

G r A A D M E T E R # 2 Allegro ma non troppo ³; ‘Ontspannen omgaan met advies’ ⁴ / Gezondheidszorg ⁹: Nog niet landelijk screenen op chlamydia ¹⁰; Wetswijziging nodig om verlies van patiëntengegevens te voorkomen ¹²; Ander vaccin tegen kinkhoest nodig ¹⁵; Maatregelen bij een griepandemie ¹⁷; Standpunt van de minister na interim-advies over antivirale middelen ²⁰; Advies gevraagd in strijd tegen ziekenhuisbacterie (MRSA) ²¹; ‘Europees’ advies over zoönosen in de maak ²³; Ministeriële reactie op advies over orgaandonatie en vraag om advies over hartdood ²⁶; Passief roken: het standpunt van de minister ²⁸; Reactie op advies over oefentherapie ³⁰; Kabinet op hoofdlijnen eens met advies over legionellabestrijding ³² / Voeding ³⁴: Maislijn 1507 veilig voor consumptie ³⁵; Advies gevraagd over voedselallergie ³⁷ / Milieu ³⁸: Raad adviseert over vervolgonderzoek naar elektromagnetische velden ³⁹; Advies gevraagd over milieu-invloeden op astma en luchtwegallergie ⁴¹ / Arbeidsomstandigheden ⁴³: Actualisering grenswaarden voor stoffen op de werkplek ⁴⁴; Openbare conceptrapporten over de reproductie-toxiciteit van methylchloride en cyclohexanol ⁴⁶; Openbare conceptrapporten over beroepsmatige blootstelling aan drie kankerverwekkende stoffen ⁴⁷.

Graadmeter is een uitgave van het secretariaat van de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad is ingesteld in 1902. De raad heeft als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand van wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid' (art. 21 Gezondheidswet).

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

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

Allegro ma non troppo

MVL In deze aflevering van *Graadmeter* treft u weer een interview aan met één van onze adviesvragers. Deze keer is het ministerie van VROM aan het woord, bij monde van de directeur-generaal Milieu. Een interessant gesprek, dat vooral gaat om de vraag hoe het ministerie ‘nuchter’ wil omgaan met risico’s en wil ‘beslissen met gevoel voor onzekerheden’, volgens de titel van de begin van dit jaar uitgebrachte risiconota. De directeur-generaal ziet wetenschappelijke beschouwingen als toonbeeld van nuchterheid. Graag wil men van de Gezondheidsraad ook inzicht krijgen in de aard en omvang van de onzekerheden. Dat stelt geen onredelijke of nieuwe eisen aan de manier van werken: *evidence-based* advisering. Het illustreert wel nog eens hoe lastig politieke besluitvorming vaak is. Daarin besluitvorming gaat het niet alleen om wetenschappelijk bewijs. Onzekerheden, risicoperceptie en maatschappelijke acceptatie zijn even zovele variabelen in de vergelijking. Kost zorgvuldige advisering onder die omstandigheden veel tijd, de politieke besluitvorming niet minder.

Krachtens de wet wordt van de minister binnen drie maanden een reactie (aan de Tweede Kamer) verwacht op een advies van de Gezondheidsraad. Meestal is die reactie – eventueel een voorlopige – er binnen de gestelde termijn. Kort geleden bracht de raad advies uit over de inzet van antivirale middelen bij een griepandemie. Gezien de urgentie van het onderwerp heeft de commissie die het advies opstelde er grote haast mee gemaakt. De ministeriële reactie kwam prompt. Zowel een samenvatting van het advies als de reactie van minister Hoogervorst treft u in deze *Graadmeter* aan.

Het advies over het gebruik van antivirale middelen vroeg niet alleen door de grote urgentie om een snelle reactie, maar leende zich daarvoor ook door zijn feitelijke aard. Wanneer het gaat om zaken die in de samenleving gevoelig liggen, heeft ook het beleid het soms moeilijk met het formuleren van een standpunt. Een treffend voorbeeld van dat laatste is het in 2001 uitgebrachte advies over prenatale screening op het syndroom van Down en op neuralebuisdefecten. In april brengt de raad hierover een vervoladvies uit. Daarna zal, naar verwachting, de staatssecretaris van VWS met een standpunt komen.

‘Ontspannen omgaan met advies’

Gesprek met ir J van der Vlist, directeur-generaal Milieu

Lange tijd ontwikkelde de relatie tussen het ministerie van VROM en de Gezondheidsraad zich tegen het achterdoek van de nota *Omgaan met risico's* (1989), gepubliceerd als bijlage bij het eerste Nationaal Milieubeleidsplan (NMP) en gericht op kwantitatief gelijke bescherming voor alle burgers enerzijds en alle ecosystemen anderzijds. In die context verscheen een groot aantal Gezondheidsraadadviezen over de risico's van blootstelling aan stoffen en straling en over de wetenschappelijke grondslag van zulke risicoanalyses. Inmiddels is het vierde NMP (2001) richtsnoer voor het milieubeleid. Onlangs kreeg de Tweede Kamer ook een nieuwe 'risiconota' toegezonden: *Nuchter omgaan met risico's; beslissen met gevoel voor onzekerheden* (30 januari 2004). Aanleiding om ir J (Hans) van der Vlist, directeur-generaal Milieu, te vragen naar zijn visie op de betekenis van wetenschappelijke advisering voor het milieubeleid en op de rol die de Gezondheidsraad daarbij de komende jaren kan vervullen.

Drs EJ Schoten is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Betekent de toevoeging 'nuchter' dat wetenschappelijke adviezen voortaan anders gebruikt gaan worden in besluitvormingsprocessen?

Verre van dat. In zekere zin zijn wetenschappelijke beschouwingen het toonbeeld van nuchterheid. Een goede afweging van beleidsopties kan niet zonder kennis van de feiten. Weliswaar valt soms over die feiten te twisten, maar vaak wordt zo'n meningsverschil praktisch hanteerbaar als je de meespelende onzekerheden – bij risicoanalyses komen die immers voortdurend om de hoek kijken – expliciet in kaart brengt en van helder commentaar voorziet. Dan kan tegelijk scherper naar voren komen waar je het domein van de



wetenschappelijke argumentatie verlaat en de arena van beleidsmatige keuzebepalingen betreedt. Op dit laatste slaat de ondertitel 'beslissen met gevoel voor onzekerheden'. Graag willen we van de wetenschap, dus ook van de Gezondheidsraad, horen om welke onzekerheden het gaat en liefst ook hoe groot ze zijn. Maar voor een verantwoorde beheersing of terugdringing van de desbetreffende risico's is eveneens inzicht nodig in de manier waarop burgers tegen die risico's aankijken en in de financiële en maatschappelijke gevolgen van beheersmaatregelen. Nuchterheid houdt volgens staatssecretaris Van Geel ook in dat het politieke besluitvormingsproces transparant is en dat de verantwoordelijkheden van maatschappelijke actoren expliciet worden gemaakt.

Kunt u voorbeelden geven?

De staatssecretaris geeft in de nota weer hoe hij met diverse al langlopende milieudossiers wil omgaan. Over die onderwerpen hebben jullie trouwens advies uitgebracht: radon, hoogspanningslijnen en basisstations voor mobiele telefonie. Bij de beheersing van deze drie problemen wil hij meer dan in het verleden een beroep doen op de verantwoordelijkheden van het bedrijfsleven, de andere overheden en de burgers. Zo werd voor radon indertijd als beleidslijn gekozen om de stijgende trend van concentraties in nieuwbouwwoningen te doorbreken. Het wilde echter niet vlotten met activiteiten om dat beleidsdoel te verwezenlijken. Inmiddels zit er schot in de zaak: de bouwsector heeft laten weten harde afspraken te willen maken over onder andere de stralingsemissies van bouwmaterialen. Prettig, want regelgeving kan dan achterwege blijven. Dat past bij de politieke koers van het huidige kabinet: dereguleren waar dat kan. Verder is een duidelijke voorlichting aan de burger van belang: die moet ertoe worden aangezet om beter gebruik te maken van ventilatievoorzieningen in de woning. In het geval van hoogspanningslijnen zetten we sterk in op overleg met de provinciale en lokale overheden en met EnergieNed. Mensen die in de buurt van hoogspanningslijnen wonen zullen actief en helder door alle betrokken partijen moeten worden voorgelicht. Publieksvoorlichting is ook een belangrijk beleidsinstrument bij de discussie over de mogelijke gezondheidseffecten

van blootstelling aan electromagnetische velden van basisstations voor mobiele telefonie.

Kon VROM met onze adviezen uit de voeten?

Zeker. Zoals ik al zei moeten voor een nuchtere omgang met risico's zowel de feiten als de onzekerheden zorgvuldig worden beschreven. Wat die onzekerheden betreft luistert de formulering erg nauw. Voor ons kan het veel uitmaken of jullie het bijvoorbeeld simpelweg laten bij de conclusie dat bepaalde schadelijke effecten niet aangetoond zijn of dat de toonzetting voorzichtiger is en jullie uitvoeriger ingaan op mogelijkheden om een gebrek aan gegevens te verhelpen. Zulke verschillen bieden ons steun bij het ontwikkelen van een passende respons.

Moeten we soms een stap verder gaan door beleidsopties uit te werken?

Dat hangt ervan af. Gaat het om hoofdlijnen van het milieubeleid, dan is dat eerder een taak van de VROM-raad. Wel kan ik me voorstellen dat de Gezondheidsraad bij een specifiek dossier de kosten en baten van verschillende maatregelen op een rij zet. Het legionella-dossier is in dit opzicht interessant. Ook daar is gekozen voor een nuchtere aanpak. Op basis van overwegingen van kosteneffectiviteit heeft de staatssecretaris besloten om locaties uit de 'laag-risicocategorie' uit te zonderen van de plicht om specifieke preventieve maatregelen te treffen.

Naast nuchterheid en deregulering is er toch ook nog zoiets als het voorzorgprincipe?

Inderdaad heeft – ook – het milieubeleid continu te maken met de spanning tussen een 'te veel' en een 'te weinig' aan overheidsbemoediging. Met het voorzorgprincipe heeft de rijksoverheid een middel in handen om tegemoet te komen aan de bezorgdheid van burgers over mogelijke, maar nog onvoldoende onderzochte, bedreigingen van de volksgezondheid. Vanuit de optiek van het milieubeleid vormt het feit dat niet is aangetoond dat er iets aan de hand is op zich nog geen reden om niets te doen. In dit verband vinden we ook de signaleringsfunctie van de Gezondheidsraad belangrijk. Burgers hebben er recht op tijdig te worden geïnformeerd over mogelijke bedreigingen of goed te

worden voorgelicht over zaken waarover zij zich ongerust maken. Signalementen zijn, met andere woorden, niet alleen voor ons als beleidsmakers van belang. Of nog weer anders gezegd, ze ontlene hun belang voor ons mede aan hun algemene voorlichtende functie.

Hoe ziet u de verhouding tussen gevraagde adviezen, ongevraagde adviezen en signalementen?

Je kunt stellen dat een officiële adviesaanvraag een politieke erkenning van een probleem inhoudt. Als regel zal dan over het advies in kwestie een standpunt aan de Tweede Kamer moeten worden toegezonden, waarin een beleidsmatige koers wordt uitgestippeld. Verder zei ik al dat we menen dat er ook ruimte moet zijn voor signalementen, zonder dat daarop van onze kant steeds formeel hoeft te worden gereageerd. En dan is er nog een soort schemergebied, een vrije ruimte waarbinnen de Gezondheidsraad zelf onderwerpen op het programma kan plaatsen. Ik vind dat we ontspannen moeten omgaan met de verdeling van typen adviezen binnen het budget dat de raad ontvangt. Naar mijn ervaring gebeurt dat ook in goede dialoog. Reacties op adviezen moeten wat mij betreft ook ontspannen zijn. In ieder geval dient er geen sprake te zijn van een 'automatische piloot'. Soms zullen wij formeel reageren, soms niet, al naar gelang de politiek-bestuurlijke afweging. Maar begrijpt u me goed: blijft een officiële reactie achterwege, dan betekent dat niet dat een advies geen betekenis voor ons heeft.

Even nog over die 'ontspannen omgang'. Is het niet een kleine stap van 'ontspannen' naar 'vrijblijvend'?

In dit verband zou ik willen wijzen op de eigen verantwoordelijkheid van de Gezondheidsraad. Zoals gezegd begint die bij de samenstelling van het werkprogramma. Binnen de vrije ruimte kan de raad besluiten nieuwe onderwerpen aan te vatten, prioriteiten te stellen of langer lopende activiteiten, zoals de jaarrapportages over electromagnetische velden, te beëindigen. Belangrijk vind ik verder dat de raad aandacht geeft aan nazorg. Ik kan hier zeggen hoe wij bij VROM over jullie denken, maar niet minder belangrijk is jullie

oordeel over ons. Zo ligt het op jullie weg om te vragen naar eventueel uitblijvende reacties op adviezen. Het DG (Directeuren-Generaal)-overleg in zijn huidige vorm biedt daarvoor wellicht te weinig gelegenheid. Een extra overleg waarin vooral wordt teruggeblikt op wat er met de verschillende uitgebrachte adviezen is gedaan, is wat mij betreft bespreekbaar.

Gezondheidszorg

Nog niet landelijk screenen op chlamydia

Het aantal besmettingen met chlamydia in ons land neemt nog steeds toe. Toch is niet genoeg bekend over de verspreiding en de kans op complicaties om nu over te gaan op landelijk screenen van alle mannen en vrouwen in een bepaalde leeftijdsgroep. Totdat nieuw onderzoek uitsluitsel geeft moeten infecties op andere manieren opgespoord of voorkomen worden, bijvoorbeeld door op chlamydia te testen in abortusklinieken, soa-poliklinieken en poli's voor vruchtbaarheidsproblemen. Daarnaast moet er aandacht blijven voor veilig vrijen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 18 maart 2004 is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Screenen op chlamydia* (2004/07) is te downloaden van de website van de Gezondheidsraad (www.gr.nl) en – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de raad. Zie rubriek 'Verschonen'.

Chlamydia is een seksueel overdraagbare aandoening waarmee in ons land jaarlijks naar schatting 35 000 vrouwen en 25 000 mannen besmet worden, veelal op jonge leeftijd. Ongeveer vijftig procent van de mannen en zeventig procent van de vrouwen is zich niet bewust van de infectie, omdat zij op dat moment geen klachten hebben. Chlamydia kan echter tot ernstige complicaties leiden. Bij vrouwen kan infectie bijvoorbeeld resulteren in buitenbaarmoederlijke zwangerschap en onvruchtbaarheid. Chlamydia is gemakkelijk op te sporen door een urinetest en is ook eenvoudig te behandelen.

Twee vormen van landelijk screenen kunnen overwogen worden om gezondheidsschade te voorkomen. Bij systematisch screenen wordt iedereen binnen een bepaalde leeftijdsgroep schriftelijk uitgenodigd. Bij opportunistisch screenen brengt een hulpverlener, meestal de huisarts, screening ter sprake als een patiënt hem of haar raadpleegt voor iets anders en binnen de leeftijdsgrenzen voor screenen blijkt te vallen.

Beide screeningsvormen hebben hun voor- en nadelen. Op dit moment is echter te weinig bekend om die goed te kunnen wegen. In welke variant zal de respons groter zijn? Heeft de eerste lijns gezondheidszorg de capaciteit om een belangrijke rol te spelen

in screening? Hoe vaak moet screening herhaald worden? (Besmetting kan namelijk steeds opnieuw optreden.) En hoe is de infectiegraad in steden vergeleken met landelijke gebieden? Op al deze vragen moet onderzoek antwoord geven, voordat definitief geadviseerd kan worden over landelijke screening. Gezien de toename en de ernstige gevolgen moet nieuw en langer lopend onderzoek snel gestart worden.

Intussen moeten hulpverleners extra alert zijn op weinig in het oog springende symptomen. Voorlichtingscampagnes, informatie op scholen en voorlichting door huisartsen kan ook bijdragen aan het voorkómen van nieuwe besmettingen en opsporing van bestaande infecties. De drempel om zich te laten testen na onveilig vrijen zou laag moeten zijn. Ook het waarschuwen van partners is uiteraard van belang.

In abortusklinieken wordt al medicatie gegeven, omdat een eventuele chlamydia-infectie bij een abortus tot extra complicaties kan leiden. De Gezondheidsraad beveelt echter aan om vrouwen daar ook te testen. Klinieken voor patiënten met vruchtbaarheidsproblemen zouden ook actiever kunnen screenen. Soa-poli's testen al op chlamydia en moeten dat blijven doen.

Samenstelling commissie:

prof. dr WJHM van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Katholieke Universiteit Nijmegen;
voorzitter

JEAM van Bergen, huisarts; epidemioloog en projectleider Chlamydia Stichting SOA-bestrijding, Amsterdam

dr AJP Boeke, huisarts; Amsterdam

prof. dr RA Coutinho, hoogleraar epidemiologie en bestrijding van infectieziekten; Universiteit van Amsterdam

dr JJE van Everdingen, dermatoloog; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, Utrecht

dr ir MJW van de Laar, projectleider SOA/AIDS; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

prof. dr ALM Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar vrouwenstudies en geneeskunde; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

dr WI van der Meijden, dermatovenereoloog; Erasmus MC, Rotterdam

dr SA Morré, moleculair bioloog; Vrije Universiteit, Amsterdam

dr MJ Postma, farmaco-econoom; Rijksuniversiteit, Groningen

prof. dr HA Verbrugh, hoogleraar medische microbiologie; Erasmus MC, Rotterdam

drs O de Zwart, hoofd afdeling Algemene Infectieziekten; GGD, Rotterdam

drs J Sekhuis, arts; Gezondheidsraad, Den Haag;
secretaris

Wetswijziging nodig om verlies van patiëntengegevens te voorkomen

Er is wetswijziging nodig om te voorkomen dat de medische gegevens van patiënten worden vernietigd, terwijl ze nog nodig kunnen zijn voor toekomstige hulpverlening of medisch-wetenschappelijk onderzoek. Voor de tussentijd moet er een verbod komen op verdere vernietiging van medische gegevens. Daar is haast bij, omdat anders binnen een jaar grootschalige ‘opruiming’ dreigt van meer dan tien jaar oude dossiers. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 1 april 2004 is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Uit de in 1995 van kracht geworden Wet op de Geneeskundige behandelings-overeenkomst (WGBO) vloeit voort dat medische gegevens van patiënten in beginsel na tien jaar vernietigd moeten worden. Volgens een overgangsbepaling is die vernietigingsplicht uitgesteld tot 1 april 2005. Maar door instellingen die kampen met volle archiefkelders wordt daar niet op gewacht. De opruiming van oudere dossiers is al begonnen.

De afgelopen jaren is er in brede kring discussie ontstaan over de bewaarregeling in de WGBO. Hulpverleners, onderzoekers en patiëntenorganisaties zijn bang dat gegevens worden vernietigd waarvan later blijkt dat ze beter bewaard hadden kunnen blijven. De Gezondheidsraad vindt die bezorgdheid terecht. Recente ontwikkelingen in de geneeskunde maken het langer bewaren van patiëntengegevens steeds belangrijker. Ziekten waar mensen vroeger aan overleden zijn nu behandelbaar, maar men moet vaak wel levenslang rekening houden met een verhoogd risico opnieuw ziek te worden. Voor een goede diagnose en behandeling kunnen gegevens over een eerdere ziekteperiode dan niet goed worden gemist. Verder blijkt bij steeds meer aandoeningen een erfelijke factor een rol te spelen. Familieleden van de patiënt kunnen er dan belang bij hebben dat gegevens over eerdere ziektegeschiedenissen

Dr WJ Dondorp is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Bewaartermijn patiëntengegevens* (2004/08) is te downloaden van www.gr.nl of – zolang de voorraad strekt – verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek ‘Verschenen’.

in de familie niet al na tien jaar zijn vernietigd. Steeds vaker ook treden er jaren na een behandeling late complicaties aan het licht. Zowel voor onderzoek daarnaar als voor verdere zorg aan deze patiënten is het nodig dat medische gegevens (veel) langer dan tien jaar worden bewaard. Voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek (onmisbaar voor een goede gezondheidszorg) is het bovendien van groot belang dat die bewaring niet ophoudt na het overlijden van de patiënt.

Van belang is de Europese privacyrichtlijn, waarin staat dat persoonsgegevens niet langer mogen worden bewaard dan nodig is voor het doel waarvoor ze zijn verzameld. Maar vergelijking met andere landen die aan dezelfde Europese regels gebonden zijn, laat zien dat de privacyrichtlijn ruimte biedt voor een langere bewaartermijn dan nu in de Nederlandse WGBO is opgenomen. Sommige landen kennen bovendien een aparte wettelijke regeling voor het bewaren van medische gegevens voor onderzoek. Bij langer bewaren moet er wel op worden gelet of de persoonsgegevens voldoende beschermd zijn tegen oneigenlijk gebruik. Tijdens een door de commissie gehouden hoorzitting met patiëntenorganisaties bleek overigens een grotere bezorgdheid over de gevolgen van te kort bewaren van medische gegevens dan over mogelijke privacyrisico's van een ruimere regeling.

Het voorstel waar het advies op uitloopt, biedt volgens de commissie de beste balans tussen de belangen van privacy-bescherming en zeggenschap enerzijds en de met langer bewaren gediende belangen anderzijds. Zij bepleit:

- een langere bewaartermijn ten behoeve van de zorg aan de patiënt zelf;
- aanvullende bepalingen om langer bewaren ten behoeve van verwanten van de patiënt mogelijk te maken;
- een afzonderlijke wettelijke bewaarregeling ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek;
- verduidelijking en versterking van de zeggenschap van de patiënt over zijn dossier.

Samenstelling commissie:

mr dr J Legemaate, gezondheidsjurist; KNMG, Utrecht; *voorzitter*
 prof. dr DDM Braat, hoogleraar voortplantings-
 geneeskunde; UMC St Radboud, Nijmegen
 prof. dr HR Büller, hoogleraar interne geneeskunde;
 AMC, Amsterdam
 mr PWHM Francissen; Ministerie Volksgezondheid,
 Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*
 mr drs TFM Hooghiemstra, jurist; Nationaal ICT
 Instituut in de Zorg (NICTIZ), Leidschendam
 prof. dr J van der Lei, hoogleraar medische informatica;
 Erasmus MC, Rotterdam
 prof. dr E van Leeuwen, hoogleraar medische ethiek;
 VUMC, Amsterdam
 prof. dr ir FE van Leeuwen, hoogleraar epidemiologie;
 NKI en VUMC, Amsterdam
 Y Poortman; voormalig directeur VSOP, Soestdijk
 dr MJ Stukart, secretaris Raad voor Medische Weten-
 schappen; KNAW, Amsterdam; *adviseur*
 prof. dr C van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde;
 UMC St Radboud, Nijmegen
 dr WJ Dondorp; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
 mr dr CJ van de Klippe; Gezondheidsraad, Den Haag;
secretaris

Ander vaccin tegen kinkhoest nodig

Om de toegenomen frequentie van kinkhoest te stoppen is invoering van een ander vaccin noodzakelijk. Het Nederlands Vaccin Instituut kan een verbeterd vaccin echter niet eerder dan 2007 leveren. Daarom adviseert de Gezondheidsraad in de tussentijd een vaccin in te kopen in het buitenland. Op die manier kan een aanzienlijk groter aantal gevallen van kinkhoest bij jonge kinderen vermeden worden dan met het huidige vaccin. Ook geeft dit alternatief veel minder bijwerkingen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 7 april 2004 is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Sinds 1996 is het aantal gevallen van kinkhoest in ons land toegenomen, hoewel 95 procent van de kinderen op consultatiebureaus tegen deze ernstige ziekte wordt ingeënt. De Gezondheidsraad concludeert dat het vaccin dat hierbij gebruikt wordt onvoldoende effectief is tegen de op dit moment in Nederland circulerende bacteriestammen.

Het huidige kinkhoestvaccin wordt bereid uit complete, dode bacteriën. In 2000 adviseerde de Gezondheidsraad al om over te stappen op een acellulair vaccin, dat alleen de voor de afweer belangrijke eiwitten bevat. Van een acellulair vaccin zijn minder bijwerkingen te verwachten. Dit advies werd door de minister overgenomen. Het Nederlands Vaccin Instituut (NVI), verantwoordelijk voor de productie van hier gebruikte vaccins, verwachtte aanvankelijk in 2004 een acellulair vaccin beschikbaar te hebben. Inmiddels is echter duidelijk geworden dat het NVI meer tijd nodig heeft en het vaccin op zijn vroegst in 2007 kan leveren.

De Gezondheidsraad adviseert daar niet op te wachten, maar tot die tijd in het buitenland een acellulair vaccin in te kopen. Overigens hecht de raad groot belang aan zelfstandige vaccinproductie in Nederland. Bij tijdelijk inkopen elders moet de expertise hier dan ook wel op peil gehouden worden.

Dr P Slot is redacteur bij de Gezondheidsraad.

De publicatie *Vaccinatie tegen kinkhoest* (2004/04) is te downloaden van de website van de Gezondheidsraad (www.gr.nl) en – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de raad. Zie rubriek 'Verschenen'.

Samenstelling commissie:

- prof. dr EJ Ruitenbergh, hoogleraar immunologie; Universiteit Utrecht; hoogleraar internationale volksgezondheid; Vrije Universiteit, Amsterdam; *voorzitter*
- A Ambler-Huiskes, arts maatschappij en gezondheid; Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag
- drs DJA Bolscher, jeugdarts; Stichting Provinciale Entadministratie Gelderland, Arnhem; Stichting Provinciale Entadministratie Overijssel-Flevoland, Ommen; *adviseur*
- ir G van 't Bosch; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur* (sinds 1 oktober 2003)
- drs W Dol; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur* (tot 1 oktober 2003)
- prof. dr W van Eden, arts-microbioloog / hoogleraar veterinaire immunologie; Universiteit Utrecht
- prof. dr R de Groot, hoogleraar kindergeneeskunde; Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof. dr J Huisman, emeritus hoogleraar infectieziektenbestrijding; Rotterdam
- dr HE de Melker, epidemioloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; *adviseur*
- (sinds 1 juli 2003)
- prof. dr JT van Oirschot, hoogleraar veterinaire vaccinologie; Universiteit Utrecht, ID-Lelystad
- dr TGWM Paulussen, senior-onderzoeker gezondheidsbevordering; TNO PG, Leiden
- dr MJ Postma, gezondheidseconoom; Rijksuniversiteit Groningen
- prof. dr JJ Roord, hoogleraar kindergeneeskunde; Vrije Universiteit, Amsterdam
- drs J Sekhuis, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *adviseur* (tot 31 december 2003)
- prof. dr SP Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; Universiteit Leiden, TNO PG, Leiden
- dr HP Verbrugge, jeugdarts; Santpoort
- dr M Verweij, ethicus; Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht
- drs ACG Voordouw, arts, MPH; College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Den Haag; *adviseur*
- dr HL Zaaijer, arts-microbioloog; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr H Houweling, arts-epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Maatregelen bij een grieppandemie

MdW In Zuidoost-Azië grijpt de vogelgriep om zich heen. Hoewel de kans daarop klein is, zou deze vogelgriep op korte termijn kunnen leiden tot een wereldwijde griepepidemie (pandemie) bij mensen. Het ontwikkelen van een vaccin tegen het nieuwe virus heeft dan nog tijd nodig. Welke maatregelen zou de Nederlandse overheid moeten treffen, mocht zo'n pandemie binnenkort Nederland bereiken? Over deze kwestie bood de Gezondheidsraad op 24 februari 2004 een interimadvies aan aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De commissie die het advies opstelde, onderscheidt twee doelen: spreiding van de pandemie in de tijd door het aantal zieken zo klein mogelijk te houden, en indamming van de gevolgen van besmetting door het geven van antivirale therapie.

Huisartsen en ziekenhuizen zullen beter in staat zijn de griep-patiënten te behandelen als de piek in het aantal zieken wordt afgetopt. Ook zal dan het maatschappelijk leven minder ontwricht worden en wint men tijd om voldoende antivirale middelen te produceren of een vaccin te ontwikkelen. De commissie adviseert om – als influenza zich in een bepaalde regio voordoet – massale gelijktijdige besmetting te voorkomen door daar de scholen te sluiten en evenementen waar veel mensen dicht opeen komen (voetbalwedstrijden, popconcerten) niet door te laten gaan.

De Nederlandse overheid heeft gekozen voor het antivirale middel oseltamivir, een neuraminidaseremmer. De Gezondheidsraad-commissie vindt dat een goede keuze. Bij een tekort aan oseltamivir zou de overheid ook de neuraminidaseremmer zanamivir kunnen inkopen voor die patiënten die in staat zijn om een middel te inhaleren. Neuraminidaseremmers zijn schaars. De commissie adviseert daarom ze niet te gebruiken als preventie-middel (profylaxe), maar ze te reserveren voor behandeling.

De publicatie *Antivirale middelen bij een grieppandemie; gebruik bij schaarste* (2004/05) is te downloaden van www.gr.nl of – zolang de voorraad strekt – te bestellen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschenen'.

Als in Nederland de eerste ziektegevallen bekend worden en geïsoleerd optreden, pleit de commissie voor behandeling van niet alleen de patiënt, maar ook – zo snel mogelijk na het optreden van de eerste ziekteverschijnselen – van diens gezins- of huisgenoten. Zo wordt de patiënt behandeld, en wordt bovendien verspreiding van het virus tegengegaan. De beslissing over het inzetten van deze vorm van behandeling zou het beste in handen van deskundigen gelegd kunnen worden, bijvoorbeeld het door de Nederlandse overheid ingestelde Outbreak Management Team.

Bij grotere aantallen patiënten adviseert de commissie binnen 48 uur na het optreden van de eerste ziekteverschijnselen neuraminidaseremmers te verstrekken aan patiënten uit de volgende drie groepen:

- personen met ernstige afwijkingen of functiestoornissen aan de luchtwegen of het hart die bij infectie met het pandemische influenzavirus een grote kans hebben op decompensatie van de long- of hartfunctie. Ook patiënten met een insuline-afhankelijke vorm van suikerziekte horen tot deze categorie;
- professionals: allen die zorgdragen voor diagnose en behandeling van, en zorg voor grieppatiënten en allen die de logistiek van de hiervoor benodigde middelen verzorgen;
- personen uit de eventuele pandemiespecifieke risicogroep: nu nog niet te definiëren groepen mensen die niet tot de ‘klassieke’ risicogroepen behoren, maar die wel meer risico lopen.

De commissie adviseert om personen die niet tot een risicogroep behoren alleen met neuraminidaseremmers te behandelen als zij wegens complicaties van een influenza-infectie in het ziekenhuis worden opgenomen. Een deel van deze overigens gezonde mensen zal de neuraminidaseremmers dan pas relatief laat ontvangen. Toch moeten volgens de commissie deze middelen dan worden ingezet omdat longontsteking door het influenzavirus één van de mogelijke complicaties is.

Samenstelling commissie:

- prof. dr J van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; *voorzitter*
- prof. dr GJ Bonsel, hoogleraar sociale geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- PJ van Dalen; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*
- prof. dr JT van Dissel, hoogleraar infectieziekten; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr GA van Essen, huisarts; Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht
- dr RRR Huijsman-Rubingh; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*
- prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar inwendige geneeskunde; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- prof. dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus MC, Rotterdam
- prof. dr EJ Ruitenberg, hoogleraar internationale volksgezondheid; Vrije Universiteit, Amsterdam
- prof. dr P Smits, hoogleraar farmacologie; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- dr EW Steyerberg; Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam
- drs ACG Voordouw; senior klinisch beoordelaar bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Den Haag
- dr K Groeneveld; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Standpunt van de minister na interim-advies over antivirale middelen

KG Op 22 maart 2004, een maand nadat de Gezondheidsraad het hiervoor beschreven interim-advies over antivirale middelen uitbracht, maakte minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn standpunt over dit advies bekend.

De minister dankt de Gezondheidsraad voor de korte tijd waarin het advies tot stand is gekomen. Hij neemt de adviezen van de commissie over het verstrekken van antivirale middelen integraal over. Bij de aanbeveling van de commissie om de beslissing over inzet en staken van bepaalde vormen van therapie in handen te leggen van het Outbreak Management Team (OMT) merkt de minister op dat hij wil vasthouden aan de huidige besluitvormingsstructuur. Hierin speelt de mening van het OMT een grote rol, maar de uiteindelijke beslissing wordt genomen door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Advies gevraagd in strijd tegen ziekenhuisbacterie (MRSA)

MdW Met de introductie van antibiotica halverwege de vorige eeuw, zo schrijft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een brief van 29 januari 2004, konden infectieziekten die tot dan toe onbehandelbaar waren effectief genezen worden. Toepassing van antibiotica heeft echter als risico dat resistentieontwikkeling kan optreden bij de ziekteverwekkers waartegen zij worden gebruikt. Resultaat is dat deze antibiotica dan niet langer effectief kunnen worden ingezet bij de bestrijding van sommige ziekten. In het beste geval brengt dit extra kosten met zich mee, omdat artsen naar andere, veelal duurder, medicijnen moeten uitwijken. In het ergste geval overlijden patiënten aan ziekten die tot op heden goed te behandelen waren. Vooral bij toch al verzwakte patiënten, zoals die op de *intensive care* afdelingen, is dit niet onrealistisch.

De problematiek van resistentie-ontwikkeling komt – behalve in de veterinaire sector – met name tot uiting binnen het domein van de gezondheidszorg. Hier vinden relatief veel behandelingen met antibiotica plaats. Daarnaast is er sprake van een hoge concentratie van, soms ernstig verzwakte, patiënten. Een resistente bacterie kan zich hier bij onvoldoende hygiënische maatregelen goed verspreiden, handhaven en schade veroorzaken.

Eén van de meest beruchte resistente bacteriën in gezondheidszorginstellingen is de *Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus* (MRSA). Volgens de minister is de prevalentie van MRSA in Nederland tot op heden laag, maar is de laatste jaren wel een lichte stijging in het aantal MRSA-besmettingen te zien. Binnen de gehele zorgketen moeten actief maatregelen genomen worden om ontwikkeling en verspreiding van MRSA te voorkomen.

De minister schrijft over het huidige beleid dat het effectief lijkt, maar ook kwetsbaar is. De uitvoering ervan vraagt grote inzet en medewerking van al het personeel dat bij het zorgproces betrokken is. Vooral bij een acute uitbraak van MRSA, wordt een grote aanslag gedaan op het toch al belaste ziekenhuispersoneel. In enkele gevallen blijkt het noodzakelijk om hele afdelingen te sluiten of om besmet personeel naar huis te sturen. Sommige instellingen twijfelen of de omvang en kosten van deze maatregelen opwegen tegen de gezondheidswinst die behaald wordt.

De minister onderkent dat zijn beleid onder druk staat. Hij vraagt de Gezondheidsraad om hem op de hoogte te brengen van de stand van wetenschap over het MRSA-vraagstuk en om te schetsen wat de mogelijke consequenties voor de volksgezondheid zijn wanneer het huidige beleid losgelaten dan wel afgezwakt wordt. Ook vraagt hij om inzicht te geven in de kosten van zowel het handhaven als het loslaten van het huidige beleid en om op basis van deze gegevens te adviseren over de meest wenselijke aanpak van de MRSA-bestrijding in Nederland.

‘Europees’ advies over zoönosen in de maak

Op 11 februari 2004 ontving de Gezondheidsraad een adviesaanvraag van VWS-minister Hoogervorst over bedreigingen van de volksgezondheid door micro-organismen die van dier op mens kunnen overgaan (zogenoemde zoönosen) en door ziekteverwekkers van onbekende herkomst. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw leeft het besef dat infectieziekten, alle succesvolle preventie- en bestrijdingsmaatregelen ten spijt, bepaald niet tot het verleden behoren. Aanvankelijk ging de aandacht vooral uit naar de AIDS-epidemie, die veroorzaakt bleek door een zoönotisch virus (HIV) dat de speciesbarrière blijvend was gepasseerd. Ook het risico van een nieuwe griep пандemie werd meer en meer onderwerp van discussie. Influenzavirussen die zulke пандemieën veroorzaken zijn klassieke voorbeelden van zoönotische ziekteverwekkers. Recent heeft de SARS-epidemie voor de nodige beroering gezorgd.

Drs EJ Schoten is secretaris bij de Gezondheidsraad.

Voordat hij tot zijn concrete vragen komt, gaat de minister in op de nationale en internationale betekenis van het gevraagde advies. De internationale dimensie staat daarbij voorop. Ons land is in de tweede helft van dit jaar voorzitter van de Europese Unie. Een mooie gelegenheid, aldus de minister, om het zoönosenvraagstuk – dat zich vaak weinig van landsgrenzen aantrekt – op de politieke agenda te plaatsen. VWS heeft daarom besloten om in samenwerking met LNV een Europese beleidsconferentie te wijden aan de meerwaarde van een communautaire aanpak van dit vraagstuk (16-17 september 2004). Ook Eurocommissaris Byrne onderstreepte tijdens een Informele Raad van EU-ministers van volksgezondheid op 12 februari j.l. het belang van een *integrated zoonoses strategy* en een Europees draaiboek bij een griep пандemie. Hij juichte het toe dat het Europees Parlement heeft ingestemd met de oprichting van het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Volgens plan zal dit centrum in 2005 operationeel worden.

Nationaal zijn er ook redenen om aandacht te schenken aan zoönosen, schrijft de minister. Nederland heeft een hoge bevolkings- en dierdichtheid. Dat vergroot de kans op epidemieën. In het veterinaire domein liggen de uitbraken van MKZ, varkenspest en vogelgriep nog vers in het geheugen. De daarbij toegepaste bestrijdingsmaatregelen – massale ‘ruiming’ – hebben veel maatschappelijke onrust teweeggebracht. Voor LNV was dit aanleiding om aan te dringen op een brede discussie over diergezondheid, maatregelen ter bevordering daarvan en relaties tussen dier- en volksgezondheid. Vandaar dat de adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad in nauw overleg met LNV is opgesteld.

De vragen van minister Hoogervorst hebben betrekking op de volgende thema's:

- de risico's van (onbekende) infectieziekten bij vee en wilde dieren
- de omstandigheden waaronder die risico's acuut kunnen worden
- mogelijke preventiemaatregelen
- mogelijke beheersmaatregelen
- afstemming tussen de volksgezondheid- en veterinaire sector
- de toegevoegde waarde van Europees beleid.

Vooruitlopend op de adviesaanvraag heeft de Gezondheidsraad al enkele acties ondernomen. Samen met de WHO in Genève en gesubsidieerd door VWS en LNV organiseert de raad een internationale wetenschappelijke conferentie over het zoönosenvraagstuk (3-5 mei 2004). De uitkomsten van die bijeenkomst zullen een belangrijke basis vormen voor het uit te brengen advies. Verder zal het RIVM een achtergronddocument maken over zoönotische risico's en over de kwaliteit van de huidige beheerssystemen. Ook dat document zal bouwstenen voor het advies aandragen.

Op 24 februari 2004 installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad de commissie die het advies gaat opstellen. Haar samenstelling is als volgt:

prof. dr EJ Ruitenberg, emeritus hoogleraar immunologie; Universiteit Utrecht; hoogleraar Vrije Universiteit Amsterdam; *voorzitter*
 ir SJ Beukema; ministerie van LNV, Den Haag; *adviseur*
 dr A Bianchi, veterinaire; algemeen directeur CIDC-Lelystad; directeur RIKILT, Wageningen
 dr GA van Essen, huisarts; Utrecht
 dr J van der Giessen; RIVM, Bilthoven; *adviseur*
 prof. dr F van Knapen, hoogleraar levensmiddelenhygiëne en veterinaire volksgezondheid; Universiteit Utrecht
 dr M Koopmans, viroloog; Laboratorium voor infectieziekte diagnostiek RIVM, Bilthoven

dr JFEM de Kroon; ministerie van VWS, Den Haag; *adviseur*
 prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar inwendige geneeskunde; Universitair Medisch Centrum Nijmegen
 dr RM Meertens, psycholoog; Universiteit Maastricht
 prof. dr J van der Noordaa, emeritus hoogleraar virologie; Weesp
 prof. dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus Universiteit Rotterdam
 prof. dr J van der Velden, hoogleraar sociale geneeskunde; Universitair Medisch Centrum Nijmegen
 drs EJ Schoten; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Ministeriële reactie op advies over orgaan-donatie en vraag om advies over hartdood

MdW In het advies *Nieuwe wegen naar orgaandonatie* dat de Gezondheidsraad in 2003 uitbracht, stelde de betreffende commissie voor om twee artikelen in de Wet op de orgaandonatie (WOD) te wijzigen. Dit in verband met de toegenomen mogelijkheden van *non-heart-beating*-donatie. In een reactie schrijft VWS-minister Hoogervorst dat hij beide artikelen ongewijzigd wil laten. Wel vraagt hij de Gezondheidsraad om een protocol voor het vaststellen van hartdood.

Volgens de Gezondheidsraadcommissie die het advies over orgaandonatie opstelde, zou artikel 14 van de WOD zodanig gewijzigd moeten worden dat uit de formulering duidelijk wordt dat er niet alleen een voornemen kan bestaan tot verwijdering van een orgaan uit een beademd stoffelijk overschot, maar ook tot verwijdering van een orgaan uit een niet-beademd stoffelijk overschot. In het laatste geval zou de dood dan vastgesteld moeten worden op grond van de gangbare cardiopulmonale criteria en methoden voor de vaststelling van een onomkeerbare adem- en circulatiestilstand.

De minister vindt wijziging van artikel 14 echter niet nodig. De tekst van artikel 14, eerste lid, betreft volgens hem reeds beide situaties. De eerste zin van het eerste lid gaat immers over het vaststellen van de dood in het algemeen, op welke wijze dan ook.

De wijziging van artikel 15 zou volgens de Gezondheidsraadcommissie moeten behelzen dat de raad een protocol opstelt voor het – op grond van cardiopulmonale criteria – met zekerheid vaststellen van de dood. Dit protocol zou dan, evenals het protocol voor het vaststellen van de hersendood, bij algemene maatregel van bestuur moeten worden vastgesteld.

Ook deze tweede aanbeveling neemt de minister niet over. Hij wil namelijk een nieuwe bepaling opnemen in een ander artikel en denkt daarmee dezelfde rechtsbescherming te kunnen bereiken. In het verlengde van deze nieuwe bepaling vraagt de minister de Gezondheidsraad om nader advies.

Uit het advies over orgaandonatie blijkt dat er voor één van de onderdelen van het protocol voor het vaststellen van de dood op basis van cardiopulmonale criteria voldoende wetenschappelijke onderbouwing is om dat rechtstreeks in de wet op te nemen. Dit betreft de zekerheid dat tussen twee en vijf minuten na het intreden van de circulatiestilstand een definitief verlies van de geïntegreerde functie van het menselijk organisme optreedt als gevolg van massale beschadiging van de hersenen. Vóór het verstrijken van die tijd is die zekerheid er dus nog niet. Voor de praktijk van de *non-heart-beating*-donatie betekent dit dat men niet eerder met (preserverende) maatregelen mag beginnen dan vijf minuten na het moment dat is vastgesteld dat de dood is ingetreden. In het wetsvoorstel ter wijziging van de WOD dat binnenkort bij de Tweede Kamer zal worden ingediend, komt dit inzicht tot uitdrukking. De minister vindt het van belang dat er voor het vaststellen van de dood op grond van cardiopulmonale criteria in Nederland een algemeen aanvaarde standaard komt in de vorm van een door de Gezondheidsraad opgesteld protocol. Hij hoopt zo'n protocol nog in 2004 van de raad te ontvangen.

Passief roken: het standpunt van de minister

In het vorige nummer van dit blad werd bericht over diverse reacties op het advies *Volksgezondheidsschade door passief roken* (januari/februari 2004, p. 9-11). Inmiddels heeft minister Hoogervorst het Kabinetsstandpunt over dit advies aan de voorzitter van de Tweede Kamer toegezonden. 'Ik acht het nuttig dat de Gezondheidsraad een hernieuwd advies over de schade door passief roken heeft uitgebracht', schrijft de minister in een brief van 22 maart 2004. 'Het is een belangrijk onderwerp en het is niet voor niets een centraal thema in het tabaksontmoedigingsbeleid van het kabinet. Bij een dergelijk onderwerp is het noodzakelijk om alle beschikbare wetenschappelijke kennis met regelmaat bijeen te brengen'.

Drs EJ Schoten is secretaris bij de Gezondheidsraad.

De door de Gezondheidsraad geschatte sterfte en ziekte ten gevolge van meeroken zijn 'buitengewoon ernstig te noemen', aldus de minister. Bovendien wijst hij erop dat die gezondheidsschade 'eenvoudig vermijdbaar' is. Bescherming van de niet-roker verdient daarom alle aandacht. Er is op dat vlak al veel tot stand gebracht: met ingang van dit kalenderjaar heeft iedereen recht op een rookvrije werkplek en zijn er geen rookcoupés meer in treinen. Maar, constateert de bewindsman, in bepaalde sectoren stuiten maatregelen tegen blootstelling aan tabaksrook op verzet. In de wereld van sport, kunst en cultuur en in de horecabranche beschouwen nogal wat mensen een rookverbod als te ingrijpend. Minister Hoogervorst zegt zich gesteund te voelen door het advies van de raad bij de beslissing over 'de benodigde stappen in genoemde sectoren'.

Verder reageert de minister op twee aanbevelingen in het advies. Hij is het met de Gezondheidsraad eens dat nog veel gezondheidswinst te behalen is als ouders thuis niet in aanwezigheid van hun kinderen roken. Weliswaar kan de overheid hier niet rechtstreeks interveniëren, maar ook via voorlichtingsactiviteiten zijn volgens de minister veranderingen ten goede mogelijk. Enerzijds gaat het

om een persoonlijke en actieve benadering door artsen, verloskundigen, verpleegkundigen en medewerkers van consultatiebureaus die hun cliënten wijzen op de gevaren van meeroken. Anderzijds is er het instrument van massamediale campagnes. Voorbeelden zijn de STIVORO-campagnes *Roken? niet waar de kleine bij is* en *Kinderen kopiëren*.

Het advies bevat indicatieve becijferingen van de jaarlijkse sterfte- en ziektelast door meeroken. Preciezer kwantificeringen vergen nader onderzoek, aldus de Gezondheidsraad. De minister vindt het in principe wel belangrijk dat de schade op populatieniveau nauwkeuriger in beeld wordt gebracht, maar stelt tegelijk dat beschermingsmaatregelen daarop niet hoeven te wachten. 'Aan de hoofdconclusie zal weinig veranderen', besluit hij zijn brief.

Reactie op advies over oefentherapie

MdW Op 20 november 2003 bood de Gezondheidsraad het advies *Oefentherapie* aan aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op 9 maart 2004 ontving de raad de reactie van de minister.

In het advies concludeert de Gezondheidsraad dat oefentherapie bij de behandeling van een aantal aandoeningen bewezen effectief is. De raad noemt: taaislijmziekte (cystic fibrosis); chronische obstructieve longaandoeningen (COPD); etalageziekte (claudicatio intermittens); artrose van de knie en subacute lage rugklachten. Ook zijn er aanwijzingen dat oefentherapie effectief is bij patiënten met de ziekte van Parkinson, de ziekte van Bechterew, artrose van de heup en bij patiënten die een beroerte hebben gehad. Voor al deze aandoeningen acht de raad het terecht dat patiënten voor oefentherapie worden doorverwezen. Oefentherapie blijkt niet effectief te zijn voor patiënten met acute lage rugklachten. Onduidelijk is of oefentherapie doeltreffend is bij reumatoïde artritis, schouderklachten, neklachten, RSI, astma en bronchiëctasieën. De raad adviseert om hiernaar onderzoek te doen.

De minister schrijft dat hij het met het oog op de grote vraag in de samenleving belangrijk vindt dat oefentherapie beschikbaar blijft. Bij de inperking van het ziekenfondspakket per 1 januari 2004 heeft hij de behandeling van chronische aandoeningen zoveel mogelijk ontzien. Dat geldt ook voor de aanspraak op oefentherapie. Indien sprake is van een chronische aandoening heeft de ziekenfondsverzekerde vanaf de tiende sessie aanspraak op behandeling door fysiotherapeut of oefentherapeut. De aandoeningen waarvoor de Gezondheidsraad concludeert dat oefentherapie zinvol is, vallen in de regel binnen deze categorie. Op dat punt ziet de minister in de rapportage een ondersteuning van zijn beleid.

Nader onderzoek naar de effectiviteit van oefentherapie voor een aantal door de Gezondheidsraad aangedragen aandoeningen, lijkt minister Hoogervorst zinvol. Bij de prioritering van

onderzoeksthema's bij universiteiten, hogescholen en specifieke onderzoeksinstellingen kan volgens hem hiermee rekening worden gehouden. Gelet op de spanning binnen zijn budget, kan de minister dergelijk onderzoek echter niet financieel ondersteunen.

De slotconclusie van de minister luidt: 'Alles overziend, ben ik van mening dat de bevindingen van de Gezondheidsraad geen aanleiding vormen om mijn beleid inzake de oefentherapie te

Kabinet op hoofdlijnen eens met advies over legionellabestrijding

MdW Op 20 februari 2004 werd in de ministerraad het kabinetsstandpunt over de bestrijding van legionella goedgekeurd. In dit standpunt formuleert het kabinet zijn reactie op het advies dat de Gezondheidsraad vorig jaar over dit onderwerp uitbracht. Het kabinet blijkt zich op hoofdlijnen te kunnen vinden in de aanbevelingen van de raad. In de kleine vier jaar die voor de totstandkoming van het advies nodig zijn geweest, is een deel van de preventieve maatregelen die de Gezondheidsraad aanbeveelt inmiddels al geïmplementeerd.

Minister Hoogervorst merkt in zijn brief van 1 maart 2004 op dat er bij het legionella-dossier verschillende ministeries betrokken zijn. Behalve Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn dat: Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu; Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Verkeer en Waterstaat. Bij de naleving van de wet- en regelgeving op het gebied van legionella zijn hierdoor diverse toezichthouders betrokken. Het is belangrijk dat dit toezicht op elkaar is afgestemd. Daarom is in 1999 een handhavingsplan opgesteld. Dit handhavingsplan wordt momenteel geactualiseerd.

In zijn brief geeft de minister ook een overzicht van het lopende beleid op het gebied van legionellabestrijding. Een groot aantal van de maatregelen die hij in zijn brief noemt, zijn inmiddels afgerond of in gang gezet. Dit geldt bijvoorbeeld voor de wijziging van het Waterleidingbesluit en voor de Arbobeleidsregel 'Doeltreffende maatregelen ter voorkoming of beperking van blootstelling aan legionellabacteriën'. Uit de brief van de minister vloeien geen nieuwe activiteiten voort die ten laste van de rijksbegroting komen of die van invloed zijn op de administratieve lastendruk.

Verder onderschrijft het kabinet het belang van een goede en adequate behandeling bij (een vermoeden van) legionella-besmetting. De minister van VWS vraagt de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) de concrete behandeladviezen van de Gezondheidsraad op te nemen in de richtlijnen die zij opstelt voor antimicrobiële therapie bij *Community Acquired Pneumonia* (CAP) en bij ziekenhuispatiënten met longontsteking. Het is haar verantwoordelijkheid de behandeladviezen op te nemen in deze richtlijnen.

De Gezondheidsraad geeft in het advies aan dat (epidemieën van) ernstige legionella-infecties ook in de toekomst niet geheel vermeden kunnen worden. Daarom beveelt de raad de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI) aan een plan op te nemen in het draaiboek ten behoeve van de GGD-en over hoe te handelen en communiceren bij legionella-epidemieën. Het kabinet onderschrijft deze aanbeveling van de Gezondheidsraad. De minister van VWS vraagt het LCI deze aanbeveling in de legionella-draaiboeken op te nemen.

Voeding

Maislijn 1507 veilig voor consumptie

De genetisch gemodificeerde maïslijn 1507 onderscheidt zich van gangbare maïs door de aanwezigheid van twee nieuw ingebrachte genen: *cry1F* en *pat*. Deze genen zijn afkomstig uit bacteriën en aangepast voor een optimale expressie in de plant. De eiwitten waarvoor deze genen coderen, maken de maïsplant bestand tegen vraat door bepaalde plaaginsecten (door het CRY1F eiwit) en bestand tegen behandeling met het herbicide glyfosinaat-ammonium op het veld (door het PAT eiwit).

De Commissie VNV verrichtte een zogeheten eerste beoordeling van de veiligheid van de maïslijn 1507. Uit de moleculair-biologische analyse van het nieuwe gewas is gebleken dat één volledige kopie van deze beide genen aanwezig is op één enkele plaats in het DNA van 1507-maïs. De beoogde verandering is gepaard gegaan met onbedoelde herschikkingen van DNA aan de rand van de insertie, die in detail zijn geanalyseerd door de aanvrager. De commissie stelt dat er geen aanwijzingen zijn dat de nieuwe eiwitten toxisch of allergeen zijn voor de mens. Ook zijn er geen aanwijzingen dat de veranderingen in het genoom van de maïsplant leiden tot onbedoelde productie van andere eiwitten.

Om de samenstelling van 1507-maïs te onderzoeken zijn meerdere veldproeven gedaan. Hierbij is de nieuwe maïslijn vergeleken met een niet-gemodificeerde controlemaïs, die genetisch vrijwel identiek is. Per locatie zijn een groot aantal bestanddelen chemisch geanalyseerd: micro- en macronutriënten, antinutriënten en secundaire plantstoffen. De waargenomen variaties in de onderzochte componenten blijven binnen literatuurwaarden en hebben gezondheidkundig gezien geen consequenties. Ook uit sub-chronisch proefdieronderzoek zijn geen nadelige bijeffecten van de modificatie in 1507-maïs naar voren gekomen.

Dr CMA van Rossum is secretaris en drs CL Vuijst project-assistent bij de Gezondheidsraad.

De Commissie VNV: In het kader van de Europese verordening Nieuwe Voedingsmiddelen en Voedsel ingrediënten levert een producent vóór het op de markt brengen van een nieuw voedingsmiddel een veiligheidsdossier in bij één lidstaat. Deze verricht de eerste beoordeling. De overige lidstaten voeren op basis van het dossier en het eerste oordeel een tweede beoordeling uit. Met elkaar bediscussiëren de lidstaten de aanvraag voor markttoelating en de veiligheidsbeoordelingen en adviseren tot het wel of niet toelaten van het nieuwe voedingsmiddel. In Nederland worden de beoordelingen verricht door de Commissie Veiligheidsbeoordeling Nieuwe Voedingsmiddelen (VNV) van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Insectenresistente en herbicidetolerante maïs 1507 (2003/04VNV)* kan gedownload worden van www.gr.nl of – zolang de voorraad strekt – worden besteld bij het secretariaat. Zie de rubriek 'Verschenen'.

De commissie concludeert dat de consumptie van de 1507-mais en de daaruit geproduceerde voedingsmiddelen en voedsel- ingrediënten voor de mens even veilig is als consumptie van gangbare niet genetisch gemodificeerde mais en maïsproducten.

Advies gevraagd over voedselallergie

MdW In een brief van 6 februari 2004 vraagt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – mede namens zijn collega van Landbouw, Natuur en Visserij – de Gezondheidsraad om hem nog dit jaar te adviseren over voedselallergie. De aandacht voor dit thema neemt toe, zowel in wetenschappelijke publicaties als in de algemene media. Algemeen lijkt de indruk te bestaan dat het aantal allergische aandoeningen de laatste jaren sterk toeneemt. Om hun beleid op dit terrein goed te kunnen evalueren, willen de bewindslieden graag antwoord op de volgende vragen:

1. Wat is de prevalentie van voedselallergieën bij de verschillende leeftijdsgroepen? Is er een daadwerkelijke groei van het aantal allergische aandoeningen en is deze groei te verklaren?
2. Kunt u een overzicht geven van de verschillende hypothesen, waaronder de hygiënehypothese, op het gebied van allergieën en deze hypothesen wetenschappelijk beoordelen?
3. Is het mogelijk met de prevalentie van voedselallergieën bij (jonge) kinderen en volwassenen een uitspraak te doen over het verwachte gezondheidsverlies gedurende het leven van de allergiepatiënt en de daarmee gepaard gaande gezondheidskosten?
4. Is het mogelijk met deze kennis advies te geven over de effectiviteit van de huidige diagnostiek, preventiemaatregelen en behandeling en kunt u adviseren over nieuwe diagnostiek en/of (preventie)strategieën, die gezondheidswinst opleveren, cq. de ziektelast verlagen? Kunt u voor de geadviseerde maatregelen de kosteneffectiviteit aangeven?

Milieu

Raad adviseert over vervolgonderzoek naar elektromagnetische velden

MdW Najaar 2003 verscheen een TNO-studie over de relatie tussen blootstelling aan elektromagnetische velden die afkomstig zijn van GSM en UMTS antennes enerzijds en cognitieve functies en welbevinden anderzijds. TNO vond een statistisch significante relatie tussen de aanwezigheid van radiofrequente velden die lijken op die van een UMTS-basisstation en ‘een als minder goed ervaren welzijn’ bij de proefpersonen. Dit was nog niet eerder waargenomen. Daarnaast vond TNO statistisch relevante relaties tussen de aanwezigheid van velden van UMTS- en GSM-basisstations en de uitvoering van diverse cognitieve functies. Veelal betreft dit een verbetering. Soortgelijke resultaten zijn eerder beschreven in de literatuur.

Naar aanleiding van de TNO-bevindingen schreef de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – mede namens de minister van Economische Zaken, de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid – een brief aan de voorzitter van de Gezondheidsraad. Hij kondigt hierin aan dat de departementen vervolgonderzoek willen laten doen naar de relatie tussen elektromagnetische velden en welbevinden en cognitieve functies. Van de Gezondheidsraad willen de bewindslieden graag antwoord op de volgende vragen:

1. Wat vindt de Gezondheidsraad van de kwaliteit van het COFAM-onderzoek en hoe zou replicatieonderzoek het beste uitgevoerd kunnen worden?
2. Is het wenselijk dat aanvullend onderzoek wordt uitgevoerd en zo ja, welke aandachtspunten acht u bij dat verdere onderzoek van belang, mede rekening houdend met onderzoeksinspanningen elders?

3. Is 'ervaren welzijn' een voldoende objectief begrip om tot wetenschappelijke conclusies te komen?
4. Is een vermindering van het 'ervaren welzijn' een voldoende ernstig gezondheidseffect om maatregelen te rechtvaardigen die dit effect tegengaan?

Advies gevraagd over milieu-invloeden op astma en luchtwegallergie

MdW Op 17 februari 2004 vroeg de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu de Gezondheidsraad om advies over de invloed van omgevingsfactoren op astma en luchtwegallergie. Deze aandoeningen komen veel voor en hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven, op het school- en werkverzuim en op de kosten van de gezondheidszorg. In diverse publicaties wordt volgens de staatssecretaris vooral bij kinderen een toename beschreven van astma en luchtwegallergie, niet alleen in Nederland maar ook in een reeks andere westerse landen. In Oost- en Zuidoost-Europa is de prevalentie veel lager en is een dergelijke stijging niet waargenomen. Een erfelijke aanleg voor allergische aandoeningen wordt verondersteld een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van astma en luchtwegallergie. Omdat de genetische samenstelling van de bevolking maar langzaam verandert, worden vooral omgevingsfactoren – al dan niet in interactie met genetische factoren – verantwoordelijk geacht voor de beschreven toename in astma en luchtwegallergie. Het is niet duidelijk om welke milieu-invloeden het hier precies gaat.

Niet alleen in Nederland, maar ook in andere – vooral Europese – landen is de afgelopen jaren veel prospectief onderzoek in gang gezet naar de ontwikkeling van astma en andere allergische aandoeningen van de luchtwegen onder kinderen. Ook de verdere identificatie van beïnvloedbare factoren maakt deel uit van dit onderzoek. Een evaluatie van de resultaten daarvan kan meer inzicht verschaffen in de doeltreffendheid van preventieve maatregelen, zoals allergeenvermijding. De staatssecretaris legt daarom de volgende vragen voor:

1. Kan de Gezondheidsraad een oordeel geven over de validiteit en de betekenis van de beschikbare prevalentiecijfers van astma en andere luchtwegallergische aandoeningen

in Nederland en van de veranderingen die daarin de laatste decennia zijn opgetreden en aangeven of deze gegevens zodanig systematisch zijn verzameld dat gesproken kan worden van een daadwerkelijke toename in de tijd?

2. Kan de Gezondheidsraad, in aansluiting hierop, nagaan wat de aard en omvang is van risicogroepen voor het ontwikkelen van astma en luchtwegallergie, en aangeven in hoeverre de huidige monitoringprogramma's naar het vóórkomen van deze aandoeningen in tijd en plaats voldoen om de prevalentie in risicogroepen te volgen?

3. Kan de Gezondheidsraad de stand van wetenschap weergeven over het aandeel van en de interacties tussen de verschillende genetische en omgevingsfactoren in het ontstaan en de toename van astma en luchtwegallergie en daarbij ook expliciet aandacht schenken aan de hiaten in kennis op dat gebied?

4. Kan de Gezondheidsraad tenslotte aangeven welke preventieve maatregelen ten aanzien van omgevingsfactoren hij – uit welke risicogroepen en in welke levensfase – als meest effectief beoordeelt, zowel ter voorkoming van het ontstaan van astma en andere luchtwegallergieën (primaire preventie) als ter verbetering van de conditie van astma- en luchtwegallergiepatiënten via een reductie van klachten (tertiaire preventie: voorkómen van verergering)?

Arbeidsomstandigheden

Actualisering grenswaarden voor stoffen op de werkplek

Op 30 maart 2004 verschenen twintig nieuwe delen in een speciale reeks adviezen van de Gezondheidsraad ten behoeve van het arbeidsomstandighedenbeleid van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Deze adviezen bevatten wetenschappelijke informatie voor herziening van 'oude' grenswaarden voor beroepsmatige blootstelling aan stoffen. De staatssecretaris gebruikt de advieswaarden van de Gezondheidsraad bij het vaststellen van wettelijke grenswaarden.

Voor de concentraties van chemicaliën die mensen op hun werk mogen inademen, stelt de staatssecretaris van SZW zogeheten Maximaal Aanvaarde Concentraties vast (MAC-waarden). Daarbij baseert hij zich onder meer op een door de Gezondheidsraad verrichte wetenschappelijke evaluatie van de toxicologische gegevens over de stof in kwestie.

Om praktische redenen heeft de overheid in het verleden voor enkele honderden stoffen MAC-waarden overgenomen uit buitenlandse lijsten. Gaandeweg kwamen er aanwijzingen dat niet al die waarden voldoende gezondheidsbescherming bieden. Op verzoek van de staatssecretaris toetst een speciaal daartoe geformeerde commissie van de Gezondheidsraad deze 'oude' MAC-waarden aan de huidige stand van de wetenschap en stelt, indien mogelijk, gezondheidskundige advieswaarden voor. In totaal evalueert de commissie ruim 160 stoffen. Sinds december 2000 is over 92 van deze stoffen advies uitgebracht.

Op 30 maart verschenen twintig nieuwe adviezen. Voor tien van de onderzochte stoffen stelde de Gezondheidsraad gezondheidskundige advieswaarden op die lager zijn dan de nu geldende MAC-waarde. Dit geldt voor de stoffen: benomyl; 2-chlooracetofenon; (2-chloorbenzylideen)malonitril; 2-chloortolueen; 2,6-di-*tert*-butyl-*p*-cresol; methylacetaat; nicotine; perhydro-1,2,5-trinitro-1,3,5-triazine; warfarine; wateroplosbaar ijzer(III)zouten.

Dr C Bouwman en drs JTJ Stouten zijn beiden secretaris bij de Gezondheidsraad.

De publicaties zijn in het Engels gesteld en verschenen onder de volgende titels en nummers: *Ammonium chloride (fume)* (2000/15OSH/093); *Benomyl* (2000/15OSH/094); *Benzenethiol* (2000/15OSH/095); *Calcium hydroxide* (2000/15OSH/096); *2-Chloroacetophenone* (2000/15OSH/097); *(2-Chlorobenzylidene)malononitrile* (2000/15OSH/098); *2-Chlorotoluene* (2000/15OSH/099); *Cyclohexene* (2000/15OSH/100); *2,6-Di-tert-butyl-p-cresol* (2000/15OSH/101); *Iron salts, water-soluble* (2000/15OSH/102); *Methyl acetate* (2000/15OSH/103); *4-Methylpent-3-en-2-one* (2000/15OSH/104); *Nicotine* (2000/15OSH/105); *Oxalic acid* (2000/15OSH/106); *Pentan-3-one* (2000/15OSH/107); *Perhydro-1,2,5-trinitro-1,3,5-triazine* (2000/15OSH/108); *Pindone* (2000/15OSH/109); *Potassium hydroxide* (2000/15OSH/110); *Strychnine* (2000/15OSH/111); *Warfarin* (2000/15OSH/112). Zie rubriek 'Verschenen'.

Samenstelling commissie:

- prof. dr J Noordhoek, toxicoloog; Universiteit Nijmegen;
voorzitter (overleden)
- prof. dr VJ Feron, toxicoloog; TNO, Zeist; *waarnemend voorzitter*
- dr A Aitio; World Health Organization, Genève, Zwitserland
- prof. PL Chambers, toxicoloog; University of Dublin, Ierland (overleden)
- prof. dr H Greim, toxicoloog; Technische Universität München, Freising-Weihenstephan, Duitsland
- dr U Hass, toxicoloog; Institute of Food Safety and Toxicology, Søborg, Denemarken
- prof. dr CJ Högberg, toxicoloog; National Institute for Working Life, Stockholm, Zweden
- dr G de Mik, toxicoloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
- A Moses, toxicoloog; Hartford, Northwich, Verenigd Koninkrijk
- prof. dr W Seinen, toxicoloog; Universiteit Utrecht
- dr GMH Swaen, epidemioloog; Universiteit Maastricht
- dr WMD Wagner; American Conference of Governmental Industrial Hygienists, Cincinnati, Verenigde Staten; *corresponderend lid*
- RD Zumwalde, industrieel hygiënist; National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati, Verenigde Staten
- drs LCMP Hontelez; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; *adviseur*
- prof. dr WF Passchier; Gezondheidsraad, Den Haag; *waarnemer*
- dr CA Bouwman; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
- drs JTJ Stouten; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*

Openbare conceptrapporten over de reproductietoxiciteit van methylchloride en cyclohexanol

AvdB In twee conceptrapporten evalueert de Commissie Reproductietoxische Stoffen van de Gezondheidsraad de gevolgen van blootstelling aan methylchloride en cyclohexanol voor de voortplanting en de ontwikkeling van het nageslacht. De bevindingen van de commissie, geformuleerd in de door de Europese Unie gekozen terminologie, 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.

De conceptrapporten zijn voor commentaar aangeboden aan de Subcommissie MAC-waarden van de Sociaal-Economische Raad en aan deskundigen uit werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen commentaar leveren. De commentaartermijn is inmiddels verstreken.

De definitieve rapporten zullen worden aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De conceptrapporten *Methylchloride* en *Cyclohexanol* kunnen worden gedownload via www.gr.nl en zijn te verkrijgen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie de rubriek 'Verschenen'.

Openbare conceptrapporten over beroepsmatige blootstelling aan drie kankerverwekkende stoffen

AvdB De Gezondheidsraad heeft drie conceptrapporten openbaar gemaakt, waarin de Commissie WGD van de raad de gezondheidsrisico's analyseert van blootstelling aan de volgende kankerverwekkende stoffen: mitomycine C, bleomycine en stikstofmosterd (hydrochloride). De beschouwingen van de commissie monden, per stof, uit in berekeningen van de kansen op kanker wanneer mensen op hun werk aan deze stoffen worden blootgesteld.

De rapporten zijn voor commentaar aangeboden aan de Subcommissie MAC-waarden van de Sociaal-Economische Raad en aan deskundigen uit kringen van werkgevers- en werknemersorganisaties. Ook andere belangstellenden kunnen commentaar leveren op de conceptrapporten. De commentaartermijn loopt tot 24 mei 2004.

De definitieve rapporten zullen worden aangeboden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, die ze zal betrekken bij het vaststellen van wettelijke grenswaarden.

De conceptrapporten zijn geschreven in het Engels en getiteld *Mitomycin C*, *Bleomycin* en *Nitrogen Mustard (Hydrochloride)*. Ze kunnen worden gedownload via www.gr.nl, en zijn te verkrijgen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad.

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

Gezondheidszorg

2003

Nieuwe wegen naar orgaandonatie. 2003/01
 Contouren van het basispakket. 2003/02.
 Kostenutiliteitsanalyse. A03/01.
 Publiekskennis genetica, signalement. 2003/05.
 Honderd jaar Gezondheidsraad: een dozijn bespiegelingen. A03/02.
 Juridische afbakening van het verzorgsbeginsel: mogelijkheden en grenzen A03/03.
 Workshop Neonatale screening met behulp van massaspectrometrie. Verslag van een door de Gezondheidsraad belegde workshop. A03/04.
 Health Council of the Netherlands; reports 2002: executive summaries. A03/05.
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2003 Gezondheidsraad. 2003/08.
 Jaarverslag Gezondheidsraad 2002. A03/06.
 Vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen en risicogroepen. 2003/10.
 Immunisatie tegen tetanus bij verwonding. 2003/11.
 Bestrijding van legionella. 2003/12.
 Vaccinatie van kinderen tegen hepatitis B. 2003/14.
 Pathogeenreductie in bloedproducten. 2003/16.
 Hemathopoietische stamcellen. 2003/17.
 Palliatieve chemotherapie. 2003/18.
 Hersenletsel bij bokkers en voetballers. 2003/19.
 Volksgezondheidsschade door passief roken. 2003/21.
 Oefentherapie vaak effectief. 2003/22.
 Wet bevolkingsonderzoek: screening op downsyndroom vroeg in de zwangerschap. 2003/01WBO.

2004

Omstreden Herinneringen. 2004/02.
 Vaccinatie tegen kinkhoest. 2004/04.
 Antivirale middelen bij een griepandemie; gebruik bij schaarste. 2004/05.
 Screenen op chlamydia. 2004/07.
 Bewaartermijn patiëntengegevens. 2004/08.

Voeding

2003

Voedingsnormen: vitamine B₆, foliumzuur en B₁₂. 2003/04.
 Overgewicht en obesitas. 2003/07.
 Voedingsmiddelen en -supplementen met claims over gezondheidseffecten. 2003/09.

Fytosterolen (3). 2003/01VNV.
 Betaïne (3). 2003/03VNV.
 Insectenresistente en herbicidetolerante mais 1507. 2003/04VNV
 Palmoleïne. 2003/05VNV.

Milieu

2003

Gezondheidseffecten van blootstelling aan radiofrequente elektromagnetische velden; aanbevelingen voor onderzoek. 2003/03.
Benchmark-dosismethode: afleiding gezondheidkundige advieswaarden in nieuw perspectief. 2003/06.
 Gezondheid en milieu: mogelijkheden van monitoring. 2003/13.
 Monitoring van milieu- en gezondheidsindicatoren, achtergrondstudie T Fast. A03/07.
 Gezondheid en milieu: kennis voor beleid. 2003/20.

2004

Elektromagnetische velden. 2004/01.

Arbeidsomstandigheden

2003

Tetrachloorethyleen (PER); Health-based recommended occupational exposure limit. 2003/01OSH.
 Formaldehyde; Health-based recommended occupational exposure limit. 2003/02OSH.
 Metallic lead; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2003/03OSH.
 Tetrachloroethylene (PER); Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2003/04OSH.
 Nickel and its compounds; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2003/05OSH.
 β-Chloroprene; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2003/06OSH.
 Strong inorganic acid mists containing sulphuric acid; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2003/07OSH.
 Sulphur dioxide; health-based recommended occupational exposure limit. 2003/08OSH.
 Trichloroethylene; evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2003/09OSH.

Diethyleneglycol (mono)alkylethers; evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification. 2003/10OSH.

Herevaluatie van oude mac-waarden: Chlorpyrifos; Demeton; Dicrotophos; Dioxathion; Disulfoton; Methyl-S-demeton; Monocrotophos; Naled; Phorate; Temephos. 2000/15OSH/068-1 t/m 2000/15OSH/076-1.

Herevaluatie van oude mac-waarden: Boron trifluoride; Chlorinated diphenyl oxides; Clopidol; Diisopropylamine; Hexachlorocyclopentadine; Iso-octyl' alcohol; N-isopropylaniline; Magnesium carbonate; Methylbutan-1-ol (isoamyl alcohol); Perlite; Phenothiazine; 2-Phenylpropene (α -methylstyrene); Slate dust; Thiram; Tin(IV) oxide/tin(II) oxide; M-xylen- α,α' -ylenediamine. 2000/15OSH/077-1 t/m 2000/15OSH/092-1.

2004

Nitrogen dioxide. 2004/01OSH.

Ammonium chloride (fume); Benomyl; Benzenethiol; Calcium hydroxide; 2-Chloroacetophenone; (2-Chlorobenzylidene)malononitrile; 2-Chlorotoluene; Cyclohexene; 2,6-Di-tert-butyl-p-cresol; Iron salts, water-soluble; Methyl acetate; 4-Methylpent-3-en-2-one; Nicotine; Oxalic acid; Pentan-3-one; Perhydro-1,2,5-trinitro-1,3,5-triazine; Pindone; Potassium hydroxide; Strychnine; Warfarin. 2000/15OSH/093-1 t/m 2000/15OSH/112-1.

GRAADMETER # 2
JAARGANG 20
MAART / APRIL 2004

Redactie

M van Leeuwen (hoofdredacteur),
MMHE van den Berg, W Bosman,
ASAM van der Burght, K Groene-
veld, M de Waal (eindredacteur)

Secretariaat/opmaak

M Javanmardi, J van Kan

Basisvormgeving

Noortje Hoppe, Rotterdam

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

Adres redactie en
abbonementen

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

ISSN 0169-5211