die voor de eerste keer psychotisch worden.**

Schizofrenie is een ernstige psychische aandoening die tot uiting komt in wanen en hallucinaties. Patiënten ondergaan zogenoemde psychotische aanvallen, meestal voor het eerst op jongvolwassen leeftijd. Een op de tweehonderd Nederlanders lijdt aan schizofrenie en het beloop is vaak langdurig, zodat de totale ziektelast aanzienlijk is.

Er zijn aanwijzingen dat behandeling in een vroeg stadium gunstig kan zijn voor het ziektebeloop. Hierdoor is het idee ontstaan om door bevolkingsonderzoek te proberen de de betrokken personen vroeg op te sporen, zo mogelijk voordat de eerste psychose optreedt. Volgens het nu verschenen advies is het echter niet mogelijk om met redelijke zekerheid te voorspellen of iemand schizofrenie krijgt, terwijl een dergelijke voorspelling voor de persoon in kwestie een zware last inhoudt. Ook zijn de therapeutische mogelijkheden - waarvoor de Raad verwijst naar de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie - nog beperkt. Bevolkingsonderzoek is om deze redenen dan ook af te raden.

Er is weinig bekend over de wijze van opvang van patiënten die voor het eerst psychotisch worden. Zo is onduidelijk hoe lang het gemiddeld duurt voordat de therapie begint. De Raad vindt het gewenst dat hiernaar onderzoek wordt gedaan en dat eventueel verbeteringen in de opvang worden aangebracht.

Het advies is voorbereid door dr PA Bolhuis, secretaris bij de Gezondheidsraad. Het is totstandgekomen na raadpleging van de volgende deskundigen:

- drs C Bernardt; Krisisdienst Centrum/Oud-West/ Noord, Amsterdam
- dr RJ van den Bosch, hoogleraar psychiatrie; Universiteit Groningen
- dr BPR Gersons, hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- mw R van der Heijden, contactpersoon en oprichter van Ypsilon, vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose
- dr RS Kahn, hoogleraar psychiatrie; Universiteit Utrecht
- dr DH Linszen, chef de clinique psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr HGM Rooijmans, hoogleraar psychiatrie; Leids Universitair Medisch Centrum.

### Eerdere bescherming tegen kinkhoest en meningitis

## Gezondheidsraad eens met vervroeging RVP

(ABL)

Op 1 juli 1999 heeft de Gezondheidsraad zich in een advies aan de Minister van VWS positief uitgesproken over vervroeging van de leeftijd waarop aan zuigelingen de eerste vaccinatie in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) wordt toegediend. Volgens dat advies is het, gelet op de huidige stand van wetenschap, wenselijk die leeftijd te bepalen op twee in plaats van drie maanden en - aansluitend - de beide volgende vaccinaties te vervroegen met een maand. De ten gunste van vervroeging aangevoerde argumenten zijn kort samengevat: eerdere bescherming vooral tegen kinkhoest

De publicatie 'Opsporing en behandeling van adolescenten met schizofrenie' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschonen'.

De publicatie 'Wijziging Rijksvaccinatieprogramma' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschonen'.

en meningitis, betere overeenstemming met ons omringende landen en de afwezigheid van duidelijke bezwaren.

Het advies, uitgebracht door de Voorzitter van de Gezondheidsraad, is geformuleerd na raadpleging van de Werkgroep Rijksvaccinatieprogramma van de Beraadsgroep Infectie en Immuniteit. De samenstelling van die werkgroep is:

- dr J Huisman, emeritus hoogleraar epidemiologie en bestrijding van infectieziekten; Rotterdam, *voorzitter*
- R.J.F. Burgmeijer, arts jeugdgezondheidszorg; TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Jeugd, Leiden
- dr R de Groot, hoogleraar kindergeneeskunde; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr HC Rümke, kinderarts; RIVM, Bilthoven
- dr HP Verbrugge, arts; Santpoort
- dr SP Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; Universiteit Leiden; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
- JK van Wijngaarden, arts, inspecteur infectieziekten; Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag
- dr BAM van den Zeijst, hoogleraar veterinaire immunologie; Universiteit Utrecht; directeur Sector Vaccins; RIVM, Bilthoven
- drs J Sekhuis, arts; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

## Beoordeling vergunningaanvragen bevolkingsonderzoek

### Vier WBO-adviezen

(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.**

#### ERGO

De commissie bracht op 29 juni 1999 een advies uit, getiteld 'Wet bevolkingsonderzoek: ERGO'. Hierin beoordeelt zij een vergunningaanvraag van het Instituut Epidemiologie & Biostatistiek van de Erasmus Universiteit Rotterdam voor het ERGO-onderzoek (Erasmus Universiteit, Gezondheid en Ouderen). Het gaat om een epidemiologisch bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor en het vóórkomen van ouderdomsziekten. De commissie stelt de minister voor de gevraagde vergunning te verlenen, en daaraan het voorschrift te verbinden dat de voorlichting aan de deelnemers op enkele punten wordt verbeterd.

#### Reikwijdte (5)

Eveneens op 29 juni 1999 verscheen het advies 'Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (5)'. De commissie bracht dit advies niet uit op verzoek van de minister vanwege een vergunningaanvraag, maar naar aanleiding van een vraag waarop zij stuitte bij beoordeling van de eerder vermelde aanvraag. Al eerder heeft de commissie geadviseerd over de reikwijdte van de WBO. Dit advies is het vijfde in die reeks. Het gaat hier om de vraag of, en zo ja: wanneer, epidemiologisch bevolkingsonderzoek binnen de werkingssfeer van de wet valt.

De commissie concludeert dat epidemiologisch bevolkingsonderzoek niet bij voorbaat - vanwege de wetenschappelijke doelstelling - buiten de werkingssfeer van de WBO valt. Of de WBO wel of niet van toepassing is, hangt af van de opzet, de vormgeving, de presentatie en de wijze van uitvoering van het project. Deze elementen bepalen of een epidemiologisch bevolkingsonderzoek binnen de wettelijke definitie van bevolkingsonderzoek valt. Als het project zo is opgezet dat de deelnemers op de hoogte worden gebracht van individuele onderzoeksuitkomsten die hen persoonlijk aangaan, dan valt het onder de WBO-definitie. Is er tevens vergunningplicht, dan moet een be-

Inlichtingen over de werkzaamheden van de Commissie WBO verstrekt WA van Veen, arts; tel. (070) 340 66 40.

oordeling plaatshebben naar de maatstaven van de WBO, onder uitsluiting van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

Of de wetenschap, de volksgezondheid en de deelnemers met deze werking van de WBO optimaal zijn gediend en of de praktijk ermee uit de voeten kan, is een punt dat bij de evaluatie van de WBO - in de eerste helft van het komende jaar - aan de orde hoort te komen. De commissie vindt de WBO niet het meest geschikte kader om epidemiologisch bevolkingsonderzoek adequaat te toetsen. Zij ziet voor de toekomst twee mogelijkheden. Ofwel onderzoekers richten epidemiologisch bevolkingsonderzoek zo in dat onderzoeksuitkomsten die de gezondheid van de deelnemers persoonlijk aangaan, niet aan hen worden meegedeeld. Ofwel de wetgever heroverweegt het wettelijke systeem waarin de WBO voor alle mengvormen van wetenschappelijk onderzoek en bevolkingsonderzoek prevaleert boven de WMO.

#### **Risicoperceptie**

De commissie bracht op 27 juli 1999 een advies uit, getiteld 'Wet bevolkingsonderzoek: prenatale screening en risicoperceptie'. Hierin beoordeelt zij een vergunningaanvraag van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek van de Vrije Universiteit te Amsterdam. De aanvraag betreft wetenschappelijk onderzoek naar de risicoperceptie, de besluitvorming en het psychisch welbevinden van zwangere vrouwen bij prenatale screening op Down-syndroom en open neurale-buisdefecten. De commissie stelt de minister voor de gevraagde vergunning te verlenen, en daaraan het voorschrift te verbinden dat een vooronderzoek uitwijst dat het mogelijk is zwangeren adequaat voor te lichten over prenatale screening. Voordat de commissie tot dit advies kon komen, moest zij zich over twee kwesties uitspreken: de aanvaardbaarheid van prerandomisatie en de aanwezigheid van "bijzondere omstandigheden". Na ampel beraad concludeerde zij dat de prerandomisatie-opzet van het beoogde project gerechtvaardigd is. Verder concludeerde de commissie dat het project voldoet aan de wettelijke eis van "bijzondere omstandigheden". Die eis houdt een bijna-verbod in van prenatale screening die kan leiden tot een uitkomst waarvoor abortus de enige handelingsoptie is, afgezien van het uitdragen van de zwangerschap.

#### **Cervixscreening**

Op 29 juli 1999 verscheen het advies 'Wet bevolkingsonderzoek: cervixscreening in een medisch centrum'. Hierin beoordeelt de commissie een vergunningaanvraag voor screening op baarmoederhalskanker in een huis-artspraktijk, los van het landelijke bevolkingsonderzoek naar deze ziekte. Zij stelt de minister voor de gevraagde vergunning niet te verlenen. De commissie vindt de aanvraag strijdig met de professionele standaard. Los daarvan vindt zij dat de aanvraag conflicteert met het beleid om screening op baarmoederhalskanker uitsluitend in samenwerkingsverband uit te voeren. Dit beleid van goed georganiseerd bevolkingsonderzoek is bewust gekozen om de verhouding tussen nut en risico's van screening voor de deelnemers te verbeteren.

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 Reproductietoxische stoffen bracht een advies uit en maakte een concept-rapport openbaar. Van de Commissie WGD verschenen twee openbare concept-rapporten.

## EU-richtlijn voor classificatie reproductietoxische stoffen

De Commissie Reproductietoxische stoffen beoordeelt de gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan stoffen voor de vruchtbaarheid en de ontwikkeling van het nageslacht. De bevindingen van de commissie, geformuleerd volgens een EU-richtlijn, dienen als uitgangspunt voor de classificatie als reproductietoxische stof, volgens artikel 34.2 van de Wet milieugevaarlijke stoffen en artikel 4.2 van het Arbeidsomstandighedenbesluit.

In richtlijnen van de Europese Unie wordt onderscheid gemaakt tussen vier situaties:

---

### *Classificatie voor effecten op de vruchtbaarheid en de ontwikkeling van het nageslacht:*

- Categorie 1    Stoffen waarvan bekend is dat zij bij de mens de vruchtbaarheid schaden.  
                  Stoffen waarvan bekend is dat zij bij de mens ontwikkelingsstoornissen veroorzaken.
- Categorie 2    Stoffen die dienen te worden beschouwd alsof zij bij de mens de vruchtbaarheid schaden.  
                  Stoffen die dienen te worden beschouwd alsof zij bij de mens ontwikkelingsstoornissen veroorzaken.
- Categorie 3    Stoffen die in verband met hun mogelijke voor de vruchtbaarheid van de mens schadelijke effecten reden geven tot bezorgdheid.  
                  Stoffen die in verband met hun mogelijke voor de ontwikkeling schadelijke effecten reden geven tot bezorgdheid voor de mens.
- Niet            Geen classificatie met betrekking tot effecten op de vruchtbaarheid en op de ontwikkeling classificeren van het nageslacht.
- 

Voor stoffen die in categorie 1 worden ingedeeld, is er voldoende bewijs voor een oorzakelijk verband tussen enerzijds blootstelling aan de stof en anderzijds verminderde vruchtbaarheid of ontwikkelingsstoornissen bij de mens. Indeling in categorie 1 geschiedt op basis van epidemiologische gegevens.

Ook voor stoffen die worden ingedeeld in categorie 2 is er voldoende reden voor een sterk vermoeden dat blootstelling van de mens aan de stof kan leiden tot vermindering van de vruchtbaarheid of tot ontwikkelingsstoornissen. Classificatie in deze categorie geschiedt op grond van duidelijk bewijs voor nadelige effecten bij hetzij één diersoort (mits aangevuld met ondersteunend bewijs), hetzij meer diersoorten.

Stoffen worden in categorie 3 ingedeeld als de effecten wel aanleiding geven tot bezorgdheid, maar de bewijsvoering voor een oorzakelijk verband tussen blootstelling aan de stof en de effecten minder duidelijk is dan voor stoffen in categorie 1 of 2. Indeling in deze categorie kan worden overwogen wanneer de proefopzet manco's vertoont die de conclusies minder overtuigend maken of wanneer niet is uit te sluiten dat de waargenomen effecten het gevolg zijn van niet-specifieke invloeden.

Ten slotte heeft de commissie de mogelijkheid om een stof niet te classificeren. In dit geval onderscheidt zij, in aanvulling op de Europese richtlijnen, twee situaties:

- Niet classificeren omdat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn.
- Niet classificeren omdat voldoende aannemelijk is dat de stof de vruchtbaarheid of de ontwikkeling van het nageslacht niet schaadt.

#### Reproductietoxiciteit van kopersulfaat (advies)

Op 23 juni 1999 heeft de Commissie Reproductietoxische stoffen een advies uitgebracht over kopersulfaat. Dit is een blauw kristallijn poeder dat onder meer gebruikt wordt als schimmeldodend middel.

De invloed van blootstelling aan kopersulfaat op de vruchtbaarheid is goed onderzocht. De commissie meent dat voldoende aannemelijk is dat de stof de vruchtbaarheid niet schaadt. Om deze reden raadt zij aan kopersulfaat op het punt van 'effect op de vruchtbaarheid' niet te classificeren.

Volgens het advies zijn effecten op de ontwikkeling van het nageslacht niet voldoende bewezen, maar is er wel reden voor bezorgdheid. Met betrekking tot het criterium 'effect op het nageslacht' betekent dit classificatie van kopersulfaat in categorie 3.

#### Reproductietoxiciteit van halothaan (openbaar concept-rapport)

Op 28 juni 1999 maakte de Commissie Reproductietoxische stoffen een concept-rapport openbaar over halothaan. Het concept-rapport, verschenen in het Engels, is te verkrijgen bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. De commentaartermijn loopt tot 1 september 1999.

#### Samenstelling Commissie Reproductietoxische stoffen

- dr BJ Blaauboer, toxicoloog; RITOX, Universiteit Utrecht, *voorzitter*
- dr JN van den Anker, hoogleraar kindergeneeskunde en neonatologie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- ir AM Bongers; Ministerie van SZW, Den Haag, *adviseur*
- dr HFP Joosten, toxicoloog; NV Organon, Oss
- dr D Lindhout, hoogleraar klinische genetica/teratologie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr JHJ Copius Peereboom-Stegeman, toxicoloog; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr AH Piersma, reproductie-toxicoloog; RIVM, Bilthoven
- dr A Stijkel, toxicoloog; Stichting Milieubewustzijn, 's-Graveland
- dr PJJM Weterings, toxicoloog; Weterings Consultancy, Rosmalen
- dr ASAM van der Burght; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

#### Advieswaarden 1,2,3-benzotriazol en cyaniden (openbare concept-rapporten)

De Commissie WGD maakte op 25 mei 1999 een concept-rapport openbaar over 1,2,3-benzotriazol en op 6 juli een concept-rapport over cyaniden. De concept-rapporten, geschreven in het Engels, zijn te verkrijgen bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. De commentaartermijnen lopen tot 20 augustus 1999 en 1 november 1999.

#### Nieuwe aanvragen

Op 18 juni 1999 ontving de Commissie WGD het verzoek om de kankerverwekkende eigenschappen van trichloormethine hydrochloride, cyclosporine en chlorozotocin te evalueren en te classificeren volgens een specifieke EU-richtlijn. Dezelfde commissie ontving op 22 juni 1999 het verzoek om gezondheidskundige advieswaarden voor lactaatesters voor te stellen.

Op 14 juni en op 2 juli 1999 ontving de Commissie Herevaluatie van oude MAC-waarden verzoeken om gezondheidskundige advieswaarden vast te stellen voor dicyaan (oxalonitril), keteen, methyl-acetyleen, pentachloornaftaleen, trichloornaftaleen, leisteel, m-ftalodinitril, hexafluoraceton, perchlorylfluoride en dizwaveldecafluoride (zwavelpentafluoride).

De Commissie Reproductietoxische stoffen is op 27 mei 1999 gevraagd de gevolgen van blootstelling aan lachgas voor de vruchtbaarheid en de ontwikkeling van het nageslacht te evalueren en te classificeren volgens de richtlijnen van de Europese Unie.

## Langdurige psychotherapie

(ABL) Voor advisering over geselecteerde onderwerpen van de zogeheten 126-lijst (een opsomming van medische of paramedische verrichtingen waarvan de werkzaamheid, de doelmatigheid of het indicatiegebied ter discussie staan) fungeert sinds 1997 de Kerncommissie MTA van de Gezondheidsraad. Sommige gedeelten van deze adviestaak vallen toe aan onderwerp-specifieke werkgroepen. In dit kader heeft prof. dr JA Knottnerus, Vice-voorzitter van de Gezondheidsraad en voorzitter van de Kerncommissie MTA, op 21 juli 1999 de werkgroep langdurige psychotherapie geïnstalleerd. De werkgroep heeft de volgende samenstelling:

- dr RW Trijsburg, hoogleraar medische psychologie; Erasmus Universiteit Rotterdam, *voorzitter*
- dr F Beenen, psychoanalyticus; Instituut Olympia, Amsterdam
- dr R van Dyck, hoogleraar psychiatrie; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr L Hakkaart-van Roijen, econoom; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr RC van der Mast, psychiater; Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam
- drs L de Nobel; Raad van Bestuur GGZ Noord-Holland-Noord, Heilo
- dr S Schagen, psycholoog; Universiteit van Amsterdam
- dr P Spinhoven, hoogleraar klinische psychologie; Universiteit Leiden
- dr RJ Takens, psycholoog; Vrije Universiteit Amsterdam
- dr PA Bolhuis; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

## Jaarverslag 1998 en ledenlijst Gezondheidsraad

(ABL) Op 15 juni 1999 verscheen het 'Jaarverslag Gezondheidsraad 1998'. In deel A vindt men samenvattingen van de 46 adviezen en rapporten die in het verslagjaar zijn uitgebracht. Deel B bevat de samenstelling van de Presidiumcommissie en van de acht beraadsgroepen. Gegevens over de op 31 december 1998 ongeveer 50 werkzame ad hoc-commissies zijn bijeengebracht in deel C. Na een register van publicaties en voordrachten (deel D) volgen in het slotdeel E de ledenlijst van de Gezondheidsraad en de personeelslijst van het secretariaat, per 31 december 1998. De zojuist genoemde ledenlijst is als volgt:

- \* prof. dr JJ Sixma, *voorzitter*
- \* prof. dr JA Knottnerus, *vice-voorzitter*
- \* prof. dr JGAJ Hautvast, *vice-voorzitter*

### Ereleden

- \* prof. dr L Ginjaar
- \* dr LBJ Stuyt

### Leden

- \* prof. dr WG van Aken
- \* dr JL Baas
- \* prof. dr GW Barendsen
- \* prof. dr ID de Beaufort
- \* dr LB Beentjes
- \* prof. dr ir JH van Bommel
- \* prof. dr J Bennebroek Gravenhorst
- \* prof. dr JM Bensing
- \* dr BJ Blaauboer

- \* prof. dr JE Blanpain
- \* drs BA Bokhout
- \* prof. dr JSM Boleij
- \* prof. dr LHDJ Booij
- \* prof. dr D Bootsma
- \* prof. dr P Borst
- \* prof. dr GAM van den Bos
- \* prof. dr DD Breimer
- \* prof. dr W van den Brink
- \* prof. dr JJ Broerse
- \* prof. dr B Brunekreef
- \* dr HR Büller
- \* prof. dr AF Casparie
- \* dr GCML Christiaens
- \* prof. dr LA Clarenburg
- \* prof. dr FJ Cleton
- \* prof. dr RA Coutinho
- \* prof. dr H van Crevel
- \* prof. dr WAJ van Daal

Het 'Jaarverslag Gezondheidsraad 1998' is verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschijnen'.



- \* prof. dr ir H van Dam
- \* drs JAG Davids
- \* prof. dr J Desmyter
- \* dr R Dobbelaer
- \* dr ir P Doelman
- \* prof. dr AJ Dunning
- \* prof. dr HM Dupuis
- \* prof. dr HJP Eijsackers
- \* prof. dr DW Erkelens
- \* prof. dr WHO Ernst
- \* prof. dr LA van Es
- \* prof. dr VJ Feron
- \* prof. dr H Galjaard
- \* prof. mr JKM Gevers
- \* prof. dr J van Gijn
- \* prof. dr ir JJM de Goeij
- \* prof. dr RJA Goris
- \* prof. dr HAJ Govers
- \* prof. dr FWJ Gribnau
- \* prof. dr TED van der Grinten
- \* drs C van de Guchte
- \* prof. dr LJ Gunning-Schepers
- \* prof. dr ir JDF Habbema
- \* prof. dr HAMJ ten Have
- \* prof. dr RJJ Hermus
- \* prof. dr PhJ Hoedemaeker
- \* prof. dr A Hofman
- \* prof. dr JAA Hoogkamp-Korstanje
- \* prof. dr J Huisman
- \* ir ChrJ Huyskens
- \* drs FrCA Jaspers
- \* prof. dr PA Kager
- \* dr WR Kastelein
- \* prof. dr MB Katan
- \* prof. dr F van Knapen
- \* prof. dr RAP Koene
- \* prof. dr ir FJ Kok
- \* prof. dr KGG König
- \* dr O Korver
- \* prof. dr H Lamberts
- \* prof. dr HJJ Leenen
- \* dr P Leeuwangh
- \* prof. dr NJ Leschot
- \* prof. dr JC van der Leun
- \* prof. dr Sj van der Linden
- \* prof. dr ir PHM Lohman
- \* dr ir CJ Lucas
- \* prof. dr PJ van der Maas
- \* prof. dr EMH Mathus-Vliegen
- \* prof. dr JWM van der Meer
- \* prof. dr AE Meinders
- \* prof. dr FWHM Merkus
- \* prof. dr B Meyboom-de Jong
- \* dr HME Miedema
- \* prof. dr JC Molenaar
- \* prof. dr GJ Mulder
- \* prof. dr HJ Neijens

- \* prof. dr MF Niermeijer
- \* prof. dr J van der Noordaa
- \* dr WRF Notten
- \* prof. dr ADME Osterhaus
- \* JL Paardekoooper
- \* dr JM Pekelharing
- \* prof. dr D Post
- \* prof. dr HM van Praag
- \* prof. dr LBA van de Putte
- \* prof. dr JS Reinders
- \* prof. dr RS Reneman
- \* prof. dr WH van Riemsdijk
- \* prof. dr H Rigter
- \* prof. dr EO Robles de Medina
- \* prof. dr ir FM Rombouts
- \* prof. dr HGM Rooijmans
- \* prof. dr EW Roscam Abbing
- \* prof. mr HDC Roscam Abbing
- \* prof. dr EW Roubos
- \* prof. dr EJ Ruitenberg
- \* prof. dr FFH Rutten
- \* prof. dr ir WHM Saris
- \* prof. dr PJJ Sauer
- \* prof. dr HP Sauerwein
- \* dr JH Schornagel
- \* prof. dr FH Schröder
- \* prof. dr E Schroten
- \* prof. dr W Seinen
- \* dr AJBI Sips
- \* prof. dr JMA Sitsen
- \* prof. mr B Sluyters
- \* prof. dr C Spreeuwenberg
- \* prof. dr WA van Staveren
- \* prof. dr NM van Straalen
- \* prof. dr HAJ Struijker Boudier
- \* prof. dr A Struyvenberg
- \* prof. dr F Sturmans
- \* mr EPhR Sutorius
- \* dr ir JM Thijssen
- \* prof. dr CAF Tulleken
- \* prof. dr JP Vandenbroucke
- \* dr MM Verberk
- \* prof. dr SP Verloove-Vanhorick
- \* prof. dr W van Vierssen
- \* prof. dr HKA Visser
- \* prof. dr EW Vogel
- \* dr JJ Vos
- \* prof. dr ThJ van Vroonhoven
- \* prof. dr PFGM van Waes
- \* prof. dr C van Weel
- \* prof. dr HJJ Wellens
- \* ir A Wijbenga
- \* dr JH van Wijnen
- \* dr DL Willems
- \* prof. dr JW Wladimiroff
- \* prof. dr FA de Wolff
- \* prof. dr FG Zitma

# Verschenen

---

## Adviezen 1998

- Xenotransplantatie. 1998/01.  
Xenotransplantation. 1998/01E.  
Carcinogenen en anti-carcinogenen in de voeding. 1998/02.  
Planningsregeling orgaantransplantatie. 1998/03.  
Onderzoek op druggebruik. 1998/04.  
Preventie van aan osteoporose gerelateerde fractures. 1998/05.  
Wie is oud? 1998/06.  
Resistentievorming bij het gebruik van HIV-remmende geneesmiddelen. 1998/07.  
IVF: afrondende advisering. 1998/08.  
IVF-related research. 1998/08E.  
Tandheelkundige restauratiematerialen. 1998/09.  
Protocollen asbestziekten: maligne mesothelioom. 1998/10.  
DNA-diagnostiek. 1998/11.  
Retinitis pigmentosa. 1998/12.  
Hyperthermie. Kanttekeningen bij een ontwikkelingsgeneeskunde project. 1998/13.  
Tetanusimmunoglobuline. 1998/14.  
Antimicrobiële groeibevorderaars. 1998/15.  
1,2-dichloorpropan. 1998/16.  
Vaccinatie tegen influenza. Seizoen 1998-1999. 1998/17.  
HELLE: Health effects of low level exposures. Gezondheidseffecten van lage blootstellingsniveaus. 1998/18.  
Boric acid. 1998/19.  
Naar een doelmatig gebruik van benzodiazepines. 1998/20.  
Wet bevolkingsonderzoek: hormoonsuppletie. 1998/01WBO.  
Wet bevolkingsonderzoek: maternale serumscreening op Down-syndroom en neuraal-buisdefecten. 1998/02WBO.  
Wet bevolkingsonderzoek: landelijke borstkankerscreening. 1998/03WBO.  
Wet bevolkingsonderzoek: HPV-test baarmoederhalskanker (1). 1998/04WBO.  
Wet bevolkingsonderzoek: familiale adenomateuze polyposis. 1998/05WBO.  
Wet bevolkingsonderzoek: hereditair non-polyposis colorectumcarcinoom. 1998/06WBO.  
Chromium and its inorganic compounds. 1998/01WGD.  
Quartz: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/02WGD.  
Endotoxins: Health-based recommended occupational exposure limit. 1998/03WGD  
1996-1997 WGD-rapporten; 1996-1997 DECOS reports. 1998/04WGD  
Ronidazole: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/05WGD.  
o-Phenylenediamine: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/06WGD.  
Styrene: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/07WGD.  
4-Chloro-o-toluidine: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/08WGD.  
p-Chloroaniline: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/09WGD.  
Bromoethane: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/10WGD.  
1,2-Epoxybutane: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/11WGD.

---

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.

2-Nitrotoluene: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/12WGD.  
Wood dust: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 1998/13WGD.  
1,2,3-Trichloropropane: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity.  
1998/14WGD.  
Cresols: Health-based recommended occupational exposure limit. 1998/15WGD.  
Enflurane, Isoflurane and Cyclopropane. 1998/16WGD.

#### **Overige publicaties 1998**

Wetenschappelijke informatievoorziening. Verslag van een invitational conference  
op 8 september 1997 te Voorburg. A98/01.  
Jaarverslag 1997 Gezondheidsraad. A98/02.  
Werkprogramma 1999 Gezondheidsraad. A98/04.

#### **Adviezen 1999**

Herziening van het HIV-testbeleid. 1999/02.  
Laserpointers tegen het licht gehouden. 1999/03.  
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.  
Hormoonontregelaars in ecosystemen. 1999/13.  
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  
Copper sulphate. 1999/01OSH.

#### **Overige publicaties 1999**

Jaarverslag Gezondheidsraad 1998. A99/01.

---

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](mailto:order@gr.nl).