

**G r A A D M E T E R # 5** Vaccins, logo's en de onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad <sup>3</sup>; Onafhankelijkheid commissieleden Gezondheidsraad <sup>5</sup>; Werkprogramma 2009: niet alleen multidisciplinair maar ook multisectoraal <sup>9</sup>; AFSSET zoekt samenwerking met Gezondheidsraad <sup>11</sup>; Varia <sup>13</sup>; Gr-galerie <sup>15</sup> / Gezondheidszorg <sup>16</sup>: Hoopgevende eerste resultaten van nieuwe behandeling voor depressie <sup>17</sup>; Voorwaarden voor verkeersdeelnemers na een hersenbloeding verruimen <sup>19</sup>; Kwaliteit van zorg blijft gehandhaafd bij overheveling van taken <sup>22</sup>; Installatie Commissie Bevolkingsonderzoek darmkanker <sup>24</sup>; 7<sup>de</sup> Global Summit van nationale ethiekcommissies <sup>26</sup> / Gezondheidszorgonderzoek <sup>30</sup>: Goede gegevens over volksgezondheid essentieel voor beleid en wetenschap <sup>31</sup>; Versterk de duurzaamheid en het gebruik van gezondheidszorgonderzoek <sup>33</sup> / Milieu <sup>36</sup>: Bescherming tegen toxische stoffen kan steeds preciezer <sup>37</sup> / Voeding <sup>39</sup>: Briefadvies over een beoordelingskader voor voedselkwaliteit <sup>40</sup>; Werk toe naar één logo voor gezonde voedingsmiddelen <sup>42</sup> / Arbeidsomstandigheden <sup>45</sup>: Hittestress op de werkplek verdient aandacht <sup>46</sup>.

*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. 22 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.

## Vaccins, logo's en de onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad

In het weekend van 18 oktober uitten zowel het dagblad *Trouw* als het televisieprogramma Zembla twijfels over de onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad. Leden van de commissie Bestrijding baarmoederhalskanker die minister Klink adviseerde over het al dan niet opnemen van het HPV-vaccin in het Rijksvaccinatieprogramma zouden onderzoek uitvoeren voor de farmaceutische industrie en zodoende persoonlijk belang hebben bij de uitkomst van het advies *Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker*. In een brief aan de minister gaat de voorzitter van de Gezondheidsraad in op deze kwestie (zie pagina 5).

Op 2 december ontving de minister van VWS het advies *Gezonde voeding: logo's onder de loep* waarin criteria werden beoordeeld voor het toekennen van logo's met betrekking tot een gezonde voedselkeuze, bijvoorbeeld het Gezonde Keuze Klavertje of het Ik Kies Bewust logo. De conclusie van de betreffende commissie van de Gezondheidsraad luidt dat de criteria aangescherpt moeten worden om een werkelijke bijdrage te kunnen leveren aan eenduidiger voorlichting over gezonde voeding (zie artikel pagina 42).

Dit zijn twee voorbeelden van adviezen die voor het bedrijfsleven, respectievelijk vaccin- en voedingsmiddelenproducenten, van groot belang zijn. Het opstellen van dit soort adviezen betekent dat de onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad nog meer dan gewoonlijk in de schijnwerpers komt te staan. Hoe selecteert de Gezondheidsraad de leden voor commissies en hoe onafhankelijk zijn die leden? Gerechtaardigde vragen die voor de Gezondheidsraad altijd al van het grootste belang zijn, maar die bij bovenstaande adviezen extra aandacht kregen.

Om te weten of de Gezondheidsraad voldoet aan de zware eisen die diverse stakeholders stellen, heeft een commissie van internationale deskundigen het afgelopen voorjaar een review uitgevoerd. De uitkomst hiervan was dat de Gezondheidsraad wat betreft kwaliteit en onafhankelijkheid aan de hoogste eisen voldoet (zie *Graadmeter* mei/juni/juli 2008, p. 4-6).

De positieve uitkomst van de internationale *review* betekent overigens beslist niet dat de Gezondheidsraad op zijn lauweren kan gaan rusten. Ook in 2009 staat het onderwerp onafhankelijkheid hoog op de agenda en worden bestaande procedures voortdurend tegen het licht gehouden en waar nodig verbeterd.

De redactie wenst u fijne feestdagen en hoopt dat de logo's u zullen helpen een gezonde voedselkeuze te maken bij het samenstellen van voortreffelijke feestgerechten.

# Onafhankelijkheid commissieleden Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad brengt geregeld advies uit over thema's waarbij grote zakelijke belangen een rol spelen. De onafhankelijkheid van commissieleden wordt dan wel eens in twijfel getrokken. Dat gebeurde onlangs nog bij het uitkomen van het advies over vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. Nadat in de media suggesties van belangenverstrengeling waren geuit, schreef Gezondheidsraadvoorzitter Knottnerus een brief aan minister Klink waarin hij nog eens op een rijtje zet met welke procedures de raad de onafhankelijkheid van commissieleden waarborgt. Hieronder volgt de inhoud van die brief, plus de reactie erop van minister Klink.

Brief van 21 oktober 2008 van de voorzitter van de Gezondheidsraad, prof. dr. André Knottnerus, aan minister Klink

Recent zijn in dagbladen en op de televisie twijfels geuit over de onafhankelijkheid van de commissie van de Gezondheidsraad die u heeft geadviseerd over vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. Graag licht ik in deze brief toe wat de standaardprocedure is die de Gezondheidsraad hanteert om de onafhankelijkheid te garanderen en hoe deze in dit geval is toegepast. Daarbij vraag ik speciale aandacht voor de rol van contractresearch.

De leden van een commissie moeten deskundig en onafhankelijk zijn. Om in aanmerking te komen voor een commissielidmaatschap van de Gezondheidsraad moet men daarom voldoen aan de volgende drie criteria:

- men beschikt over de voor de adviesvraag essentiële expertise;
- men heeft geen dienstverband bij, en staat niet op de pay-roll

van, belanghebbende bedrijven en organisaties. In dit geval zijn dat bedrijven die zich richten op het aanbieden of promoten van preventieve HPV-vaccins;

- men heeft ook geen ander persoonlijk belang bij een bepaalde uitkomst van het advies, zoals in dit geval aandelen bij de industrie die preventieve HPV-vaccins aanbiedt;
- contractonderzoek door universitaire groepen dat nauw gerelateerd is aan de te beantwoorden adviesvraag is hierbij een punt van aandacht: dat wordt immers vaak door niet onafhankelijke partijen gefinancierd. Als het gaat om zeldzame deskundigen wier deskundigheid essentieel is voor de commissie, kan gekozen worden voor een niet-stemhebbend commissie-adviseurschap in plaats van een commissielidmaatschap. Dat is in de commissie Bestrijding baarmoederhalskanker in vier gevallen gebeurd. Er waren in totaal twintig personen betrokken bij de commissie.

Voorts geldt de eis: volstrekte transparantie naar de voorzitter van de raad en naar de commissieleden onderling, en boven alle twijfel verheven integriteit. De voorzitter van de Gezondheidsraad, die alle belangenverklaringen beoordeelt, ziet hierop toe en kan hier toe aanvullende informatie inwinnen. De belangenverklaringen van de commissieleden zijn opvraagbaar door derden.

De kwaliteit en onafhankelijkheid worden ook bewerkstelligd door commissies evenwichtig multidisciplinair samen te stellen. In dit geval bestond de commissie bijvoorbeeld uit deskundigen op het gebied van vaccinologie, immunologie, epidemiologie, klinische geneeskunde, huisartsgeneeskunde, public health en gezondheidsethiek, met adviseurs/waarnemers vanuit de beroepsgroep huisartsen, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), de commissie Wet Bevolkingsonderzoek van de Gezondheidsraad en het ministerie van VWS.

Belanghebbende partijen, zoals de industrie, patiëntenverenigingen en public interest-groups, kunnen gehoord worden en dat is in dit geval ook gebeurd zoals in het advies is aangegeven. Via hoorzittingen kan de commissie ook actief nadere informatie inwinnen.

Alle verkregen nadere informatie die van belang is voor het advies wordt in de eindrapportage opgenomen.

Uiteraard geldt dat de adviezen altijd gebaseerd zijn op de openbaar verantwoorde en controleerbare stand van wetenschap en dat aanvullende argumentatie en *expert judgement* expliciet verwoord en verantwoord zijn in de adviestekst.

Belangrijk is nog te vermelden dat conceptadviezen altijd vóór finalisering getoetst worden in één of meer van de acht vaste beraadsgroepen van de Gezondheidsraad. In dit geval is dat gebeurd in de drie beraadsgroepen Infectie & Immuniteit, Geneeskunde en Ethiek & Recht.

Zoals in het Gezondheidsraadadvies van het afgelopen voorjaar is aangegeven, blijft screening op baarmoederhalskanker naast HPV-vaccinatie belangrijk, en voortgaande verbetering van screeningsmethoden is noodzakelijk. Over deze thematiek zal de Gezondheidsraad volgend jaar adviseren.

Ik merk ten slotte het volgende op. Er zijn terreinen waarop publieke onderzoeksfinanciering niet of nauwelijks aan de orde is maar waar topresearch beslissend dient te zijn. Het is dan van groot belang dat onafhankelijke – veelal universitaire – toponderzoekers het onderzoek uitvoeren en niet de industrie zelf. Het zou voor de kwaliteit van de advisering ten behoeve van de publieke zaak onverstandig zijn de desbetreffende topwetenschappers dan buiten het domein van wetenschappelijke advisering te plaatsen.

De zorgvuldige procedures die de Gezondheidsraad hanteert zijn in dit verband essentieel. De internationale *review*commissie die de Gezondheidsraad het afgelopen voorjaar beoordeelde, heeft laten weten dat de kwaliteit en onafhankelijkheid van de advisering door de Gezondheidsraad van het hoogste niveau zijn.

### Reactie van de minister op bovenstaande brief

Op 31 oktober jl. heeft minister Klink in een brief aan de Tweede Kamer laten weten dat hij het standpunt van de voorzitter van de Gezondheidsraad deelt dat het voor de kwaliteit van de advisering onverstandig zou zijn topwetenschappers (ook degenen die contractonderzoek uitvoeren) buiten het domein van wetenschappelijke advisering te plaatsen. Dit antwoord gaf de minister mede gelet op de extra waarborgen die de voorzitter geeft. De minister geeft verder aan op geen enkele wijze te twifelen aan de onafhankelijkheid van de advisering van de Gezondheidsraad (bron: Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Den Haag, 31 oktober 2008. Den Haag, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 22 894, nr. 75).



# Werkprogramma 2009: niet alleen multidisciplinair maar ook multisectoraal

Ook het werkprogramma voor 2009 laat weer zien hoe breed het scala aan onderwerpen is waarover de Gezondheidsraad adviseert. Dat is begrijpelijk; veel factoren zijn immers van invloed op de volksgezondheid en daarmee dienen zich in principe even zo vele mogelijkheden aan om de toestand van de volksgezondheid te verbeteren. Nu de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) wettelijk deel uitmaakt van de Gezondheidsraad, wordt daarbij nog stelselmatiger dan voorheen aandacht geschonken aan prioriteiten in het gezondheidsonderzoek.

Drs. E.J. Schoten maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Werkprogramma 2009 Gezondheidsraad* (A08/06) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl).  
Zie rubriek 'Verschenen'.

## Indeling en werkvormen

Net als vorig jaar zijn de onderwerpen gegroepeerd rond zes aandachtsgebieden: gezondheidszorg, preventie, voeding, leefomgeving, arbeidsomstandigheden en gezondheidsonderzoek. Daarbij is telkens aangegeven welke adviesonderwerpen in behandeling zijn of worden genomen, wat de vaste activiteiten zijn (zoals het attenderen op kansen en bedreigingen) en welke deelonderwerpen in de planning staan. Conform de stellingname in het rapport *Voortbouwen en vernieuwen* (zie *Graadmeter* mei/juni/juli 2008, p. 4-6) zal bij de beantwoording van adviesaanvragen de aandacht nadrukkelijk uitgaan naar flexibele werkvormen. Vaak zullen het multidisciplinair samengestelde commissies zijn die zich over de vragen gaan buigen. Maar er zijn ook andere en meestal snellere werkvormen denkbaar, al naar gelang de politieke of bestuurlijke urgentie van de problemen. Soms kan bijvoorbeeld worden gekozen voor een briefadvies, waarbij deskundigen buiten commissieverband om worden geconsulteerd.

### Adviseren over grenzen heen

Zoals bekend adviseert de raad altijd met het oog op maatschappelijke vraagstukken. Gezien zijn wettelijke taak betekent dit dat hij zulke vraagstukken vanuit een doorgaans multidisciplinair wetenschappelijk perspectief belicht en dat hij de maatschappelijke implicaties van wetenschappelijke bevindingen en ontwikkelingen doordenkt. De Gezondheidsraad bevindt zich daarbij op het snijvlak van een steeds complexer wordende samenleving en een zich steeds verder specialiserend wetenschappelijk veld. Het is dan ook van toenemend belang om over de grenzen van bestaande beleidssectoren heen te kijken en zo beleidsmakers te helpen bij het vinden van passende oplossingen voor multisectorale vraagstukken.

Het werkprogramma voor 2009 bevat diverse voorbeelden van zo'n multisectorale oriëntatie. Zo wordt advies uitgebracht over de vraag hoe de kans kan worden vergroot dat kinderen en jongvolwassenen met autismespectrumstoornissen met succes een sociaal leven kunnen opbouwen, onderwijs kunnen volgen en een plek op de arbeidsmarkt kunnen vinden. Andere multisectorale adviesthema's in het werkprogramma zijn: 'Preventie van ziekten en beperkingen bij ouderen'; 'Een gezonder leerklimaat'; 'Rekening houden met risicogroepen' en 'Onze leefomgeving in beweging'. Multisectoraal zijn als regel ook de adviezen van de RGO aan de bewindslieden van VWS, OCW en EZ.

## AFSSET zoekt samenwerking met Gezondheidsraad

Donderdag 30 oktober jl. bezocht een delegatie van de Franse organisatie AFSSET (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail) het secretariaat van de Gezondheidsraad. Het agentschap voert taken uit die in Nederland zowel bij het RIVM als de Gezondheidsraad liggen.

Dr. A.S.A.M. van der Burght maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De bijeenkomst was er vooral op gericht informatie uit te wisselen over hoe beide organisaties werken en aan welke onderwerpen. AFSSET bestaat in de huidige vorm sinds 2005, en heeft als belangrijkste missie: een bijdrage leveren aan een gezond milieu en



Van links naar rechts: Eric van Rongen, Jean-Nicolas Ormsby, Ad Vijlbrief, Salma Elreedy, Elisabeth Robert-Gnansia, Aafje van der Burght, Carolien Bouwman, Dorine Coenen en Mounia El Yamani.

een gezonde en veilige werkomgeving. Zij maken daarbij overigens vaak gebruik van commissies van deskundigen (*CSE's: Committees of specialized experts*).

Er was die dag vooral aandacht voor de werkzaamheden van beide organisaties op het gebied van arbeidsomstandigheden en straling. Ook de AFSSET heeft sinds 2007 een commissie die zich specifiek bezighoudt met het adviseren over grenswaarden op de werkplek. Net als bij de Gezondheidsraadcommissie Gezondheid en Beroepsmatige Blootstelling aan Stoffen (GBBS) staat ook bij de AFSSET de methodiek voor het opstellen van grenswaarden voor kankerverwekkende stoffen op de agenda.

Als start van een samenwerking zijn de werkprogramma's uitgewisseld betreffende advisering over stoffen en stralingsonderwerpen. Beide organisaties hebben afgesproken de mogelijkheden voor verdere samenwerking te onderzoeken. Een samenwerkingsovereenkomst tussen beide organisaties zou deze intentie onderstrepen.

Meer informatie over de AFSSET is te vinden op [www.afsset.fr](http://www.afsset.fr). Het merendeel van de rapporten is vooralsnog alleen in het Frans te verkrijgen, maar het streven is om begin 2009 ook een Engelstalige versie van samenvattingen op de website te plaatsen.

## De raad krijgt zelf raad

De Gezondheidsraadlezing vond ook dit jaar traditioneel plaats in de Nieuwe Kerk in Den Haag. Professor Sir Roy Anderson sprak voor een gezelschap van bijna tweehonderd genodigden over *science-based policy for pandemics*.

Na afloop van de lezing kregen de aanwezigen als presentje de publicatie *De Raad krijgt raad van zeven ereleden*. De Gezondheidsraad heeft een groot ledenbestand van bijna tweehonderd deskundigen, onder wie zeven ereleden. Deze ereleden werden geïnterviewd door journalist Maarten Evenblij. Het betreft Joop Huisman, Henk Visser, Els Borst-Eilers, Jan Sixma, Vic Feron, Jo Hautvast en Inez de Beaufort. Zij blikken terug op hun tijd bij de raad en geven advies bij de actuele beleidsmatige ontwikkelingen waar de Gezondheidsraad mee te maken heeft.

De publicatie *De Raad krijgt raad van zeven ereleden* (A08/09) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl).  
Zie rubriek 'Verschenen'.



Professor Anderson in discussie met genodigden en met professor Koopman tijdens de Gezondheidsraadlezing 2008.

## Wisselingen op het secretariaat

Drie nieuwe medewerkers werden verwelkomd en van eentje werd afscheid genomen.

Met ingang van 1 november maakt de bewegingswetenschapper Vincent Goutteborge parttime deel uit van wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad. Hij werkt voor de Commissie Signalering arbeidsomstandighedenrisico's.

Vanwege het *sabbatical* van één van onze redacteuren (Pauline Slot) wordt met ingang van 1 november de wetenschappelijke redactie versterkt met Ton Talmon. Ton heeft Nederlandse taal- en letterkunde gestudeerd met als specialisatie taalbeheersing. Hij is freelance docent communicatieve en journalistieke vaardigheden, tekstschrijver en communicatieadviseur.

Met ingang van 1 januari 2009 zal Henri Wijsbek parttime de wetenschappelijke staf gaan versterken. Henri is ethicus en promoveerde op het onderwerp euthanasie. Hij blijft ook parttime verbonden aan de Universiteit van Amsterdam.

Met ingang van 1 november is Lida Bakker overgestapt naar het Ministerie van Justitie. Zij gaat werken bij de afdeling Werving en Selectie van de directie Justitiële Inrichtingen. Lida is jarenlang het vertrouwde gezicht geweest van het secretariaat van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Wij zijn Lida zeer dankbaar voor haar betrokkenheid en inzet en wensen haar veel succes toe in haar nieuwe baan.



Van 18 november 2008 tot 27 januari 2009 exposeert bij de Gezondheidsraad **Ted de Keijzer**, kunstschilder. Sinds een aantal jaren specialiseert hij zich in stillevens en modellen. Schilderen is voor hem meer dan puur een registratie van de werkelijkheid, het is zijn interpretatie daarvan in olieverf. In opzet zijn de schilderijen klassiek, maar door schilderwijze, kleurgebruik en compositie ogen ze heel modern.

'Schijnbaar fijn' is een predicaat waarin Ted de Keijzer zich goed kan vinden. Voor een verdere kennismaking met zijn werk: zie de tentoonstelling en [www.de-keijzer.nl](http://www.de-keijzer.nl)

# Gezondheidszorg



# Hoopgevende eerste resultaten van nieuwe behandeling voor depressie

Een nieuwe medische techniek kan wellicht een aanvulling vormen op de bestaande behandelingsvormen voor depressie. Het gaat om een methode waarbij een spoel op de schedel wordt geplaatst om activiteit in de hersenen te stimuleren. Uit dubbelblind onderzoek blijkt dat deze transcraniële magnetische stimulatie (TMS) gunstige effecten heeft bij mensen die lijden aan een depressie en bij wie medicatie niet heeft geholpen. Dat zijn hoopgevende resultaten, die aanleiding geven tot verder onderzoek. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een signalement dat op 27 oktober 2008 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dr. P. Slot maakt als redacteur deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Transcraniële magnetische stimulatie in de psychiatrie en de neurologie* (2008/21) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.

## Onderzoek laat een duidelijk effect zien bij depressie

Hoe magnetische stimulatie precies zijn werk doet is nog niet goed bekend. Het effect in de behandeling van depressie is inmiddels echter voldoende aangetoond. De veiligheid van de patiënten is, mits protocollair gewerkt wordt, voldoende gewaarborgd.

De gepubliceerde resultaten betreffen voornamelijk patiënten die niet reageren op medicatie. Maar het is voorstelbaar dat ook mensen die wel baat kunnen hebben bij medicijnen geholpen kunnen worden met TMS. In dat geval zou er een alternatieve behandeling voor depressie beschikbaar komen – en één die weinig of geen bijwerkingen lijkt te hebben. Vervolgonderzoek zal daarover echter meer duidelijkheid moeten verschaffen.

De eerste ervaringen bij andere aandoeningen zijn slechts ten dele positief

Er zijn aanwijzingen dat TMS ook werkzaam is bij hallucinaties ('stemmen horen'). Over de effecten van TMS bij andere aandoeningen is nog geen wetenschappelijk oordeel te geven. Enkele ervaringen uit de praktijk zijn echter positief. Zo lijkt TMS te kunnen helpen om de juiste plek te zoeken voor diepe hersenstimulatie bij mensen met de ziekte van Parkinson, om zo het trillen tegen te gaan waar zij zo'n last van kunnen hebben.

Er is behoefte aan doelmatigheidsonderzoek

Omdat over de kosten van behandeling met TMS nog vrijwel niets bekend is vindt de Gezondheidsraad dat doelmatigheidsonderzoek geboden is. Tevens moet door de beroepsgroep een behandelingsrichtlijn worden ontwikkeld alvorens de therapie op bredere schaal wordt ingezet.

In de commissie Medical Technology Assessment (MTA) hadden zitting:

prof. dr. J.A. Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag, <i>voorzitter</i>	Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
prof. dr. G.H. Blijham, hoogleraar interne geneeskunde, voorzitter raad van bestuur, Universitair Medisch Centrum Utrecht	prof. dr. J. Dekker, hoogleraar paramedische zorg, VU Medisch Centrum, Amsterdam
dr. A. Boer, lid raad van bestuur, College voor Zorgverzekeringen, Diemen, <i>adviseur</i>	dr. G.L. Engel, Soest, <i>adviseur</i>
prof. dr. P.M.M. Bossuyt, hoogleraar klinische epidemiologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam	prof. dr. J. Kievit, hoogleraar medische besliskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
prof. dr. H.R. Büller, hoogleraar vasculaire geneeskunde,	prof. dr. F.F.H. Rutten, hoogleraar gezondheidseconomie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
	dr. G.H.M. ten Velden†, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>
	dr. C.A. Postema, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>

# Voorwaarden voor verkeersdeelname na een hersenbloeding verruimen

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat het karakter van veneuze hersenvatafwijkingen anders is dan dat van arteriële oorsprong; het natuurlijk beloop is door MRI-technieken letterlijk beter in beeld gekomen. Omdat veel van de gevonden afwijkingen blijken te bestaan zonder enig klinisch verschijnsel, is er een gereede aanleiding om de *Regeling eisen geschiktheid 2000* op dit punt nader te preciseren, en onderscheid te maken tussen arteriële en veneuze afwijkingen. Dit is de kern van het briefadvies dat op 2 oktober werd uitgebracht aan de minister van Verkeer en Waterstaat.

Aanleiding voor het advies waren rechtszaken die tot aan de Raad van State gingen en Kamervragen naar aanleiding hiervan. Zo weigerde het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) een goedkeuring af te geven aan een aanvrager die een bloeding had gehad uit een cerebraal caverneus haemangioom. De geconsulteerde neurochirurg adviseerde een afwachtend beleid – dus geen behandeling in de zin van een ingreep. Omdat in de regeling is bepaald dat bij een dergelijke bloeding alleen een rijgeschiktheidsverklaring wordt gegeven nadat er behandeling heeft plaatsgevonden, kreeg de aanvrager de verklaring niet.

Op het gebied van niet arteriële afwijkingen gaat het om onder andere caverneuze hemangiomen en congenitale veneuze malformaties. Veelal zijn dit afwijkingen die bij toeval ontdekt worden en die geen enkele klinische manifestatie hebben; door de toenevende tendens om te screenen en de verbeterde MRI-techniek, worden deze aandoeningen steeds vaker gevonden. De prevalentie van cerebrale caverneuze haemangiomen in de bevolking wordt geschat op 0,3 tot 0,7 procent.

Dr. C.A. Postema maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Voorwaarden voor verkeersdeelname na een hersenbloeding* (2008/20) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.

Bloedingen ten gevolge van veneuze hersenvatafwijkingen kunnen symptomeloos optreden, maar zich ook klinisch manifesteren, met als regel milde symptomen. In incidentele gevallen is er een fatale afloop. Variabelen die het beeld beïnvloeden zijn onder andere de plaats van de afwijking, de leeftijd, het geslacht en het doorge- maakt hebben van een eerdere bloeding.

Niet arteriële afwijkingen hebben dikwijls een dynamisch karakter, waarbij de afwijkingen in aantal en grootte kunnen fluctueren. Ook recidiefbloedingen komen voor. Schattingen van het bloedingsrisico lopen uiteen van 0,25 tot 6,27 procent per patiënt per jaar, waarbij de opzet van de studie (retrospectief/prospectief) en de follow-up duur belangrijke parameters zijn die de verschillen mede bepalen.

Wat betreft mogelijke behandeling dient een afweging gemaakt te worden tussen de aard van de eventuele symptomen en de voor- en nadelen van de behandeling. De klinische verschijnselen betreffen hoofdpijn, epilepsie en hersenbloeding. Gezien het meestal rustige en milde karakter wordt dikwijls volstaan met een expectatief beleid. In het briefadvies wordt om deze redenen geadviseerd om de *Regeling eisen geschiktheid 2000* bij veneuze hersenvatafwijkingen aan te passen en meer te kijken naar klinische verschijnselen en functiebeperkingen, dan naar het al dan niet ingesteld zijn van een behandeling.

Voor mensen met veneuze hersenvatafwijkingen ligt de betekenis van het advies daarin dat zij – aangenomen dat de minister van Verkeer en Waterstaat het advies overneemt – vaker dan voorheen kunnen beschikken over een rijbewijs.

Op 11 november 2008 liet minister Eurlings van Verkeer en Waterstaat de Tweede Kamer weten de door de Gezondheidsraad aanbevolen versoepeling over te nemen. Volgens plan zal de betrokken wijziging van de ministeriële regeling ‘eisen geschiktheid’ nog dit jaar in de Staatscourant geplaatst worden.

## Geraadpleegde deskundigen

prof. dr. D.A. Bosch\*, emeritus hoogleraar neurochirurgie,  
Academisch Medisch Centrum Amsterdam

prof. dr. L.J. Kappelle\*, hoogleraar neurologie, Universitair  
Medisch Centrum Utrecht

prof. dr. J.J. Battermann\*, hoogleraar radiotherapie, Univer-

sitair Medisch Centrum Utrecht

dr. M.C.T.F.M. de Krom\*, neuroloog, Academisch Zieken-  
huis Maastricht

prof. dr. G.J.E. Rinkel, hoogleraar neurologie, Universitair  
Medisch Centrum Utrecht

\* in 2001 lid van de Commissie 'Rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen'

## Kwaliteit van zorg blijft gehandhaafd bij overheveling van taken

Hoe staat het met taakherschikking in de gezondheidszorg? Worden de verwachtingen – hoge kwaliteit tegen lagere kosten – waargemaakt? Over deze vraag gaat het signalement dat de Gezondheidsraad op 11 december 2008 aanbood aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voor de kwaliteit hoeven we niet te vrezen, suggereert het beperkt beschikbare onderzoek. De introductie van nieuwe zorgprofessionals en taakoverheveling in de gezondheidszorg hebben niet tot kwaliteitsverlies geleid. In één opzicht is er zelfs winst: praktijkondersteuners en -assistenten van huisartsen, *nurse practitioners* en *physician assistants* blijken patiënten vaak beter te kunnen begeleiden. Patiënten zijn dan ook tevreden – al zoeken ze uit zichzelf meestal ook nog de arts op.

Of het uitvoeren van taken door niet-artsen ook efficiënter is, valt nu nog niet te zeggen. Wel is duidelijk dat er op dit moment vooral nieuwe zorgprofessionals bij komen, zonder dat het zorgproces anders wordt ingericht. Van een echte herverdeling is dus nog geen sprake, terwijl juist dat kansen biedt voor efficiënter werken. Eén van de struikelblokken is dat artsen niet alle mogelijkheden om taken over te hevelen al benutten. Protocollering zou kunnen helpen om hun vertrouwen in niet-artsen te vergroten. Op termijn zou taakoverheveling echter ook moeten leiden tot een andere inrichting van het zorgproces – dat dan ook doelmatiger kan zijn.

Dr. P. Slot maakt als redacteur deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Taakherschikking in de gezondheidszorg* (2008/25) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschonen'.

### Totstandkoming van het signalement

Dit signalement is geschreven door mr. A. Bood, secretaris bij de Gezondheidsraad tot 1 juli 2007 en mw. dr. M.G.H. Laurant, senior onderzoeker bij het Scientific Institute for Quality of Healthcare (voorheen afdeling Kwaliteit van Zorg) van het UMC St. Radboud, Nijmegen, in opdracht van de Gezondheidsraad, en in nauwe samenwerking met:

Prof. dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg, Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen.

Mw. prof. dr. M. de Visser, vice-voorzitter Gezondheidsraad, neuroloog, Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

Het signalement is daarna redactioneel bewerkt door dr. P. Slot, redacteur bij de Gezondheidsraad. De afronding van het signalement was in handen van drs. E.J. Schoten, secretaris bij de Gezondheidsraad.

# Installatie Commissie Bevolkingsonderzoek darmkanker

Op 3 november 2008 installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad een commissie die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal adviseren over de wenselijkheid bevolkingsonderzoek naar darmkanker (colorectaal carcinoom) in te voeren. De verwachting is dat de commissie het advies voorjaar 2009 uitbrengt.

W.A. van Veen, arts, maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

## Voorgeschiedenis

In mei 2006 kondigde de minister van VWS aan dat het mogelijk moet zijn om in 2010 te beginnen met een landelijk screeningsprogramma dat gericht is op darmkanker. Hij baseerde zich hierbij op een reeks rapporten, beginnend in 2001, met een signalerend advies van de Gezondheidsraad. In deze rapporten werd geconcludeerd dat de uitkomsten van gerandomiseerde *trials* overtuigend aantonen dat sterfte aan darmkanker verminderd kan worden via screening op onzichtbare sporen bloed in de ontlasting. De introductie van een bevolkingsonderzoek verdiende serieuze overweging, maar riep nog wel vragen op. Rapporten van de zogenoemde COCAST-projectgroep en van KWF Kankerbestrijding gingen dieper op deze vragen in.

In februari 2005 hielden KWF Kankerbestrijding en ZonMw een consensusbijeenkomst in Zwolle; hierbij werd geconcludeerd dat screening op darmkanker voldeed aan de criteria voor verantwoord bevolkingsonderzoek (zoals reeds voor de WHO geformuleerd door Wilson en Jungner) dan wel hieraan binnen twee tot drie jaar zou kunnen voldoen. In lijn met de unanieme aanbeveling van de Europese Raad van 2 december 2003 adviseerde 'Zwolle' ook in Nederland zo spoedig mogelijk te beginnen met bevolkingsonderzoek op basis van een *fecal occult blood test*: de zogenoemde



FOBT-screening. Daarnaast zou in proefprojecten bekeken moeten worden of een andere screeningsmethode een betere combinatie van opkomst en opbrengst oplevert dan de meestal gebruikte standaardtest (gFOBT).

### Proefprojecten, NPK-rapport

Na de bijeenkomst in Zwolle (2005) zijn in Maastricht, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam proefprojecten begonnen waarvan er inmiddels een aantal zijn afgerond. De eerste resultaten wijzen duidelijk uit dat een immunochemische testvariant (de iFOBT) in Nederland beter uit de bus komt dan de eerder genoemde standaardtest. Maar er zijn nog open vragen: Wat is de optimale grenswaarde voor een positieve testuitkomst? Wat is het optimale aantal fecesmonsters? Voor welk screeningsinterval dient gekozen te worden? Welke rol speelt de huisarts?

Onderzoek naar de opkomst en testeigenschappen van andere screeningsmethoden dan de twee eerder genoemde (gFOBT en iFOBT) is gaande of in voorbereiding. Een werkgroep van het Nationaal Programma Kankerbestrijding brengt binnenkort een rapport uit over de organisatie van het bevolkingsonderzoek én de voor colonoscopie benodigde capaciteit bij verschillende screeningsmodaliteiten. Het gaat hierbij zowel om de diagnostiek na een 'positieve' screeningstest als om de surveillance van mensen bij wie inmiddels een poliep of darmkanker verwijderd is.

### Samenstelling commissie:

prof. dr. W.P.Th.M. Mali, hoogleraar radiologie, UMC Utrecht, *voorzitter*

dr. M. van Ballegooijen, arts-epidemioloog, Erasmus MC Rotterdam, *adviseur*

dr. G.H. de Bock, epidemioloog, UMC Groningen

dr. J. Braspenning, psycholoog, UMC St Radboud Nijmegen

prof. dr. G.H.J. Dinant, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

prof. dr. R. Holland, emeritus hoogleraar oncologische pathologie, UMC St Radboud Nijmegen

dr. N. Hoogebrugge-van der Linden, internist, UMC

St. Radboud Nijmegen

prof. dr. J.B.M.J. Jansen, hoogleraar maag-, darm- en leverziekten, UMC St Radboud Nijmegen, *adviseur*

prof. dr. E.J. Kuipers, hoogleraar maag-, darm- en leverziekten, Erasmus MC Rotterdam, *adviseur*

dr. J. Kleijnen, arts-epidemioloog, York, Verenigd Koninkrijk

prof. dr. G.A. Meijer, hoogleraar pathologie, VU medisch centrum, Amsterdam, *adviseur*

prof. dr. J. Stoker, hoogleraar radiologie, Amsterdam Medisch Centrum, *adviseur*

W.A. van Veen, arts, Gezondheidsraad, *secretaris*

## 7<sup>de</sup> *Global Summit* van nationale ethiekcommissies

De Gezondheidsraad participeert in een aantal internationale verbanden van nationale ethiekcommissies of soortgelijke instellingen. Binnen Europees verband gaat het om het NEC Forum (Europese Unie) en COMETH (Raad van Europa), wereldwijd om de Global Summit of the National Bioethics Advisory Bodies. Doel van deze bijeenkomsten is: ervaringen uitwisselen en gezamenlijk nieuwe thema's verkennen.

Mr. L.F. Stultiëns maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

*Global Summit* wordt om de twee jaar georganiseerd; dit jaar was het de beurt aan de Franse nationale ethiekcommissie, het Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE). Afgevaardigden uit 33 landen (waaronder 16 Europese) kwamen op 1 en 2 september in Parijs bijeen om de volgende thema's te bespreken: 1) respect voor de persoon (onderverdeeld in 'respect voor het menselijk lichaam' en 'respect voor privacy en geheimhouding'); 2) persoonlijke autonomie; en 3) ethiekcommissies en publiek debat. Op enkele van de gehouden voordrachten wordt hieronder nader ingegaan.

### Respect voor de persoon

De Oostenrijkse afgevaardigde hield een voordracht over 'transplantatie van organen en weefsels', waarbij hij inging op de beslis-systemen die er in de verschillende landen bestaan, het tekort aan (overleden) donoren, de ethische problemen bij het gebruik van levende donoren, en de problemen rondom *organ trafficking*. De handel in organen en transplantatietoerisme zijn uitgegroeid tot mondiale problemen door het toenemend gebruik van internet, de bereidheid van patiënten uit rijke landen om te reizen en organen te kopen, en de armoede waarin inwoners van vele minder ontwikkelde landen verkeren.

In het voorjaar van 2008 hebben de deelnemers aan de International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking de zogenaamde *Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism* aangenomen; inmiddels wordt deze declaratie door vele organisaties (wereldwijd) onderschreven, onder andere door de World Health Organization en Eurotransplant. Doel van de declaratie is genoemde onethische activiteiten tegengaan en de ontwikkeling van veilige en verantwoorde praktijken aanmoedigen; praktijken dus die tegemoetkomen aan de behoeften van degenen die transplantatie wensen te ondergaan maar daarnaast voldoende bescherming bieden aan donoren (veelal afkomstig uit kwetsbare bevolkingsgroepen). Twee veelbelovende kansen voor verbetering zijn: landen stimuleren om wetgeving uit te vaardigen die transplantatietoerisme tegengaat én nationale *self-sufficiency* in orgaandonatie helpen ontwikkelen.

In het kader van het tweede subthema, ‘Respect voor privacy en geheimhouding’ sprak een afgevaardigde uit Estland over de ethische aspecten van digitale dossiers. In Estland is besloten om ter verbetering van de zorg voor patiënten, een nationaal systeem van *digital health records* op te zetten. Dit systeem wordt stapsgewijs geïntroduceerd; volledige invoering staat gepland voor 2012. Net als in Nederland komt er een koppeling tussen de medische gegevens en het ID-nummer. Patiënten hebben én rechtsreeks toegang tot de gegevens én het recht te weten wie de gegevens heeft geraadpleegd. Het *digital health record* systeem in Estland gaat – net als in Nederland – uit van een *opt-out* benadering: men kan aangeven bezwaar te hebben tegen de uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners.

### Persoonlijke autonomie

De vice-voorzitter van de CCNE besprak de Franse opvattingen rondom euthanasie. In Frankrijk neemt de roep om legalisering van euthanasie toe. Dit heeft onder meer te maken met de toenemende medicalisering waardoor verlenging van menselijk leven

niet vanzelfsprekend leidt tot een verhoging van de kwaliteit van leven. In 2000 heeft de CCNE een standpunt uitgebracht (*Opinion 63*) inzake het einde van het leven, beëindigen van leven, en euthanasie. In deze publicatie pleit de CCNE voor een ‘systeem van solidariteit en compassie’; zij is niet voor legalisering van euthanasie, maar zoekt een oplossing voor extreme gevallen. Naast een beargumenteerd vóór of tégen legalisering van euthanasie, is er volgens de CCNE een ‘derde weg’ waarbij in exceptionele gevallen en onder bepaalde voorwaarden, de mogelijkheid geboden moet worden mensen uit hun lijden te verlossen. Een wet van 22 april 2005 sluit hier dicht bij aan. In deze wet is onder meer bepaald dat iedereen recht heeft op zorg die er op gericht is pijn te bestrijden. Zo mag een arts, in overleg met de patiënt en naaste familieleden, een terminale patiënt pijnbestrijdende middelen toedienen, ook al wordt hierdoor de dood mogelijk bespoedigd. Eén en ander dient vastgelegd te worden in het medisch dossier. Euthanasie blijft echter verboden: een arts mag het leven van een patiënt niet beëindigen als deze daarom vraagt.

Een lid van de Nuffield Council on Bioethics (Verenigd Koninkrijk) ging in op de toenemende vergrijzing en de daarmee samenhangende toename van dementie. In november 2007 is er binnen de Nuffield Council een werkgroep geformeerd die zich buigt over dit onderwerp. De verwachting is dat er in september 2009 een rapport gepubliceerd wordt waarin de volgende onderwerpen aan bod komen:

- 1 diagnose: wat is het vroegst mogelijke moment om de diagnose dementie te stellen en hoe betrouwbaar is deze diagnose? En: hoe stigmatiserend is deze diagnose?
- 2 beslissen: dementie is een ziekte met verschillende episodes. Wie mag op welk momenten bepaalde beslissingen nemen?
- 3 vrijheid van actie versus risico: hier zal een balans gevonden moeten worden. Nieuwe technologieën kunnen ons daarbij helpen. Eén en ander kan echter ook weer problemen opleveren met de privacy van betrokkenen.

### Ethiekcommissies en publiek debat

In 1992 is de National Commission of bioethics in Mexico opgericht. Deze commissie ziet het als een belangrijke taak om in Mexico een cultuur van bio-ethiek te promoten en burgers actief te betrekken bij bio-ethische discussies. Om dit te bereiken stelt de commissie zich als doel ethische reflectie en het ontwikkelen van ethische richtlijnen te promoten. Dit doet zij onder meer door bio-ethiekcommissies te installeren in de verschillende Mexicaanse staten (31 in totaal) en door *research ethics committees* te promoten, evenals ethische comités in ziekenhuizen.

### Naar Singapore in 2010

Aan het eind van de *Global Summit 2008* presenteerde een aantal internationale organisaties (UNESCO, Raad van Europa) een overzicht van hun recente activiteiten. Deze organisaties hebben het onderwerp 'ethiek' volop op hun agenda geplaatst.

In 2010 zal Singapore het gastland zijn voor de dan te houden *Global Summit*.

# Gezondheidsonderzoek

## Goede gegevens over volksgezondheid essentieel voor beleid en wetenschap

De beschikbare gegevens over de volksgezondheid in Nederland kunnen beter worden gebruikt. Aanwijsbare gegevenstekorten moeten worden opgeheven. Bovendien moet er ruimte komen voor innovatief wetenschappelijk onderzoek naar de volksgezondheid. Koppeling van gegevens door gebruik te maken van het burgerservicenummer (BSN) zal de kwaliteit en doelmatigheid van dit soort onderzoek aanmerkelijk kunnen bevorderen. Dat schrijft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) in een advies dat op

29 oktober 2008 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Effectief beleid en succesvol wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid zijn beide afhankelijk van gegevens over de Nederlandse volksgezondheid. In het advies *Van gegevens verzekerd. Kennis over de volksgezondheid in Nederland nu en in de toekomst* constateert de RGO dat de beschikbaarheid van gegevens op dit moment te wensen overlaat en dat de gegevens die er zijn, niet altijd goed worden benut.

Dr. J.N.D. de Neeling maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad/RGO.

De publicatie *Van gegevens verzekerd. Kennis over de volksgezondheid in Nederland nu en in de toekomst* (RGO nr. 58) is te downloaden van [www.rgo.nl](http://www.rgo.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.



Prof. dr. P.J. van der Maas presenteert het advies *Van gegevens verzekerd. Kennis over de volksgezondheid in Nederland nu en in de toekomst*.

De raad beveelt aan om de toegankelijkheid van beschikbare gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, binnen de grenzen van de privacywetgeving, zoveel mogelijk te bevorderen. Gebruik van het BSN, het unieke nummer waarmee de burger zich identificeert in diens contacten met de overheid, zal een belangrijke bijdrage leveren. Voor de koppeling van gegevens uit verschillende bestanden is een *trusted third party* nodig, een instantie die onafhankelijk is van de gegevensbeheerders en van de onderzoekers die de gekoppelde gegevens gaan gebruiken.

De raad pleit verder voor het opzetten van een grootschalig onderzoek dat nodig is om gegevens te verzamelen over lichamelijke en psychische beperkingen en over risicofactoren voor ziekten. Ook verdient het aanbeveling om succesvolle onderzoeken waarin de gezondheid van de bevolking voor langere tijd gevolgd wordt, structureel te ondersteunen. Daarnaast moet er meer ruimte komen voor gegevensverzameling ten behoeve van innovatief wetenschappelijk volksgezondheidsonderzoek. Tezamen moeten de aanbevelingen ertoe leiden dat volksgezondheidsbeleid, gezondheidszorg en wetenschap in de toekomst verzekerd zullen blijven van de gegevens die ze nodig hebben.

Het advies is voorbereid door een commissie bestaande uit:

prof. dr. D.E. Grobbee, hoogleraar klinische epidemiologie, Julius Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht, *voorzitter*  
 prof. dr. D.H. de Bakker, hoogleraar structuur en organisatie van de gezondheidszorg, in het bijzonder de eerstelijnszorg, Universiteit van Tilburg, en Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht  
 prof. dr. J.W.W. Coebergh, hoogleraar kanker-surveillance, Erasmus MC, Rotterdam  
 prof. dr. D.J.H. Deeg, hoogleraar epidemiologie van veroudering, VU medisch centrum, Amsterdam  
 prof. dr. P.J. van der Maas, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam, voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag

prof. dr. D.S. Postma, hoogleraar longziekten, Universitair Medisch Centrum Groningen  
 dr. D. Ruwaard, directeur Publieke Gezondheid, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, *adviseur*  
 dr. C. Smit, vertegenwoordiger patiënten en consumenten in de Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag  
 dr. ir. H.A. Smit, hoofd Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven  
 prof. dr. C. van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen  
 dr. M.L. Essink-Bot, Gezondheidsraad/RGO, Den Haag, *secretaris*



# Versterk de duurzaamheid en het gebruik van gezondheidszorgonderzoek

Gezondheidszorgonderzoek is het onderzoek naar de structuur, de organisatie, het functioneren en de effecten van de gezondheidszorg. De afgelopen jaren heeft deze discipline zich voorspoedig ontwikkeld. Volgens de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) is desondanks verbetering van de duurzaamheid en het gebruik van het onderzoek mogelijk en nodig. De raad geeft in zijn advies dat op 8 december 2008 aangeboden werd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport twee hoofdaanbevelingen: zorg ervoor dat het vakgebied zich beter kan ontplooiën én stimuleer het gebruik van het gezondheidszorgonderzoek. De raad geeft hiermee antwoord op vragen van de minister naar de omvang en de bestendigheid van het gezondheidszorgonderzoek, en de balans tussen het innovatieve onderzoek en het vraaggestuurde onderzoek.

Dr. R. van der Sande maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad/RGO.

De publicatie *Gezondheidszorgonderzoek. De toekomst van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland* (RGO nr. 59) is te downloaden van [www.rgo.nl](http://www.rgo.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.

## Positieve ontwikkeling

Het veld van gezondheidszorgonderzoek heeft zich de afgelopen jaren in positieve zin ontwikkeld. Zo is de hoogte van de financiering van het onderzoek vergelijkbaar met die van veel landen om ons heen, wordt het onderzoek hoofdzakelijk uitgevoerd in een aantal grotere gerenommeerde onderzoeksinstituten, en wordt ook veel meer aan gerichte kennisoverdracht gedaan dan voorheen. Ook is zowel de wetenschappelijke als de maatschappelijke kwaliteit uitstekend te noemen en geniet het onderzoek internationaal een hoog aanzien. De raad constateert dat gezondheidszorgonderzoek goed in staat is om een nuttige bijdrage te leveren aan het beleid van VWS.

### Mogelijkheden voor verbetering

Bij alle positieve ontwikkelingen ziet de raad desondanks twee punten die om aandacht vragen.

Uit de beleidsondersteunende functie van het gezondheidszorgonderzoek vloeit voort dat veel onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van ‘derden’. De dynamiek van het beleid en de breedte van de vraagstellingen passen bovendien niet altijd even goed bij de programma’s van de onderzoeksfinancier ZonMw. Hierdoor is er relatief weinig ruimte om inhoudelijk te vernieuwen en loopt de duurzaamheid van het onderzoek gevaar.

Het tweede punt betreft het gebruik van het onderzoek. De raad constateert dat kennis niet optimaal wordt benut doordat systematische niet-vrijblijvende interactie tussen onderzoekers en de uiteindelijke gebruikers van de onderzoeksresultaten nog te weinig plaatsvindt.

### Twee aanbevelingen

Voor beide punten heeft de raad een aanbeveling.

- 1 Versterk de onderzoeksinfrastructuur zodat zowel beleids- als praktijkvragen snel geadresseerd kunnen worden en biedt het onderzoeksveld hierbij voldoende ruimte voor risicovol, innovatief onderzoek.  
Dit kan onder andere gerealiseerd worden door bij de onderzoeksfinancier ZonMw een apart programma voor gezondheidszorgonderzoek in te richten waarin naast langer lopend onderzoek ook ad hoc vraagstukken snel financiering kunnen vinden.
- 2 Zorg voor systematische en niet-vrijblijvende interactie tussen onderzoekers en kennisgebruikers.  
Hieraan kan onder andere bijgedragen worden door in het hele beleidsproces onderzoekers systematisch te betrekken en hen een verplichtende bijdrage te laten leveren aan het samenstellen en evalueren van de kennisagenda voor de gezondheidszorg.

Het advies is voorbereid door een commissie bestaande uit:

- prof. dr. P.J. van der Maas, voorzitter Raad voor  
Gezondheidsonderzoek, *voorzitter*
- drs. I. van Bennekom, directeur Nederlandse Patiënten  
Consumenten Federatie (tot 1 april 2008), directeur  
Directie Langdurige Zorg, Ministerie van Volksgezond-  
heid, Welzijn en Sport, Den Haag (vanaf 1 april 2008)
- dr. H.J.J.M. Berden, directeur St. Elisabeth Ziekenhuis  
Tilburg
- dr. A. Boer, lid Raad van Bestuur College voor Zorg-  
verzekeringen (CVZ)
- prof. dr. T.E.D. van der Grinten, emeritus hoogleraar beleid  
en organisatie gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam
- prof. dr. P.P. Groenewegen, hoogleraar ruimtelijke en sociale  
aspecten van gezondheid en gezondheidszorg, Universi-  
teit Utrecht, directeur NIVEL
- prof. dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg,  
Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- dr. I.M.E. Heesbeen, senior beleidsmedewerker team Cliënt  
Kwaliteit en Innovatie, Actiz (vanaf 1 januari 2008)
- prof. dr. N.S. Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde,  
Academisch Medisch Centrum Amsterdam
- drs. M.E. Rompa-Kunst, directeur Actiz (t/m 31 december  
2007)
- prof. dr. J.M.G.A. Schols, hoogleraar chronische zorg,  
Universiteit van Tilburg, hoogleraar verpleeghuis-  
geneeskunde, Universiteit Maastricht
- dr. ir. H.A. Smit, hoofd Centrum voor Preventie en Zorg-  
onderzoek, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en  
Milieu, Bilthoven
- dr. M.J. Trappenburg, politicoloog, Utrechtse School voor  
Bestuurs- en Organisationswetenschap
- prof. dr. D. Wiersma, hoogleraar klinische epidemiologie van  
psychiatrische stoornissen, Universitair Medisch Centrum  
Groningen
- dr. M.B.J.A. Janssens, ZonMw, *waarnemer* (vanaf 1 juni  
2008)
- dr. ir. J. van Kammen, ZonMw, *waarnemer* (tot 1 juni 2008)
- drs. W. Reijmerink, directie Macro-Economische Vraagstuk-  
ken en Arbeidsvoorwaarden, Ministerie van Volksgezond-  
heid, Welzijn en Sport, Den Haag, *waarnemer*
- dr. S.H.M. Litjens, Gezondheidsraad/RGO, Den Haag,  
*secretaris*
- dr. R. van der Sande, Gezondheidsraad/RGO, Den Haag,  
*secretaris*

# Milieu

# Bescherming tegen toxische stoffen kan steeds preciezer

Blootstelling aan chemische stoffen kan de gezondheid schaden. Soms blijkt dat rechtstreeks uit onderzoek onder groepen mensen. Vaak echter ontbreken zulke epidemiologische gegevens en moet men risico's schatten op basis van onderzoek met proefdieren. Daarmee verschijnen diverse onzekerheden ten tonele. In hoeverre komen proefdieren qua gevoeligheid overeen met mensen? In hoeverre lijken mensen onderling in dat opzicht op elkaar? In hoeverre sluiten dierexperimentele en in de praktijk optredende blootstellingspatronen bij elkaar aan? In een op 29 oktober 2008 uitgebracht advies aan de bewindslieden van VROM en SZW, dat de afsluiting vormt van een reeks adviezen over wetenschappelijke ontwikkelingen in de toxicologie, bespreekt de Gezondheidsraad een scala aan nieuwe methodieken waarmee de zojuist bedoelde onzekerheden nauwkeuriger in kaart gebracht kunnen worden.

Drs. E.J. Schoten maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Onzekerheidsfactoren bij risicobeoordeling* (2008/13) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.

Een centraal element bij de bescherming tegen toxische stoffen is de zogeheten gezondheidkundige advieswaarde. De redelijke verwachting is dat blootstelling aan concentraties gelijk aan of kleiner dan die advieswaarde, ook gedurende langere tijd, de gezondheid van een blootgestelde en diens nakomelingen niet zal schaden. Om zo'n advieswaarde te kunnen bepalen, moet men doorgaans verschillen tussen proefdiersoort en mens, verschillen in gevoeligheid tussen mensen en onvolkomenheden in de onderzoeksgegevens in rekening brengen. Sinds ruim een halve eeuw gebeurt dat door het toepassen van zogenoemde onzekerheidsfactoren. Vaak worden standaardwaarden voor deze factoren gebruikt, bijvoorbeeld 2 of 10, al naar gelang het type onzekerheid.

Wetenschappelijke ontwikkelingen in de toxicologie maken echter steeds vaker stofspecifieke schattingen mogelijk. Diverse molecu-

laire analysetechnieken, celcultuurtechnieken en computersimulatiemodellen bieden een toenemend inzicht in de opname, verdeling, omzetting en uitscheiding van stoffen en in de wijze waarop daarbij een schadelijke interactie met organismen kan optreden. Kwalitatieve en kwantitatieve verschillen tussen proefdier en mens kunnen daardoor per stof nauwkeuriger worden bepaald. Ook in de epidemiologie doen zich ontwikkelingen voor die de zeggingskracht van de gegevens kunnen vergroten. Daartoe behoren onder meer statistische analysetechnieken om gegevens uit verschillende onderzoeken te combineren. Een onzekerheidsfactor voor het compenseren van tekortkomingen in de gegevens kan dan kleiner of zelfs overbodig worden.

Nog weer een andere ontwikkeling is de opkomst van probabilistische methodieken. Het probleem bij standaard onzekerheidsfactoren is namelijk dat men niet weet hoe conservatief of veilig de gekozen waarden zijn. De probabilistische aanpak richt zich op dat probleem door te expliciteren welke mate van bescherming bij bepaalde keuzes geboden wordt.

Volgens het advies is internationale harmonisatie van procedures ter bepaling van onzekerheidsfactoren van groot belang. Even belangrijk blijft het oordeel van deskundigen. Een adequate beoordeling van het geheel aan gegevens vraagt om een inbreng van deskundigen met verschillende specialisaties en om een systematische en transparante werkwijze.

#### Samenstelling commissie:

prof. dr. R.A. Woutersen, TNO Kwaliteit van Leven, Zeist; buitengewoon hoogleraar translationele toxicologie, Wageningen Universiteit en Researchcentrum, *voorzitter*  
 prof. dr. R. Bal, hoogleraar bestuur en beleid van de gezondheidszorg, ErasmusMC, Rotterdam  
 dr. W.F.J.P.M. ten Berge, toxicoloog, voormalig medewerker DSM, Heerlen  
 prof. dr. B.J. Blaauboer, hoogleraar alternatieven voor dierproeven in de toxicologische risicobeoordeling, Institute for Risk Assessment Sciences, Universiteit Utrecht  
 ir. P.M.J. Bos, toxicoloog, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven  
 prof. dr. V.J. Feron, emeritus hoogleraar biologische toxicologie, Universiteit Utrecht

prof. dr. W.R.F. Notten, hoogleraar kennismanagement van innovatie in de gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam  
 dr. ir. M.N. Pieters, risicobeoordelaar, sectordirecteur volksgezondheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven  
 dr. G.M.H. Swaen, epidemioloog, Dow Chemicals Benelux, Terneuzen  
 prof. dr. A.L.M. Verbeek, arts-epidemioloog, hoogleraar klinische epidemiologie, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen  
 dr. J.A. van Zorge, oud medewerker ministerie van VROM, Den Haag, *adviseur*  
 drs. E.J. Schoten, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

# Voeding

## Briefadvies over een beoordelingskader voor voedselkwaliteit

Sinds de naamswijziging van het ministerie van LNV, waarbij de V voor Voedselkwaliteit is komen te staan, heeft voedselkwaliteit een prominente plaats gekregen op de beleidsagenda van dat ministerie. Nadrukkelijk wordt daarbij aangegeven dat gezondheid een essentieel aspect is van voedselkwaliteit, naast andere waarden zoals dierenwelzijn, milieu- en natuurkwaliteit, productiviteit en eerlijke handel. Tegelijk rijst daarmee de vraag hoe deze verschillende waarden bij concrete beleidsvraagstukken onderling afgewogen kunnen worden en welk gewicht zij daarbij in de schaal leggen. Dit probleem is de kern van een adviesaanvraag die minister Verburg van LNV, mede namens haar collega van VWS, aan de Gezondheidsraad voorlegde.

Drs. E.J. Schoten maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Beoordelingskader voor voedselkwaliteit* (2008/23) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.

In een op 11 november 2008 gepubliceerd briefadvies ging vicevoorzitter Kromhout in op enkele wetenschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen rond de beoordeling van voedselkwaliteit. Hij wijst erop dat om te beginnen veiligheid en gezondheid van voedsel in samenhang met elkaar gezien moeten worden. DALY's (*Disability Adjusted Life Year*), een maat voor de totale last die ontstaat door ziektes, kunnen daarbij soms bruikbaar zijn. Een afweging met andere maatschappelijke waarden behelst echter meer dan wetenschap. Al kunnen moderne besliskundige technieken zo'n afwegingsproces transparanter en inzichtelijker maken; te denken valt hierbij onder andere aan een techniek als participatieve multi-criteria analyse die specifiek is gericht op het ondersteunen van transparante verantwoorde beleidsafwegingen.

Bij bovengenoemde afwegingskwesties kan de Gezondheidsraad geconsulteerd worden over de wetenschappelijke kwaliteit van de ingebrachte gezondheidkundige informatie, aldus Kromhout. Met name wanneer de aspecten 'gezondheid en voeding' voor weten-



schappelijke beoordeling op het niveau van het voedingsmiddel in aanmerking komen. Potentiële adviesthema's op dit gebied zijn onder andere een vergelijkende beoordeling van voedingsmiddelen die op traditionele wijze geteeld dan wel via genetische modificatie verkregen zijn; de voedingskundige waarde van zogeheten specifiek gezondheidsbevorderende voedingsmiddelen vergeleken met die van basisvoedingsmiddelen; en het verband tussen een gezonde en duurzame consumptie.

## Werk toe naar één logo voor gezonde voedingsmiddelen

Sinds enkele jaren zien consumenten op de verpakkingen van etenswaren logo's verschijnen: het Gezonde Keuze Klavertje en het Ik Kies Bewust logo. Die geven aan dat het product goed zou zijn voor de gezondheid. Maar is dat ook zo? In een advies dat op 2 december 2008 werd aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, buigt de Gezondheidsraad zich over die vraag. De raad constateert dat de twee logo's op grond van verschillende criteria worden toegekend. Ook komen ze nog niet overeen met de officiële voedingsvoorlichting in ons land. Daardoor kunnen minder gezonde producten toch een logo krijgen. Idealiter zou er dan ook één logo moeten zijn, en één set criteria voor toekenning.

Dr. P. Slot maakt als redacteur deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Gezonde voeding: logo's onder de loep* (2008/22) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.

### Logo's zijn nog niet in lijn met de voedingsvoorlichting

De logo's worden toegekend door producten te scoren op een aantal punten, zoals de hoeveelheid calorieën, het gehalte aan verzadigd vet, keukenzout, toegevoegd suiker en vezels. De criteria zijn voor beide logo's gedeeltelijk in overeenstemming met de landelijke richtlijnen. Zo kunnen producten met het Gezonde Keuze Klavertje toch relatief veel zout bevatten, en is het Ik Kies Bewust logo onder meer coulant als het gaat om voedingsvezel. De commissie bepleit onder meer aanscherping van de criteria voor kant-en-klaar maaltijden, sappen en dranken.



### Labels moeten de meest relevante informatie geven

Behalve logo's vinden we op de verpakkingen ook steeds vaker labels die onder meer aangeven hoeveel calorieën, vet, suikers en vezels een product bevat. Deze informatievoorziening is een initiatief van de



Europese voedingsmiddelenindustrie. Probleem is echter dat daarbij niet wordt gefocust op wat voor de gezondheid het belangrijkste is. Zo is het totale vetgehalte dat daar nu wordt aangegeven veel minder van belang dan het gehalte aan ongezonde vetten, en zou bij suikers de nadruk moeten liggen op het beperken van *vrije* suikers.

Een samenhangend beleid voor logo's en labels is gewenst

Hoewel de bedoelingen goed zijn, valt er dus nog heel wat te verbeteren aan de informatie op producten. Dat kan op de volgende manier.

De Gezondheidsraad adviseert om aan te sturen op één logo, dat wordt toegekend op grond van één set criteria, in lijn met de huidige richtlijnen. Daarbij heeft de raad voorkeur voor een systeem waarin de allergezondste producten nog een extra markering krijgen.

Daarnaast adviseert de raad om één vast label te ontwikkelen, met daarin de elementen die het meest relevant zijn voor een gezonde voeding. Het gaat dan om: calorieën, ongezonde vetten, vrije suikers, natrium en voedingsvezel. Om het label voor de consumenten begrijpelijk te maken, adviseert de Gezondheidsraad een kleurcode te gebruiken die aangeeft of gehalten gunstig, neutraal of ongunstig zijn voor de gezondheid.

De effecten moeten nader worden onderzocht

Het is aannemelijk dat logo's en labels een gunstig effect kunnen hebben op het voedingsgedrag, maar zeker weten we dat nog niet. Gaan mensen inderdaad meer producten met een logo kopen, in plaats van vergelijkbare producten zonder? En zullen ze niet opeens meer gaan eten, omdat ze denken dat dat met logoproducten geen kwaad kan? Dat zal nader onderzocht moeten worden.

## Samenstelling commissie:

- prof. dr. ir. D. Kromhout, vice-voorzitter Gezondheidsraad,  
*voorzitter*
- dr. M.A.E. van Bokhorst-de van der Schueren, hoofd  
diëtetiek en voedingswetenschappen, VU medisch  
centrum, Amsterdam
- ir. W. Bosman, voormalig secretaris van de Beraadsgroep  
Voeding, Gezondheidsraad, Den Haag
- drs. J.W. van den Brink, ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport Den Haag, *adviseur*
- dr. ir. M. Dekker, universitair hoofddocent  
productontwerpen en kwaliteitskunde, Wageningen  
Universiteit en Researchcentrum
- prof. dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie en  
huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum  
Utrecht
- dr. J.A. Iestra, stafmedewerker afdeling diëtetiek en voedings-  
wetenschappen, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- prof. dr. ir. F.J. Kok, hoogleraar voeding en gezondheid,  
Wageningen Universiteit en Researchcentrum
- prof. dr. H.P. Sauerwein, hoogleraar energiestofwisseling,  
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr. N.K. de Vries, hoogleraar gezondheidsvoorlichting  
en opvoeding, Universiteit Maastricht
- prof. dr. C.M.J. van Woerkum, hoogleraar communicatie-  
strategieën, Wageningen Universiteit en Research-  
centrum
- prof. dr. ir. M.H. Zwietering, hoogleraar levensmiddelen-  
microbiologie, Wageningen Universiteit en Research-  
centrum
- dr. ir. C.J.K. Spaaij, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
- dr. ir. R. Weggemans, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

# Arbeidsomstandigheden

## Hittestress op de werkplek verdient aandacht

De Gezondheidsraad heeft onderzocht of er nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn met betrekking tot gezondheidkundige en veiligheidkundige grenswaarden voor hittestress op de werkplek. De referentiewaarden voor hittestress die op dit moment bij de handhaving gebruikt worden helpen weliswaar acute hitteziekten te voorkómen, maar zijn niet afdoende tegen nadelige mentale effecten. Nieuwe inzichten omtrent deze nadelige effecten lijken mogelijkheden te bieden voor veiligheidkundige grenswaarden.

Dr. C. Bouwman maakt deel uit van de wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad.

De publicatie *Hittestress op de werkplek* (2008/24) is te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl). Zie rubriek 'Verschenen'.

Hittestress leidt tot hittebelasting van het lichaam. Hoe ernstig die belasting zal zijn, verschilt van persoon tot persoon en is behalve van omgevingsfactoren, zoals temperatuur, luchtvochtigheid, windsnelheid of ventilatie, ook afhankelijk van lichamelijke inspanning, kleding en persoonlijke factoren. Een goede lichamelijke conditie en gewenning aan het werken onder hittestress (acclimatisatie), maakt iemand weerbaarder.

Nederland kent geen wettelijke grenswaarden voor hittestress in arbeidssituaties, maar wel een NEN-norm die gebruikt wordt bij de handhaving. De referentiewaarden in de NEN-norm zijn gebaseerd op het voorkómen van acute hitteziekten, zoals hitte-uitputting of een levensbedreigende hitteberoerte. Indicator voor de referentiewaarden is de lichaamskerntemperatuur. Over de nadelige fysieke effecten van hittestress zijn geen nieuwe wetenschappelijke inzichten gevonden. Het bovenstaande maakt dat er op dit moment geen aanleiding is om de gezondheidkundig onderbouwde referentiewaarden te herzien.

De nadelige gevolgen die hittestress op het mentale functioneren kan hebben, is een ander verhaal. Momenteel ontbreken deze in de NEN-norm, maar wanneer er nog geen fysieke effecten zijn, kan iemand toch al minder alert worden. Wat weer kan leiden tot veiligheidkundige risico's als een grotere kans op het maken van

fouten en zelfs op ongevallen. Het verdient daarom nader onderzoek of er veiligheidskundige grenswaarden zijn te formuleren die bescherming bieden tegen de nadelige mentale effecten van hittestress op de werkplek.

Over de langetermijneffecten van hittestress op de gezondheid is nog maar zo weinig bekend dat het voorlopig niet mogelijk is grenswaarden voor deze effecten vast te stellen.

Het signalement *Hittestress op de werkplek* is opgesteld door de Commissie Signalering Arbeidsomstandighedenrisico's. Deze commissie is door de Gezondheidsraad ingesteld om ten behoeve van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid te signaleren of er – op dit moment, of op termijn – nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn met betrekking tot gezondheidskundige en veiligheidskundige grenswaarden voor arbeidsomstandighedenrisico's.

#### Samenstelling commissie:

- |  |  |
|--|--|
| prof. dr. ir. T. Smid, bijzonder hoogleraar arbeidsomstandigheden, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam, en adviseur arbeidsomstandigheden, KLM Health Services, Schiphol-Oost, <i>voorzitter</i> | prof. dr. J.J.L. van der Klink, hoogleraar sociale geneeskunde arbeid en gezondheid, Universitair Medisch Centrum, Groningen |
| prof. dr. A.J. van der Beek, hoogleraar epidemiologie van arbeid en gezondheid, EMGO instituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam  | prof. dr. W.R.F. Notten, hoogleraar kennismanagement van innovatie in de gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam |
| dr. ir. A. Burdorf, universitair hoofddocent arbeidsepideemiologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam   | drs. R.M. Roodenburg, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, <i>adviseur</i>                             |
| prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen, hoogleraar beroepsziekten, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam  | dr. T. Spee, beleidsadviseur arbeidshygiëne, Stichting Arbouw, Amsterdam   |
| prof. dr. ir. D.J.J. Heederik, hoogleraar gezondheidsrisico-analyse, Institute for Risk Assessment Sciences, Universiteit Utrecht  | J. van der Wal, hoofd veiligheid, Shell Europa Exploratie en Productie, Nederlandse Aardolie Maatschappij, Assen             |
|  | dr. C.A. Bouwman, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>   |
|  | dr. A.S.A.M. van der Burght, Gezondheidsraad, Den Haag, <i>secretaris</i>  |

De hieronder vermelde publicaties zijn te downloaden van de website ([www.gr.nl](http://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](mailto:order@gr.nl)

## Algemeen

### 2008

De Raad krijgt raad van zeven ereleden. A08/09.  
Werkprogramma 2009 Gezondheidsraad. A08/06.  
Voortbouwen en vernieuwen. A08/04.  
Jaarverslag 2007 Gezondheidsraad. A08/01.

### 2007

Jaarverslag 2006 Gezondheidsraad / RGO. A07/02.  
Werkprogramma 2008 Gezondheidsraad. A07/05.

## Gezondheidszorg

### 2008

Taakherschikking in de gezondheidszorg. 2008/25.  
Transcraniële magnetische stimulatie in de psychiatrie en de neurologie. 2008/21.  
Voorwaarden voor verkeersdeelname na een hersenbloeding. 2008/20.  
Coilen of clippen? 2008/12.  
Foetale therapie. 2008/10.  
Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. 2008/08.  
Screening: tussen hoop en hype. 2008/05.  
Ouderdom komt met gebreken. 2008/01.

### 2007

Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2007: zelftests op lichaamsmateriaal. 2007/26.  
Briefadvies Griepvaccinaties bij ouderen van groot belang. 2007/22.  
Briefadvies Multimorbiditeit bij ouderen. 2007/20.  
Preconceptiezorg: voor een goed begin. 2007/19.  
Briefadvies Beleid inzake WBMV. 2007/18.  
Wet bevolkingsonderzoek: prostaatcancer ERSPC-Rotterdam (3). 2007/03WBO.  
Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. 2007/13.  
Ruilen met de wachtlijst: een aanvulling op het programma voor nierdonatie-bij-leven? 2007/11.  
Nacontrole in de oncologie. 2007/10.  
Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling. 2007/09.  
BMR-vaccinatie en autisme: geen aanwijzingen voor een verband. 2007/04.  
Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (7). 2007/02WBO.  
De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een

programma voor alle leeftijden. 2007/02.  
Bijzondere interventies aan het hart. 2007/01.  
Wet bevolkingsonderzoek: moleculaire tests voor screening op blaaskanker. 2007/01WBO.

## Gezondheidsonderzoek

### 2008

Gezond zorgonderzoek. De toekomst van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland. (RGO) 59.  
Van gegevens verzekerd. Kennis over de volksgezondheid in Nederland nu en in de toekomst. (RGO) 58.  
Synthetische biologie: kansen creëren. 2008/19.

### 2007

Onderzoek dat ertoe doet. De responsiviteit van universitaire medische centra op vraagstukken in volksgezondheid en gezondheidszorg. (RGO) 57.  
Participatie van patiënten in gezondheidsonderzoek. (RGO) 56.  
Translationeel onderzoek in Nederland – Van kennis naar kliniek. (RGO) 55.

## Voeding

### 2008

Beoordelingskader voor voedselkwaliteit. 2008/23.  
Gezonde voeding: logo's onder de loep. 2008/22.  
Naar een toereikende inname van vitamine D. 2008/15.  
Naar behoud van een optimale jodiuminname. 2008/14.  
Naar een optimaal gebruik van foliumzuur. 2008/02.

### 2007

Veiligheidsbeoordeling van nieuwe voedingmiddelen (2). 2007/23.  
Briefadvies Toetsing van het KCO-rapport 'Overgewicht en obesitas'. 2007/08.  
Voedselallergie. 2007/07.

## Milieu

### 2008

Voorzorg met rede. 2008/18.  
BioInitiative rapport. 2008/17.  
Waterstof in het wegverkeer. 2008/16.  
Onzekerheidsfactoren bij risicobeoordeling. 2008/13.  
Gevoelige bestemmingen luchtkwaliteit. 2008/09.  
Briefadvies Hoogspanningslijnen. 2008/04.



2007

Briefadvies Hoogspanningslijnen. 2007/25.  
 Briefadvies elektromagnetische velden en gezondheid. 2007/24.  
 Maten voor milieugezondheidseffecten. 2007/21.  
 De waarde van interventiewaarden. 2007/16.  
 Astma, allergie en omgevingsfactoren. 2007/15.  
 Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2006. 2007/06.  
 Risico's van blootstelling aan ioniserende straling. 2007/03.

## Arbeidsomstandigheden

2008

Hittestress op de werkplek. 2008/24.  
 Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008). 2008/11.  
 Platinum and platinum compounds. 2008/12OSH.  
 Occupational exposure to organic solvents: effects on human reproduction. 2008/11OSH.  
 Persoonsdosimetrie bij beroepsmatige blootstelling aan ioniserende straling. 2008/07.  
 Opleiden van deskundigen op het gebied van stralingsbescherming. 2008/06.  
 Preventie van werkgerelateerde luchtwegallergieën. Advieswaarden en periodieke screening. 2008/03.  
 Trichlormethine hydrochloride. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/10OSH.  
 Stibine. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/09OSH.  
 p-Nitroaniline. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/08OSH.  
 n-Butyl glycidyl ether. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/07OSH.  
 Ifosfamide. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/06OSH.  
 Arsine. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/05OSH.  
 4-Vinylcyclohexene. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/04OSH.  
 4-Vinylcyclohexene diepoxide. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/03OSH.

2-Nitroanisole. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/02OSH.  
 2,4,5-Trimethylaniline. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2008/01OSH.

2007

Kaoline. Health-based recommended occupational exposure limit. 2007/12OSH.  
 N-vinyl-2-pyrrolidone. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2007/11OSH.  
 Vincristine sulphate. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2007/10OSH.  
 Vinblastine. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2007/09OSH.  
 Iodoform. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2007/08OSH.  
 Chlorozotocin. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2007/07OSH.  
 Cyclosporin. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2007/06OSH.  
 Bromodichloromethane. 2007/05OSH.  
 5-Azacytidine. Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2007/04OSH.  
 Diethylene glycol. Health-based recommended occupational exposure limit. 2007/03OSH.  
 Propylene glycol (1,2-Propanediol). Health-based recommended occupational exposure limit. 2007/02OSH.  
 Bitumen (vapour and aerosol). Health-based recommended occupational exposure limit. 2007/01OSH.  
 Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid - Verslag van het symposium Beoordelen, behandelen, begeleiden. A07/07.  
 Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen. A07/04.  
 Kanttekeningen over mogelijke beperkingen bij MRI bij invoering van een EU richtlijn. 2007/17.  
 Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. 2007/14.  
 Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische- vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculairsyndroom. 2007/12.  
 Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. 2007/05.



GRAADMETER # 5  
JAARGANG 24  
NOVEMBER/DECEMBER 2008

Redactie

D. Kromhout (hoofdredacteur),  
M.M.H.E. van den Berg, A.S.A.M.  
van der Burght, K. Groeneveld,  
R. van der Sande, A.A. Talmon  
(eindredacteur), P. Terlouw, M. de  
Waal

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](mailto:graadmeter@gr.nl)  
Internet - [www.gr.nl](http://www.gr.nl)  
[www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl)  
[www.healthcouncil.nl](http://www.healthcouncil.nl)

ISSN 0169-5211