

---

## CCMO geïnstalleerd door de Minister van VWS

---

Pagina 3

Op 6 april 1999 heeft de Minister van VWS de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) geïnstalleerd. Het secretariaat van dit nieuwe orgaan is gehuisvest bij de Gezondheidsraad. De voorbereidingen voor de

CCMO vonden grotendeels plaats onder verantwoordelijkheid van de Algemeen Secretaris van de Raad. De komst van de CCMO houdt in dat de KEMO binnenkort wordt opgeheven.

---

## Veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen

---

Pagina 8

De Minister van VWS heeft - mede namens de Staatssecretaris van LNV - de Gezondheidsraad verzocht op te treden als beoordelingsautoriteit in Nederland met betrekking tot de veiligheid van nieuwe voedingsmiddelen. In de Europese richtlijn voor 'novel foods' (EU-verordening 258/97) is vastgelegd dat elke EU-lidstaat zo'n beoordelingsautoriteit moet hebben. Een

producent levert bij één van de lidstaten een veiligheidsdossier in. Dit dossier wordt beoordeeld door de daartoe aangewezen instantie in dat land. In principe wordt dat oordeel door de andere lidstaten erkend, zodat de fabrikant - als het positief is - ook in één keer toegang heeft tot de hele EU-markt.

---

## Asbestose

---

Pagina 9

In een op 29 maart 1999 verschenen advies aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid doet de Gezondheidsraad aanbevelingen ten behoeve van het van overheidswegen aan asbestslachtoffers toekennen

van een schadevergoeding. De Raad beschrijft een wetenschappelijk onderbouwd protocol voor het beantwoorden van de vraag of iemand asbestose heeft opgelopen door blootstelling aan asbest tijdens de beroepsuitoefening.

# Inhoud

Pagina

---

<b>CCMO geïnstalleerd door de Minister van VWS</b>	<b>3</b>
<b>Milieukwaliteit en de gezondheid van kinderen</b>	<b>6</b>
<b>Veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen</b>	<b>8</b>
<b>Laserpointers niet gevaarloos</b>	<b>8</b>
<b>Asbestose</b>	<b>9</b>
<b>Gezondheidsraadlezing 1999</b>	<b>11</b>
<b>Diagnostiek en behandeling van ADHD</b>	<b>11</b>
<b>Commissie Intensive care voor pasgeborenen</b>	<b>12</b>
<b>Commissie Implementatie MTA geïnstalleerd</b>	<b>12</b>
<b>Maagklachten; lumbosacraal radiculair syndroom</b>	<b>13</b>
<b>Commissie RSI</b>	<b>14</b>
<b>Toxische stoffen op de werkplek</b>	<b>14</b>
<b>Nieuwe aanvragen</b>	<b>16</b>
<b>Verschenen</b>	<b>20</b>

---

## Colofon

GRAADMETER  
Jaargang 15, nr 2  
maart/april 1999  
ISSN 0169-5211

Redactie:  
JA Knottnerus  
(hoofdredacteur)  
AB Leussink  
(eindredacteur)

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

GRAADMETER  
is een uitgave  
van de Gezondheidsraad

ASAM van der Burght  
WJ Dondorp  
HFG van Dijk  
WA van Veen

## CCMO geïnstalleerd door de Minister van VWS

(JGM Aartsen)

Op 6 april 1999 heeft de Minister van VWS de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) geïnstalleerd. Het secretariaat van dit nieuwe orgaan is gehuisvest bij de Gezondheidsraad. De voorbereidingen voor de

CCMO vonden grotendeels plaats onder verantwoordelijkheid van de Algemeen Secretaris van de Raad. De komst van de CCMO houdt in dat de KEMO binnenkort wordt opgeheven.

### WMO

In februari 1998 is de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) voltooid. Met de komst van deze wet krijgt de al jaren bestaande praktijk van medisch-ethische toetsingscommissies in instellingen voor gezondheidszorg een juridische basis. De normen waaraan medisch-wetenschappelijk onderzoek moet voldoen, worden in de WMO geëxpliciteerd. De wet heeft lang op zich laten wachten. Belangrijk discussiepunt waren de normen voor onderzoek met proefpersonen die niet in staat zijn zelf hun wil kenbaar te maken, zoals jonge kinderen.

De WMO voorziet ook in de instelling van een nieuw orgaan: de centrale commissie als bedoeld in artikel 14. Omdat de Algemeen Secretaris van de Gezondheidsraad in de wet aangewezen wordt als secretaris van die commissie, heeft de Minister van VWS hem in november 1996 gevraagd de voorbereidingen voor de instelling van de commissie ter hand te nemen. Daartoe is een werkgroep geformeerd.

In januari 1999 werd het traject van inwerkingtreding van de WMO bekend. Er komen drie fasen: in april treedt het gedeelte van de wet in werking dat voorziet in de centrale commissie, in mei het deel dat betrekking heeft op de erkenning van lokale commissies, in oktober 1999 de rest van de wet. De CCMO is op 6 april geïnstalleerd. De werkgroep heeft haar taak volbracht en is op 25 januari 1999 door de Algemeen Secretaris van de Gezondheidsraad opgeheven.

### Naamgeving

De werkgroep had onder meer als taak het doordenken van de consequenties die de WMO, en in het bijzonder de instelling van de centrale commissie, heeft voor de bestaande structuur van toetsingscommissies en voor onderzoekers. De groep bestond uit drie leden van het Secretariaat van de Gezondheidsraad, een lid van de KEMO, twee leden van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Medisch-ethische Toetsingscommissies, twee ambtenaren van VWS en een externe adviseur voor het ontwerpen van de administratieve systemen.

De werkgroep heeft zich bezig gehouden met het operationaliseren van de taken van de centrale commissie en met voorlichting daarover aan het veld. Op het werk van de centrale commissie toegespitste automatiseringssystemen zijn ontworpen, evenals een huisstijl. Over de naam van de nieuwe commissie is uitvoerig gediscussieerd. De naam 'Centrale Commissie' vond men niet specifiek genoeg en bovendien verwarrend omdat de Wet op de dierproeven ook een 'centrale commissie' kent. Omdat het in de WMO in essentie gaat om de bescherming van de proefpersoon, is gekozen voor de naam 'Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek', afgekort CCMO.

### Positie en taken CCMO

De CCMO is een bij wet ingesteld orgaan met publiekrechtelijke bevoegdheden. Men noemt dit wel een zelfstandig bestuursorgaan. In dit opzicht onderscheidt de CCMO

zich van de centrale commissie uit de Wet op de dierproeven, van de Commissie biotechnologie bij dieren en van de COGEM (commissie genetische modificatie). Deze drie commissies zijn namelijk adviescommissies; de minister neemt de besluiten. De CCMO kan besluiten nemen die vatbaar zijn voor beroep op grond van de Algemene Wet bestuursrecht. Ook de Wet openbaarheid van bestuur is op haar van toepassing.

De taken van de CCMO zijn limitatief in de WMO genoemd:

- Erkennen van lokale medisch-ethische toetsingscommissies
- Registreren van lokaal beoordeelde onderzoeksvorstellen
- Toezichthouden op de erkende lokale commissies
- Beoordelen in eerste aanleg van bepaalde types onderzoek
- Beoordelen als beroepsinstantie.

De CCMO kan lokale commissies erkennen als zij voldoen aan de in de wet genoemde limitatieve erkenningseisen, zoals een bepaalde samenstelling, een adequaat reglement en de eis dat een bepaald aantal protocollen in een bepaald tijdsbestek beoordeeld moet worden.

Op lokaal niveau beoordeelde onderzoeksvorstellen, zoals veel protocollen op het gebied van geneesmiddelenonderzoek, moeten (op hoofdlijnen) bij de CCMO geregistreerd worden, evenals het oordeel van de desbetreffende lokale commissie. De toezichthoudende taak van de CCMO houdt verband met de registratie. Ook kan de CCMO richtlijnen uitvaardigen voor de lokale commissies. Er bestaat enige overlap tussen de toezichthoudende taak van de CCMO en die van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Krachtens de WMO moeten bepaalde vormen van onderzoek met wilsonbekwamen (vooral het zogenoemde niet-therapeutisch interventieonderzoek) door de CCMO beoordeeld worden. Facultatief geldt dit voor observationeel onderzoek bij wilsonbekwamen. Voorts wordt in een Algemene Maatregel van Bestuur aangegeven dat de CCMO moet oordelen over onderzoeksvorstellen op het gebied van genterapie en xenotransplantatie. De lokale toetsingscommissies hebben hier geen taak meer als beoordelende instantie. Dit sluit niet uit dat zij kunnen fungeren als adviserende commissie voor de directie van hun instelling.

De CCMO treedt op als beroepsinstantie voor onderzoeksvorstellen waarover op lokaal niveau onenigheid bestaat tussen onderzoekers en de plaatselijke commissie.

#### **Installatie**

De installatie van de CCMO op 6 april had de vorm van een eerste commissievergadering waarbij een ruime kring van betrokkenen was uitgenodigd. Naast de officiële handelingen was er een inhoudelijk programma met als rode draad: de stand van zaken en een blik op de onderzoeksgebieden waarmee de CCMO de komende jaren te maken krijgt. De sprekers waren: prof dr F G Grosveld, prof dr P Sauer en drs GMWR de Wert. De volgende editie van dit blad zal een verslag van de instellingsvergadering bevatten.

#### **Opheffing KEMO**

In de parlementaire behandeling van de WMO heeft de minister gezegd dat de KEMO (de Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek) opgeheven zal worden met de komst van de centrale commissie. Dat zal gebeuren als de WMO in zijn geheel in werking is getreden, dat wil zeggen in oktober 1999. De KEMO, waarvan het secretariaat werd verzorgd door het Secretariaat van de Gezondheidsraad, zal dan tien jaar hebben bestaan. Tot dat moment is er ingaande 6 april 1999 een overgangssituatie. In die periode zal de KEMO haar werkzaamheden afronden en haar dossiers overdragen aan de CCMO.

Het gaat hier vooral om onderzoeksvoorstellen op het gebied van de genterapie.

Voor onderzoek met gebruikmaking van menselijke embryo's of geslachts- cellen is een specifieke wet in voorbereiding. In die wet zal vastgelegd worden dat de CCMO dit type onderzoek moet beoordelen. In afwachting van deze wet zal de CCMO hier een adviserende taak hebben. Kort gezegd: de CCMO neemt de taak van de KEMO over, waar het gaat om onderzoek met menselijke embryo's en geslachtscellen.

#### Samenstelling CCMO

De WMO stelt duidelijke regels omtrent de samenstelling van de CCMO. De commissie heeft ten hoogste 13 leden. Zij bestaat in elk geval uit een of meer artsen, en uit personen die deskundig zijn op het gebied van de farmacologie, de verpleegkunde, de gedragswetenschappen, de rechtswetenschap, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en de ethiek. Voorts is op verzoek van de Tweede Kamer toegevoegd "een persoon die het wetenschappelijk onderzoek specifiek beoordeelt vanuit de invalshoek van de proefpersoon". Naast de voorzitter en de leden worden plaatsvervangende leden benoemd, allen voor ten hoogste vier jaar. De benoeming geschiedt bij Koninklijk Besluit, op voordracht van de Minister van VWS. Ten slotte is voorzien in een door de minister aan te wijzen waarnemer bij de vergaderingen.

#### De samenstelling van de CCMO is als volgt:

- dr HKA Visser, emeritus hoogleraar kindergeneeskunde; Rotterdam, voorzitter
- dr ID de Beaufort, hoogleraar medische ethiek; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr AF Cohen, hoogleraar klinische farmacologie; Universiteit Leiden
- dr DW Erkelens, hoogleraar interne geneeskunde; Academisch Ziekenhuis Utrecht
- dr CMA Frederiks, hoogleraar verplegingswetenschap; Katholieke Universiteit Nijmegen
- mr dr JKM Gevers, hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit van Amsterdam
- dr HAMJ ten Have, hoogleraar medische ethiek; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr JDF Habbema, hoogleraar medische beslistkunde; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr CCE Koning, radiotherapeut; Westeinde Ziekenhuis, Den Haag
- dr J Passchier, hoogleraar medische psychologie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- drs WMM Vos-van Gortel, 'lekenlid'; Utrecht

#### Plaatsvervangende leden

- dr T van Achterberg, verplegingswetenschapper; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr J Bennebroek Gravenhorst, emeritus hoogleraar gynaecologie; Leiden
- drs JHW Kits Nieuwenkamp-Storm van 's Gravesande, 'lekenlid' (plv); Den Haag
- dr E van Leeuwen, hoogleraar medische ethiek; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr PJ van der Maas, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr A Tibben, medisch-psycholoog; Erasmus Universiteit Rotterdam
- mr FBC van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht; Universiteit Maastricht

#### Secretariaat

Een zelfstandig bestuursorgaan heeft een onafhankelijk secretariaat. In de WMO is dan ook bepaald dat de Minister van VWS de medewerkers van het secretariaat van de CCMO benoemt. Zoals gezegd, is de Algemeen Secretaris van de Gezondheidsraad wettelijk aangewezen als hoofd van het secretariaat van de CCMO. Onder zijn verantwoordelijkheid zijn inmiddels vier medewerkers aangetrokken, te weten:

- dr MJH Kenter, algemeen secretaris
- dr MA Pols, secretaris-arts
- mr EM van Veldhuizen-Polman, secretaris-jurist
- drs MF van den Berg, management-assistent

Dit team zal binnenkort nog worden uitgebreid met een secretariele medewerker. Nadere zakelijke gegevens: CCMO, Postadres: Postbus 16052, 2500 BB Den Haag. Bezoekadres: Parnassusplein 5, Den Haag. Telefoon: (070) 340 67 00, Fax: (070) 340 67 37, E-mail: CCMO@CCMO.nl

## Milieukwaliteit en de gezondheid van kinderen

(JAG  
vd  
Wiel)

In de loop der jaren is het inzicht ontstaan dat kinderen een duidelijke risicogroep vormen met betrekking tot de gevolgen van blootstelling aan omgevingsfactoren voor de gezondheid. Niet alleen is juist voor kinderen de blootstelling vaak aan de hoge kant, ook is het zich ontwikkelende organisme veelal extra gevoelig voor schadelijke invloeden van milieuverontreiniging. In diverse adviezen van de Gezondheidsraad heeft dit thema aandacht gekregen. Van dit laatste getuigden onder meer

twee in Amsterdam gehouden internationale bijeenkomsten van deskundigen op dit terrein. Onderstaand een impressie van een deelnemer aan een workshop en een tweedaags congres over 'de gezondheid van kinderen en het milieu'. Het congres was een onderdeel van het 22ste Internationaal Congres Kinder-geneeskunde; de daarmee samenhangende workshop werd gefinancierd door de Amerikaanse Environmental Protection Agency.

### Internationaal netwerk

De workshop was voornamelijk gewijd aan een initiatief om te komen tot een internationaal netwerk voor 'Child health, environment and safety'. Van politiek belang is het feit dat in mei 1997 de milieuministers van de G8 (de acht belangrijkste industrielanden) een 'declaration' over genoemd thema hebben doen uitgaan. Intussen hebben de initiatiefnemers van de workshop een missie voor het netwerk geformuleerd en diverse organisaties (waaronder de Gezondheidsraad) uitgenodigd daarin te participeren.

### Gezondheidsrisicobeoordeling

Het tweedaagse congres omvatte, toegespitst op kinderen, vrijwel alle onderwerpen van het aandachtsgebied 'Gezondheid en Omgeving' van de Gezondheidsraad. Verscheidene inleiders stelden dat de huidige risicobeoordeling, vanuit afzonderlijke agentia en op basis van dierexperimentele gegevens of via extrapolatie van gegevens over beroepsmatige blootstelling, in elk geval voor kinderen ontoereikend is. Zij bepleitten een gezondheidsrisicobeoordeling afgestemd op alle facetten die lokaal van belang zijn.

### Lood

In het congreshoofdstuk 'Zware metalen' werd onder meer stilgestaan bij het nog steeds ontbreken van voldoende zekerheid over een gezondheidskundige drempelwaarde voor de loodconcentratie in het bloed van mensen. Zoals ook is opgemerkt in het advies 'Lood in drinkwater' van de Gezondheidsraad (publicatie 1997/07), zijn al bij betrekkelijk lage lood-in-bloedgehalten - dat wil zeggen: concentraties beneden 100 µg per liter - neurologische effecten waargenomen.

RMC Theelen (Tauw Milieu Consultancy) rapporteerde over een risicobeoordeling voor een locatie waar de loodgehaltes in de bodem tamelijk hoog zijn. Behalve de loodgehaltes in groenten en knollen is ook de absorptie in het maag darmkanaal bepaald. Langs deze weg is de 'echte' inwendige blootstelling van kinderen aan lood geschat. Blijkens de uitkomsten overschrijdt blootstelling bij één op de honderd kinderen in het beschouwde gebied de toegestane dagelijkse inneming (TDI).

### Luchtkwaliteit

Er is nu wel in voldoende mate aangetoond, aldus prof. B Brunekreef (LU, Wageningen), dat dag-tot-dag variaties in luchtvervuiling geassocieerd zijn met sterfte, ziekenhuisopname voor long- en hartziekten, acute luchtwegklachten en gebruik van geneesmid-



delen door astmatici. Uitkomsten van andere onderzoeken duiden op ongunstige langetermijneffecten op overleving, longfunctie en het optreden van chronische ademhalingsklachten. Vaak gaat het om blootstelling aan ozon en fijn stof in concentraties beneden wettelijke grenswaarden. Bij kinderen zijn nog niet alle gevolgen bestudeerd. Postnatale sterfte lijkt geassocieerd met fijn-stofniveaus. Uitkomsten van onderzoek bij kinderen die naast drukke wegen wonen, lijken er op te wijzen dat blootstelling aan emissies van vrachtverkeer (vooral dieseluitlaatgassen) samenhangt met een verminderde longfunctie en meer bronchitis en rhinitis. Of luchtverontreiniging te maken heeft met de wereldwijde toename van astma en allergie bij kinderen is onduidelijk. Er zijn nog weinig prospectieve onderzoeken gedaan waarin potentiële versturende variabelen, zoals allergenen in het binnenmilieu, adequaat aandacht kregen.

Bij het AZ Groningen loopt sinds enkele jaren het PIAMA-project (Prevention and Intervention on Asthma and Mite Allergy). Dit onderzoek naar vroege interventie met betrekking tot de binnenluchtkwaliteit voor kinderen is opgezet op aanbeveling van de Gezondheidsraad (advies 'Allergie, CARA en allergenen in woningen, publicatie 1992/01). De onderzochte interventie behelst het toepassen van matrashoezen die voor mijten ondoordringbaar zijn. Behalve de aanwezigheid van huisstofmijten in de woningen worden IgE-gehalten in het bloed van de kinderen gemeten. Het optreden van astma, eczeem en andere verschijnselen van allergie is tot dusverre bij de in het onderzoek opgenomen baby's gevolgd tot op de leeftijd van één jaar. (Voordracht J Gerritsen, Beatrix Kinderziekenhuis, Groningen).

#### Hormoonverstoorders

De laatste in deze impressie te bespreken congresbijdragen hadden betrekking op de mogelijk schadelijke effecten van polygechloreerde organische verbindingen in moedermelk. De concentraties in kwestie zijn negatief gecorreleerd met schildklierhormoonconcentraties in bloed, te weten die van thyroxine (T4) en schildklierstimulerende hormoon (TSH). Schildklierhormonen zijn van essentieel belang voor een normale neurologische ontwikkelingen van de baby (Voordracht EJ Cuijpers, RIVM).

In een Nederlands longitudinaal neuro-ontwikkelingsonderzoek zijn 418 kinderen uit Rotterdam en Groningen, en hun moeders, gevolgd tot de leeftijd van drieënhalf jaar. De ene helft van de zuigelingen kreeg ten minste gedurende de eerste zes levensweken borstvoeding, de andere helft gedurende het eerste half jaar flesvoeding. In eerstbedoelde groep waren subtiele neurologische ontwikkelingsveranderingen te zien, vertragingen in de psychomotorische ontwikkeling, veranderingen in de schildklierhormoonconcentraties en in de immunologische status, alles geassocieerd met perinatale blootstelling aan PCB's en dioxinen (zie ook het advies 'Dioxinen' van de Gezondheidsraad, publicatie 1996/10). Op de leeftijd van drieënhalf jaar waren geen neurologische ontwikkelingseffecten meer waarneembaar (S Patandin, Academisch Ziekenhuis Rotterdam; CI Lanting, Academisch Ziekenhuis Groningen).

## Veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen

(JAG van de Wiel)

De Minister van VWS heeft - mede namens de Staatssecretaris van LNV - de Gezondheidsraad verzocht op te treden als beoordelingsautoriteit in Nederland met betrekking tot de veiligheid van nieuwe voedingsmiddelen. In de Europese richtlijn voor 'novel foods' (EU-verordening 258/97) is vastgelegd dat elke EU-lidstaat zo'n beoordelingsautoriteit moet hebben. Een

producent levert bij één van de lidstaten een veiligheidsdossier in. Dit dossier wordt beoordeeld door de daartoe aangewezen instantie in dat land. In principe wordt dat oordeel door de andere lidstaten erkend, zodat de fabrikant - als het positief is - ook in één keer toegang heeft tot de hele EU-markt.

De Voorzitter van de Gezondheidsraad heeft de werkzaamheden die uit deze nieuwe taak voortvloeien, opgedragen aan een daartoe op 22 januari geïnstalleerde commissie.

Behalve over de beoordeling van de individuele dossiers zal de commissie zich buigen over meer algemene vraagstukken die verband houden met de veiligheidsbeoordeling van nieuwe voedingsmiddelen. Aandachtspunten zijn vooral: objectivering van het begrip wezenlijke gelijkheid (*substantial equivalence*) waar het gaat om vergelijking met een al bestaand voedingsmiddel, ingebouwde antibioticaresistentie, allergeniteit, *post marketing surveillance*, aanvulling en verfijning van de gebruikte beslisbomen, beoordeling van inzetbaarheid van nieuw ontwikkelde testen. Adviezen van de commissie zullen door de Nederlandse overheid worden ingebracht in het EU-overleg.

### Samenstelling Commissie Novel Foods

- dr LM Schoonhoven, emeritus hoogleraar entomologie; Landbouwniversiteit Wageningen, *voorzitter*
- dr JEN Bergmans; COGEM, Den Haag, *adviseur*
- dr A Brouwer, toxicoloog; Landbouwniversiteit Wageningen
- dr CAFM Bruijnzeel-Koomen, hoogleraar dermatologie/allergologie; Academisch Ziekenhuis Utrecht
- dr ir EJ Kok, toxicoloog; RIKILT-DLO, Wageningen
- dr CF van Kreijl, moleculair-bioloog; RIVM, Bilthoven
- dr NB Lucas Luijckx; Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- dr F Nagengast, gastro-enteroloog; Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- dr ir G van Poppel, voedingsfysioloog; TNO-Voeding, Zeist
- dr ir JMA van Raaij, voedingsfysioloog; Landbouwniversiteit Wageningen
- dr ir WHM Saris, hoogleraar voedingsfysiologie; Universiteit Maastricht
- dr EG Schouten, hoogleraar epidemiologie; Landbouwniversiteit Wageningen
- dr GJA Speijers, toxicoloog; RIVM, Bilthoven
- dr WJ Stiekema, hoogleraar moleculaire biologie; CPRO-DLO, Wageningen
- dr WM de Vos, hoogleraar moleculaire biologie; Landbouwniversiteit Wageningen
- dr JAG van de Wiel; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

## Gezondheidsraad vindt meer publieksvoorlichting wenselijk

### Laserpointers niet gevaarloos

(ABL)

Op 17 maart 1999 verscheen een advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS over de risico's van onoordeelkundig gebruik van laserpointers: kleine laserapparaten die zijn ontwikkeld als moderne varianten van de bij lessen, voordrachten en soortgelijke presentaties gebruikte aanwijzstok. Sinds enkele jaren

komen deze toestelletjes ook als speelgoed op de markt. Uit bezorgdheid over het gevaar van oogletsel is in Nederland vorig jaar de handel in laserpointers aan banden gelegd. De Gezondheidsraad onderschrijft de genomen maatregelen, maar meent dat de publieksvoorlichting over de risico's nog tekortschiet.

Voor zover bekend hebben zich nog geen gevallen voorgedaan van blijvend oogletsel door blootstelling aan het licht dat laserpointers uitzenden. Valt de bundel rechtstreeks

De publicatie 'Laserpointers tegen het licht gehouden' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschonen'.



in het oog, dan kan, als het energetisch vermogen bepaalde drempels overschrijdt, netvliesverbranding het gevolg zijn. Bij lagere vermogens kan hinder optreden, zoals tijdelijke verblinding of hevige schrik. Dat kan gevaarlijk zijn als de blootgestelde persoon zich in een situatie bevindt die zijn volledige aandacht opeist (bijvoorbeeld het besturen van een auto).

#### Misverstanden

Vanwege de mogelijke gevaren worden laserpointers door de producent voorzien van een gestandaardiseerde veiligheidsaanduiding. Naast een Europees is er ook een Amerikaans classificatiesysteem. De Gezondheidsraad wijst op kleine verschillen tussen beide systemen en op de misverstanden die daaruit kunnen voortvloeien. Ook is gebleken dat laserpointers soms een onjuiste veiligheidsaanduiding hebben.

Het nu verschenen advies is voorzien van een rapport dat in opdracht van de Gezondheidsraad is opgesteld. Dat rapport bevat een evaluatie van de risico's die onoordeelkundig gebruik van laserpointers meebrengt. De Raad oordeelt instemmend over de vorig jaar door de overheid uitgevaardigde verbodsbepalingen het in de handel brengen van bepaalde laserpointer-types. Toch is er, volgens het advies, behoefte aan publieksvoorlichting over de risico's, niet alleen van laserpointers, maar ook van laserspeeltjes (pennen, zakmessen, sleutelhangers, creditcards, en dergelijke). De Gezondheidsraad denkt dat, bijvoorbeeld, de Stichting Consument en Veiligheid aan die voorlichting kan bijdragen.

Het hierboven genoemde rapport is in opdracht van de Gezondheidsraad opgesteld door drs GJ Eggink (RIVM, Bilthoven) met raadpleging van:

- ir JWN Tuyn, fysicus, Zwinderen
- dr D van Norren, fysicus en hoogleraar oogheelkunde; Aeromedisch Instituut, Soesterberg en
- Universiteit Utrecht
- dr ir RM Verdaasdonk, laser-fysicus; Academisch Ziekenhuis Utrecht

---

## *Protocol voor schadeprocedures aanbevolen*

# Asbestose

---

(ABT)

**In een op 29 maart 1999 verschenen advies aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid doet de Gezondheidsraad aanbevelingen ten behoeve van het van overheidswege aan asbestslachtoffers toekennen**

**van een schadevergoeding. De Raad beschrijft een wetenschappelijk onderbouwd protocol voor het beantwoorden van de vraag of iemand asbestose heeft opgelopen door blootstelling aan asbest tijdens de beroepsuitoefening.**

De publicatie 'Protocollen asbestziekten: asbestose' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. Zie rubriek 'Verschijnen'.

In 1997 heeft prof. mr J de Ruyter het advies 'Asbestslachtoffers' uitgebracht aan de Regering. Daarin heeft hij maatregelen voorgesteld die gericht zijn op maximale bekorting van de lange juridische lijdensweg van ernstig zieke mensen die erkenning en genoegdoening zoeken. Met het oog hierop heeft de Staatssecretaris van SZW de Gezondheidsraad gevraagd om wetenschappelijke informatie over de asbestziekten maligne mesothelioom en asbestose. Over eerstgenoemde ziekte heeft de Raad vorig jaar advies uitgebracht.

Asbestose is een invaliderende en op den duur dodelijke chronische ziekte: door bindweefselvorming (fibrose) in reactie op aanwezige asbestdeeltjes gaan de elasticiteit en het zuurstofopnemend vermogen van het longweefsel verloren. De ziekte openbaart zich vijftien jaar of langer nadat aanzienlijke blootstelling aan asbest - inademing van met asbestdeeltjes vervuilde lucht - heeft plaatsgevonden.

### Protocol

Het nu verschenen advies bevat een stapsgewijze beschrijving van de reeks van onderzoeken die nodig zijn om vast te stellen dat iemand asbestose heeft opgelopen door beroepsmatige blootstelling aan asbest. De eerste stap is het aantonen van longfibrose. Hiervoor zijn röntgendiagnostische technieken beschikbaar. De ernst van de longfibrose wordt met behulp van longfunctietests geclassificeerd volgens gestandaardiseerde normen. In de tweede fase van het proces gaat het erom aan te tonen dat ten minste vijftien jaar geleden drempeloverschrijdende beroepsmatige blootstelling aan asbest is begonnen. De hierover in Nederland beschikbare kwantitatieve gegevens zijn schaars. Een zorgvuldige beroepsanamnese biedt soms onvoldoende informatie over de mate van die blootstelling. In zo'n geval kan de aanwezigheid van voldoende asbestvezels of van zogeheten 'asbestlichaampjes' in de longen gelden als bewijs. Zowel bij het aantonen van longfibrose als bij het opsporen van asbestdeeltjes in de longen kan een longbiopsie nuttig zijn. Maar de Gezondheidsraad vindt het, gelet op de zwaarte van de ingreep voor een patiënt met asbestose, niet verantwoord om uitsluitend voor dat doel een longbiopsie te eisen.

### Herbeoordeling

Volgens het advies moet het noodzakelijke longfunctie-onderzoek plaatsvinden in gecertificeerde en regelmatig gecontroleerde regionale laboratoria die evenwichtig verspreid over ons land gesitueerd zijn.

De Raad wijst er nog op dat de verergering van de longfunctiestoornissen bij een patiënt met asbestose jarenlang kan doorgaan. Daarom moet een aanvankelijk op medische gronden afgewezen aanvrager na drie jaar een herbeoordeling van zijn toestand kunnen krijgen.

### Samenstelling

- dr PhJ Hoedemaeker, hoogleraar pathologie; Universiteit Leiden, *voorzitter*
- dr K Van Damme, arbeidsgeneesheer, voorzitter Fonds voor de Beroepsziekten; Brussel (België)
- dr ir DJJ Heederik, epidemioloog; Landbouwuniversiteit Wageningen
- dr HC Hoogsteden, hoogleraar longziekten; Academisch Ziekenhuis Rotterdam
- dr JJ Kolk, emeritus hoogleraar arbeids en bedrijfs-geneeskunde; Arnhem
- dr WJ Mooi, hoogleraar pathologie; Erasmus Universiteit, Rotterdam
- drs B Sorgdrager, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Rotterdam
- drs L van Vliet, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; *adviseur*
- dr SjSc Wagenaar, klinisch patholoog; Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
- dr EFM Wouters, hoogleraar longziekten; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- dr N van Zandwijk, longarts; Antoni van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam
- G Jambroes; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*.

(JH Stegeman)

De derde Gezondheidsraadlezing zal plaatsvinden op 30 september 1999 in de Nieuwe Kerk te Den Haag. Prof. dr JP Vandenbroucke, hoogleraar klinische epidemiologie aan de Universiteit Leiden, zal spreken over de vraag hoe medische kennis totstandkomt. In 1997 heeft de Voorzitter van de Raad de 'Gezondheidsraadlezing' ingesteld naar aanleiding van het van kracht worden van de Kaderwet adviescolleges op 1 januari van dat jaar. Deze wet bevestigt, samen met de gelijktijdig herziene Gezondheidswet, de positie van de Raad als wetenschappelijk adviescollege voor Regering en Parlement. De 'Gezondheidsraadlezing' is bedoeld als een jaarlijkse bijeenkomst van allen die de Raad en zijn werk gestalte geven. Telkens staat een kernthema in de oriëntatie van de Raad centraal. Behalve om inhoudelijke verdieping gaat het om een concreet zichtbare profilering van het omvangrijke netwerk waaraan de Raad zijn kracht ontleent.

In 1997 opende prof. dr W Erkelens de lezingenreeks met een voordracht over spreekkamergeneeskunde. Vorig jaar sprak prof. dr H Saeijs over het omgaan met een mondiale watercrisis.

---

## *Commissie geïnstalleerd*

## **Diagnostiek en behandeling van ADHD**

---

(TAB)

De commissie die ter beantwoording van de adviesaanvraag over *attention deficit hyperactivity disorder* (zie rubriek 'Nieuwe aanvragen', elders in dit nummer) een advies zal opstellen, is op 22 december 1998 geïnstalleerd door de Voorzitter van de Gezondheidsraad.

### **Samenstelling**

- dr H van Engeland, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie; Academisch Ziekenhuis Utrecht, *voorzitter*
- drs LG Bandsma, orthopedagoog/psychotherapeut; RIAGG, Delft
- dr JK Buitelaar, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie; Academisch Ziekenhuis Utrecht
- dr JMA Hermanns, hoogleraar ontwikkelingspsychologie; Universiteit van Amsterdam
- dr RB Minderaa, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie; Academisch Ziekenhuis Groningen
- A Patternotti; Patiënten- en oudervereniging 'Balans', Bilthoven, *adviseur*
- drs RWM Roozenburg; Onderwijsinspectie, Zwolle
- dr TWJ Schulpen, hoogleraar sociale pediatrie; Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht, en GGD Utrecht
- dr JA Sergeant, hoogleraar klinische psychologie; Universiteit van Amsterdam
- drs AJC Struiksma, psycholoog; Pedologisch Instituut, Rotterdam
- MJ Wennekes, arts, neuroloog; Atrium Medisch Centrum, Heerlen

# Commissie Intensive care voor pasgeborenen

---

(TAB) Op 14 januari 1999 heeft vice-voorzitter Knottnerus van de Gezondheidsraad de commissie geïnstalleerd die een advies zal opstellen ter beantwoording van de adviesaanvraag over *intensive care* voor pasgeborenen (zie Graadmeter sept/okt 1998, p.11).

## Samenstelling

- dr GCML Christiaens, hoogleraar gynaecologie; Academisch Ziekenhuis Utrecht, *voorzitter*
- dr HA Büller, hoogleraar kindergeneeskunde; Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam
- dr AL van Baar, ontwikkelingspsycholoog; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr S Bambang Oetomo, hoogleraar neonatologie; Academisch Ziekenhuis Groningen
- dr M van de Bor, hoogleraar neonatologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr HAA Brouwers, neonatoloog; Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht
- dr F Brus, neonatoloog; Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
- IJ Hanks Drielsma, verpleegkundige; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr ir MT Hilhorst, ethicus; Erasmus Universiteit, Rotterdam
- drs IS Kishna, Ministerie van VWS, *adviseur*
- dr JH Kok, neonatoloog; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- RA van Lingen, neonatoloog; Erasmus Universiteit, Rotterdam
- dr JMWM Merkus, hoogleraar gynaecologie; Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- dr J Nijhuis, gynaecoloog/obstetricus; Radboud Ziekenhuis, Nijmegen
- IA von Rosenstiel, kinder-intensivist; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr L den Ouden; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

---

# Commissie Implementatie MTA geïnstalleerd

---

(TAB) Op 11 februari 1999 heeft vice-voorzitter Knottnerus van de Gezondheidsraad de Commissie 'Implementatie MTA' geïnstalleerd. Deze commissie zal een advies opstellen ter beantwoording van de aanvraag 'Implementatie van MTA-kennis' van de Minister van VWS (zie Graadmeter jan/feb 1999, p. 7-8)

## Samenstelling

- dr TED van der Grinten, hoogleraar beleid en organisatie gezondheidszorg; Erasmus Universiteit, Rotterdam, *voorzitter*
- drs J Balen; Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag, *adviseur*
- dr PMM Bossuyt, hoogleraar klinische epidemiologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr HFJM Crebolder, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Universiteit Maastricht
- dr RPTM Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr JP Holm, hoogleraar obstetrie en gynaecologie; Academisch Ziekenhuis Groningen
- dr AJA Kaasenbrood, psychiater; Gelderse Roos, Arnhem (Wolfheze)
- dr NS Klazinga, sociaal-geneeskundige; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
- dr A Mol, hoogleraar politieke filosofie; Universiteit Twente, Enschede
- dr JH Mulder; Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- WMLCM Schellekens, arts; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
- dr AJJA Scherpbier, arts; Onderwijsinstituut Geneeskunde, Universiteit Maastricht
- dr P Schnabel, hoogleraar geestelijke gezondheidszorg en public health; Universiteit Utrecht
- dr ir MCDP Weggeman, hoogleraar organisatiekunde; Technische Universiteit Eindhoven
- drs JH Stegeman; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

## Maagklachten; lumbosacraal radiculair syndroom

(TAB.) De in 1997 geïnstalleerde Kerncommissie MTA (*medical technology assessment*) van de Gezondheidsraad is onder meer belast met de advisering over geselecteerde onderdelen van de zogeheten 126-lijst. Deze lijst, samengesteld door de Ziekenfondsraad, is een opsomming van medische of paramedische verrichtingen waarvan de werkzaamheid, de doelmatigheid of het indicatiegebied ter discussie staan.

Zoals al eerder in dit blad is bericht (zie de editie van maart/april 1997, p. 18-19), worden sommige gedeelten van de hier bedoelde adviseringstaak opgedragen aan werkgroepen die fungeren onder auspiciën van genoemde kerncommissie. In dit kader heeft commissie-voorzitter prof. dr JA Knottnerus in februari 1999 twee MTA-werkgroepen ingesteld, te weten op 18 februari de werkgroep 'Diagnostiek en behandeling van maagklachten' en op 25 februari de werkgroep 'Diagnostiek en behandeling van het lumbosacrale radiculare syndroom'. (Toelichting: het lumbosacrale radiculare syndroom wordt meestal veroorzaakt door de anatomische afwijking hernia nucleus pulposi, in het Nederlands hernia van de rug - in de volksmond kortweg hernia genoemd).

### Samenstelling werkgroep 'Diagnostiek en behandeling van maagklachten'

- dr TJM Verheij, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Academisch Ziekenhuis Nijmegen  
Universiteit Utrecht, *voorzitter*
- dr YJ Debets-Ossenkopp, microbioloog; Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr HGLM Grundmeijer, huisarts; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr RMC Herings, farmaco-epidemioloog; Universiteit Utrecht
- dr JBMJ Jansen, hoogleraar gastro-enterologie; Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- dr EJ Kuipers, gastro-enteroloog; Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr AAM Masclee, gastro-enteroloog; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr PP Koopmans; College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Den Haag, *adviseur*
- dr H Houweling; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

### Samenstelling werkgroep 'Diagnostiek en behandeling van het lumbosacrale radiculare syndroom'

- dr BW Koes, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Erasmus Universiteit Rotterdam, *voorzitter*
- dr PF van Akkerveeken, orthopedisch chirurg; Rug Advies Centrum, De Bilt
- dr CJJ Avezaath, hoogleraar neurochirurgie, Erasmus Universiteit, Rotterdam
- dr AW Chavannes, huisarts; Universiteit Utrecht
- drs WC Peul, neurochirurg; Leids Universitair Medisch Centrum
- drs H Schers, huisarts; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr J Stam, hoogleraar neurologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs RAHM Swinkels, fysiotherapeut; Eindhoven
- dr PCAJ Vroomen, neuroloog; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- dr JT Wilmink, hoogleraar radiologie; Academisch Ziekenhuis Maastricht
- dr H Houweling; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

(ABL) Op 15 april 1999 heeft vice-voorzitter Knottnerus van de Gezondheidsraad de commissie geïnstalleerd die ter beantwoording van de adviesaanvraag over *repetitive strain injury* (RSI) een advies zal opstellen (zie Graadmeter sept/okt 1998, p. 8-9, en jan/feb 1999, p. 8).

## Samenstelling

- dr MHW Frings-Dresen, hoogleraar bedrijfskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, *voorzitter*
- dr AMNG van Attekum, bedrijfsarts; Universiteit Maastricht
- dr PM Bongers, epidemioloog; TNO-Arbeid, Hoofddorp
- dr J van Dieën, kinesioloog; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr WH Eisma, hoogleraar revalidatiegeneeskunde; Universiteit Groningen
- dr GP van Galen, hoogleraar psychologische functie-leer; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr Sj van der Linden, hoogleraar reumatologie; Universiteit Maastricht
- dr W Mechelen, sociaal-geneeskundige; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr C Muskee, revalidatiearts; Revalidatiecentrum Beatrixoord, Haren
- dr RAB Oostendorp, hoogleraar manuele therapie; Vrije Universiteit, Amsterdam
- drs J Ruitenbergh, Ministerie van SZW, *adviseur*
- dr JW Stenvers, neuroloog; Onze Lieve Vrouwe-gasthuis, Amsterdam
- drs PMM Beemsterboer, *secretaris*

---

## Toxische stoffen op de werkplek

---

(CA Bouwman,  
AvdB)

**De Commissie WGD, de Commissie Her-evaluatie van oude MAC-waarden en de Commissie Reproductietoxische stoffen lichten de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor over de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan toxische**

**stoffen in de lucht. De Commissie WGD maakte in de afgelopen periode 11 conceptrapporten openbaar. De Commissie Herevaluatie van Oude MAC-waarden heeft 16 concept-rapporten openbaar gemaakt.**

### Genotoxische carcinogenen (concept-rapport)

Op 11 februari 1999 maakte de Commissie WGD concept-rapporten openbaar over de beroepsmatige blootstelling aan de volgende genotoxische carcinogenen:

azathioprine,  $\beta$ -butyrolacton, carbadox, cyclofosfamide, diethyl sulfaat, diglycidyl resorcinol ether, metronidazol, nitropropan, N-nitrosodimethylamine (NDMA), o-tolidine en vinylbromide.

De concept-rapporten zijn geschreven in het Engels. De commentaartermijn loopt tot 11 mei 1999. De tekst is te verkrijgen bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad.

### Openbare concept-rapporten Herevaluatie oude MAC-waarden

Op 11 februari 1999 maakte de Commissie Herevaluatie van oude MAC-waarden concept-rapporten openbaar over de volgende stoffen:

aluminium alkylverbindingen, bismuth telluride, broom, n-butylamine, germanium-tetrahydride, hexachloornaftaleen, methylcyclohexaan, methylcyclohexanol, o-methylcyclohexanon, mica, octachloornaftaleen, paraffinewas (rook), propargylalcohol, silaan, silicon, tetrachloornaftaleen.

De concept-rapporten, geschreven in het Engels, zijn te verkrijgen bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad. De commentaartermijn loopt tot 26 maart 1999.



## Nieuwe aanvragen

Op 8 februari 1999 ontving de Commissie WGD het verzoek om de kankerverwekkende eigenschappen van de volgende stoffen te evalueren en te classificeren volgens de richtlijnen van de Europese Unie:

5-azacytidine, broomdichloormethaan, 2-nitroanisol, 2,4,5-trimethylaniline, 4-vinylcyclohexeen diepoxide, 4-vinylcyclohexeen, piperazine, N-vinyl-2-pyrrolidine.

Op 12 januari 1999 en op 18 februari 1999 ontving de Commissie Herevaluatie van oude MAC-waarden het verzoek om gezondheidkundige advieswaarden vast te stellen voor de volgende stoffen:

uranium en uraniumverbindingen, tinoxide, cyclohexeen, N,N-dimethylethylamine, ethylsilicaat, isopropylamine, n-propylnitraat.

### Samenstelling Commissie WGD (rechtzetting)

- dr GJ Mulder, hoogleraar toxicologie; Universiteit Leiden, *voorzitter*
- dr RB Beems, Toxicologisch patholoog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
- mr JJAM Brokamp; Sociaal Economische Raad, Den Haag, *adviseur*
- dr VJ Feron, hoogleraar toxicologie; TNO Voeding, Zeist
- dr DJJ Heederik, epidemioloog; Landbouwuniversiteit Wageningen
- dr PTh Henderson, hoogleraar toxicologie; Universiteit Maastricht
- drs LCMP Hontelez; Ministerie van SZW, Den Haag, *adviseur*
- dr G de Jong, bedrijfsarts; Shell International Petroleum Maatschappij, Den Haag
- J Molier-Bloot, bedrijfsarts; BMD Akers bv, Amsterdam
- dr H Roelfzema; Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- dr T Smid, arbeidshygiënist; KLM Arbo Service, Schiphol en bijzonder hoogleraar arbeidsomstandigheden, Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr GMH Swaen, epidemioloog; Universiteit Maastricht
- dr HG Verschuuren, toxicoloog; Dow Europe, Horgen (Zwitserland)
- dr AAE Wibowo, toxicoloog; Coronel Instituut, Amsterdam
- F de Wit, bedrijfsarts; Arbeidsinspectie, Arnhem
- dr CA Bouwman; Secretariaat Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

---

## Nieuwe aanvragen

---

(TbV)

### Anticonceptie bij verstandelijk gehandicapten

Op 5 februari 1999 schreef de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad:

In het afgelopen jaar nam de aandacht voor vraagstukken rond anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap toe, met name voor sterilisatie als uiterste optie van anticonceptie. Het is een logisch gevolg van veranderde inzichten ten aanzien van de maatschappelijke positie van verstandelijk gehandicapten in het algemeen en ten aanzien van hun seksualiteit en de beleving daarvan in het bijzonder.

De toegenomen aandacht heeft ertoe geleid dat medische hulpverleners regelmatig geconfronteerd worden met hulpvragen inzake anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap. Het betreft complexe hulpvragen, vanwege de verschillende factoren die in het kader van de besluitvorming een rol spelen, bijvoorbeeld factoren in relatie tot de wensen en mogelijkheden van betrokkenen zelf en factoren die samenhangen met de belangen van eventuele kinderen. Een besluit van de hulpverlener inzake de meest geschikte vorm van anticonceptie vereist een zorgvuldige medische, ethische en gezondheidsrechtelijke afweging van deze factoren. Door de betrokken beroepsgroepen is aangegeven dat behoefte bestaat aan meer houvast daarbij. In de kring van ouderverenigingen bestaat een positieve houding tegenover een zorgvuldig gevoerde discussie over anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap.

Ik verzoek u dan ook mij op grond van het bovenstaande een samenhangend overzicht te geven van de voor de besluitvorming inzake anticonceptie voor verstandelijk gehandicapten relevante medische, ethische en gezondheidsrechtelijke overwegingen. Ik verzoek u bij de opstelling van dit overzicht bijgaand 'Advies sterilisatie mensen met een verstandelijke handicap' van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) te betrekken, dat per brief van 8 december 1998 aan de Tweede Kamer werd toegezonden.

#### **Kwaliteit zwemwater**

Onlangs is in Europees verband begonnen met overleg inzake de herziening van de EU-richtlijn voor de kwaliteit van zwemwater. Ten behoeve van de bepaling van een Nederlands standpunt heeft de Minister van VROM op 29 januari 1999 via de Minister van VWS de Gezondheidsraad om advies gevraagd. De vragen van minister Pronk zijn:

Welke pathogenen spelen een rol bij het risico van zwemmen in oppervlaktewater en op welke wijze zou het risico voor zwemmers ten gevolge van mogelijke blootstelling aan deze pathogenen nader in kaart kunnen worden gebracht?

Wat is het oordeel van de Gezondheidsraad over het thans (krachtens de Wet Hygiëne en veiligheid zwemgelegenheden) gehanteerde stelsel van (microbiologische) normen ter voorkoming van infectierisico's ten gevolge van het zwemmen in oppervlaktewateren? In concreto gaat het hierbij om de vraag of aan de hand van gegevens over de aanwezigheid van bepaalde indicatororganismen, zoals bijvoorbeeld faecale colibacteriën, met voldoende betrouwbaarheid uitspraken kunnen worden gedaan over de kans op het oplopen van infecties door pathogene organismen.

Welke criteria zouden kunnen worden gehanteerd bij het instellen van een zwemverbod naast of in plaats van de reeds bestaande criteria (wettelijke normen) en acht u het zinvol tevens een aparte set van criteria te ontwikkelen op basis waarvan het zwemmen dient te worden ontraden c.q. een negatief zwemadvies wordt verstrekt?

Is het, gelet op de bescherming van de gezondheid van de zwemmer, gewenst om naast de microbiologische parameters ter controle van de waterkwaliteit tevens op andere risico's, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van verontreinigingen van chemische aard, te controleren en, zo ja, welke parameters komen hiervoor dan in aanmerking?

Op welke wijze zou u de informatie naar het publiek over de eventuele risico's in verband met het zwemmen in oppervlaktewater willen vormgeven, naast of in plaats van de hiervoor reeds in gebruik zijnde middelen?

Waarop zou naar uw oordeel het onderzoek naar het infectierisico ten gevolge van het zwemmen in oppervlaktewater zich de komende jaren primair moeten richten?

Zijn voor kwetsbare groepen, zoals personen met een aangetast immuun systeem, specifieke aanbevelingen met betrekking tot het zwemmen of recreëren in oppervlaktewateren noodzakelijk?

#### **ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*)**

Op 4 maart 1999 ontving de Voorzitter van de Gezondheidsraad een adviesaanvraag van de Minister van VWS over dit onderwerp. De minister schrijft dat het gaat om een "omvangrijk probleem dat zeer complex van aard" is en dat diverse ontwikkelingen aanleiding geven om een aantal belangrijke vragen en aandachtspunten in ogenschouw te nemen. Mevrouw Borst vervolgt:

Zo is er sprake van een groeiende publieke belangstelling voor ADHD, waarbij de afbakening van het begrip echter onduidelijk is. De diagnose ADHD lijkt echter ook door professionele hulpverleners de laatste jaren vaker gesteld te worden. Er zijn ook aanwijzingen dat ADHD tot in de volwassenheid kan persisteren. Bovendien kan de aanwezigheid van een kind met ADHD ingrijpende

gevolgen hebben voor het gezin en de schoolsituatie. De sociale prognose voor deze kinderen lijkt daarnaast door de stoornis negatief beïnvloed te kunnen worden.

Over diagnostiek en behandeling komen steeds meer wetenschappelijk gefundeerde inzichten beschikbaar. Vragen over de kwaliteit van de huidige zorg, de effectiviteit van behandeling en de prognose blijven vooralsnog bestaan. Het toenemend gebruik van psychofarmaca door kinderen met deze stoornis vraagt om een gedegen evaluatie.

De minister legt inzake de diagnostiek en behandeling de volgende aandachtspunten aan de Gezondheidsraad voor:

- ADHD is een containerbegrip. In het advies zou een afbakening van het begrip moeten worden opgenomen: wat zijn de specifieke kenmerken van deze stoornis.
- Wat is de omvang van het probleem (spreiding platteland - grote steden), de mate van comorbiditeit of overlap met andere stoornissen of aandoeningen en de prognose ervan?
- De effectiviteit van diverse behandelmethoden, zowel op korte termijn als in verband met prognose op lange termijn. Hierbij zou ook rekening gehouden moeten worden met effecten op het gezin, de schoolsituatie en met een mogelijk verband tussen ADHD en criminaliteit.
- De inhoudelijke en organisatorische voorwaarden voor een optimale en integrale aanpak van de problematiek rond kinderen met ADHD (zorg, welzijn, onderwijs, justitie, etc.).
- De mogelijkheden voor en zin van vroegtijdige onderkenning (waaronder screening) en behandeling van ADHD.
- De prevalentie, diagnostiek (waaronder onderdiagnostiek) en de behandeling van ADHD bij adolescenten en volwassenen. Hierbij kan mogelijk worden aangegeven op welke wijze de aanpak voor deze doelgroepen afwijkt van de behandeling bij kinderen en jeugdigen met ADHD.

#### **Screening op *Chlamydia trachomatis***

Op 22 maart 1999 schreef de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad:

Overeenkomstig het door mij goedgekeurde Werkprogramma 1999 zult u een advies uitbrengen over infectie met *Chlamydia trachomatis* (CT). In het bijzonder denkt u daarbij aan screening op CT-infectie. Naar schatting leidt CT tot 60 000 nieuwe infecties per jaar. Chlamydia is vooral voor vrouwen verraderlijk. Ruim 60% van de vrouwen die chlamydia hebben, merkt daar (vrijwel) niets van. Een belangrijke overweging voor agendering van het onderwerp uwerzijds vormen de gevolgen van CT-infectie: wanneer chlamydia niet tijdig wordt behandeld, kan dat bij ca. de helft van de vrouwen leiden tot ongewenste onvruchtbaarheid. Jaarlijks overkomt dat ca 1000 vrouwen. Andere gevolgen kunnen zijn: chronische buikpijn, buitenbaarmoederlijke zwangerschap en verminderde vruchtbaarheid. De gevolgen zijn vermijdbaar indien CT wordt behandeld in het asymptomatische stadium. Ik ben van mening dat het een relevant volksgezondheidsprobleem betreft, waarover ik graag nader geïnformeerd wordt op geleide van een gerichte adviesvraag mijnerzijds. Deze treft u aan verderop in deze brief.

Vervolgens komt de minister in haar brief te spreken over eventuele bijstelling van het beleid inzake de preventie van SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen). Zij verwijst onder meer naar het advies 'Prioriteiten voor preventie-onderzoek' waarin de RGO heeft gesteld dat screening van bepaalde groepen op SOA (waaronder *Chlamydia trachomatis*-infectie) zou opleveren. Optimalisering van bestaand beleid heeft tot nu

toe de voorkeur gehad boven het introduceren van screening. Resultaten van recent onderzoek lijken echter te duiden op de wenselijkheid van een actiever beleid wat betreft screening. De adviesaanvraag van de minister luidt als volgt:

Met het oog op een afgewogen beslissing om tot screening (op geleide van algemene uitgangspunten) over te gaan, heb ik behoefte aan een betrouwbaar en valide inzicht in de nut-risicoverhouding ervan. Betrouwbaar en valide houdt dan vooral in: wetenschappelijk onomstreden. De vraag naar (haalbaarheid van) de juiste strategie vergt ten minste nader inzicht in de volgende epidemiologische, medisch inhoudelijke, gedragswetenschappelijke, juridisch-ethische en uitvoeringstechnische aspecten:

- prevalentie (zowel van CT als van de complicaties), risicofactoren en natuurlijk beloop
- resistentievorming
- samenhang met (screening op) andere SOA
- kosten-effectiviteit van de aanbevolen screening per gedefinieerde doelgroep
- bereidheid en compliantie met testen en therapie per doelgroep en aan de zijde van zorgaanbieders
- organisatie, uitvoering en kwaliteitsbewaking van het geadviseerde beleid
- psychosociale en maatschappelijke implicaties van screening
- effecten van screening op veilig vrij- en hulpzoekgedrag
- gevolgen voor voorlichting en contactopsporing
- evaluatie en monitoring van het geadviseerde beleid.

Speciale aandacht vraag ik voor medicalisering: het gaat bij de bestrijding van SOA immers, anders dan dat het geval is bij bijvoorbeeld borstkanker, om via primaire preventie (veilig vrijen, spuitomruil) goed te voorkomen aandoeningen. Zeker in zo'n geval moet de beslissing om tot zwaardere interventie over te gaan niet lichtvaardig worden genomen. Waar ligt het omslagpunt om over te gaan tot secundaire preventie? Welke overwegingen en criteria liggen hieraan ten grondslag? Tevens vraag ik uw bijzondere aandacht voor ervaringen en ontwikkelingen in het buitenland.

---

## 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.
- Protocolen asbestziekten: maligne mesothelioom. 1998/10.
- DNA-diagnostiek. 1998/11.
- Retinitis pigmentosa. 1998/12.
- Hyperthermie. Kanttekeningen bij een ontwikkelingsgeneeskunde project. 1998/13.

---

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.

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.  
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 invitationale 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. 1999/05.  
Protocollen asbestziekten: asbestose. 1999/06.

---

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.