
Jaarverslag 2007
Gezondheidsraad



Jaarverslag 2007 Gezondheidsraad

aan:

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. A08/01, Den Haag, 27 maart 2008

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

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

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.



INAHTA

De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

De in dit jaarverslag afgebeelde kunstwerken geven een indruk van de tentoonstellingen die in 2007 bij de Gezondheidsraad te zien waren.

U kunt de publicatie downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Jaarverslag 2007 Gezondheidsraad. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. A08/01.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-699-0

Van de voorzitter

Voor u ligt het jaarverslag 2007. Ook in het verslagjaar zijn we erin geslaagd om een breed pakket aan adviezen uit te brengen. Die prestatie is te danken aan de combinatie van de inzet van topdeskundigen in commissies en Beraadsgroepen en de wetenschappelijke en facilitaire ondersteuning door het Secretariaat. Dit in een context van tegenwind door bezuinigingen.

Samen een adviespraktijk van 105 + 20 jaar

De Gezondheidsraad adviseert van al ruim 105 jaar, over de volksgezondheid in brede zin. Van preventie, maatschappelijke gezondheidszorg, patiëntenzorg en gezondheid gekoppeld aan voeding, milieu en arbeidsomstandigheden tot en met de ethische en gezondheidsrechtelijke vraagstukken die daaraan verbonden zijn. De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) adviseert meer dan twintig jaar over gezondheidsonderzoek en de daarbij behorende infrastructuur. Sinds 1 januari 2007 zijn de secretariaten samengevoegd. De integratie van de raden heeft onlangs – op 1 februari 2008 – gestalte gekregen. De prestaties van beide raden zijn in dit jaarverslag vermeld.

Breed geschakeerd pakket adviezen

In 2007 zijn in totaal 47 adviezen en signaleringen uitgebracht. Die adviezen betreffen niet alleen onderwerpen die van belang zijn voor de minister van Volks-

gezondheid, Welzijn en Sport (VWS), maar ook voor zijn collega's van Volks-huisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). Alle adviezen en signaleringen zijn te vinden op de website van de raad www.gr.nl. Dat veelvuldig gebruikt gemaakt wordt van onze website bleek uit een analyse over de maand november in 2007. In november bezochten 80 000 mensen de website. De helft van deze bezoekers downloadde daarbij een pdf-bestand van een advies.

Een jaarverslag is een goede gelegenheid om aan de hand van voorbeelden de adviespraktijk nog eens in samenhang te presenteren. Daarvan passeert een aantal van de in 2007 verschenen adviezen de revue.

Eén van de belangrijkste adviezen gaat over het Rijksvaccinatieprogramma. Een interview met de voorzitter van de desbetreffende commissie treft u in dit jaarverslag aan.

De minister van VWS heeft aangegeven gereguleerde marktwerking belangrijk te vinden bij de bijzondere medische verrichtingen. Kwaliteit en veiligheid blijven daarbij wel belangrijke ankerpunten. De raad adviseert van oudsher over de stand van wetenschap en kwaliteitseisen bij specifieke vormen van topklinische zorg en de vraag welke capaciteit daarbij nodig is. In het verslag jaar is in dit verband gekeken naar bijzondere interventies aan het hart. Ook is een briefadvies uitgebracht over de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen.

De minister van VWS verleent de vergunningen die nodig zijn om bevolkingsonderzoek te doen. Dat betreft niet alleen het gebruik van tests in screenings-programma's maar ook in de setting van wetenschappelijk onderzoek. Krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) moet de minister daarbij eerst de Gezondheidsraad horen, die het voorstel toetst aan de criteria die in de wet zijn gesteld. In het verslag jaar is behalve een aantal toetsingsadviezen in het kader van de WBO ook een *Jaarbericht bevolkingsonderzoek* uitgebracht, dat specifiek is gewijd aan de zelftests. Hierbij is gekeken naar kwaliteit en doelmatigheid van de aangeboden tests.

Steeds meer wordt duidelijk uit wetenschappelijk onderzoek dat voeding een belangrijke invloed heeft op de gezondheid. De invloed werkt naar twee kanten: voeding kan mensen gezonder maken, maar hen ook juist schaden. Overmaat schaadt met name bij jongeren, dat was ook het thema bij het rapport van het Kennis Centrum Overwicht over overwicht en obesitas. De raad heeft dit rapport op verzoek van VWS getoetst. In internationaal verband is door de raad gekeken naar afstemming van de adviezen op het gebied van *diabesitas* (diabetes en obesitas).

De behoefte aan wetenschappelijke advisering over allergie is aanwezig bij drie ministeries. Voor het ministerie van VWS werd een advies uitgebracht over voedselallergie en voor het ministerie van VROM een advies over astma, allergie en omgevingsfactoren. Begin 2008 volgt een advies over allergenen op de werkplek voor het ministerie van SZW.

Over mogelijke fysische en chemische bedreigingen vanuit onze omgeving op de gezondheid zijn adviezen over elektromagnetische velden, ioniserende straling en interventiewaarden bij calamiteiten met chemische stoffen uitgebracht aan het ministerie van VROM.

Onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg heeft als doel de patiëntenzorg te verbeteren. Onderzoeksresultaten uit het laboratorium zullen uiteindelijk ook moeten kunnen worden toegepast in de kliniek. Over deze toepassing van laboratorium naar kliniek is voor de ministeries van OCW en VWS het advies *Translatieel onderzoek* uitgebracht door de RGO. De RGO heeft zich ook gebogen over de maatschappelijke betekenis van onderzoek dat wordt uitgevoerd door de universitaire medische centra.

De patiënt staat in de gezondheidszorg voorop. Een versterking van de rol van de patiënt bij onderzoek is onderwerp van advisering geweest. Naar aanleiding van het advies *Patiëntenparticipatie* van de RGO heeft VWS extra geld beschikbaar gesteld om de rol van de patiënt bij het onderzoek te versterken.

Wat betreft het in kaart brengen van de stand van wetenschap kan naast de wetenschappelijke literatuur en de expertise van topdeskundigen de ervaringsdeskundigheid van de patiënt belangrijk zijn. Dit kwam ondermeer tot uiting tijdens een gesprek met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. Meer dan in het verleden het geval was, zal er ook bij de samenstelling van commissies van de raad gekeken worden naar ervaringsdeskundigen.

Samenwerking

Nauwe samenwerking met kennisinstellingen in binnen- en buitenland is een noodzakelijke voorwaarde voor wetenschappelijke advisering. Dat geldt ook voor samenwerking met andere raden. Al jarenlang is het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) een voorbeeld van samenwerking met de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) als strategisch adviescollege voor VWS. Door het CEG worden jaarlijks enkele signalementen uitgebracht. De Gezondheidsraad bracht in dit kader in 2007 het signalement *Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen* uit.

Met diverse adviesorganen en kennisinstellingen die van belang zijn voor het ministerie van VWS is, op initiatief van dat ministerie, een begin gemaakt met de

‘kenniskamer’ van VWS. Daarbij wordt gewerkt aan optimale afstemming van de advisering, uitgaande van de onderscheiden taken van de deelnemende instellingen en de door het ministerie geformuleerde maatschappelijke opgaven.

In een goede samenwerking met de COGEM (COmmisIE GEnetische Modificatie) en de CBD (Commissie Biotechnologie bij Dieren) kwam de tweede Trendanalyse Biotechnologie tot stand. Voor deze trendanalyse zijn acht belangrijke trends geselecteerd die op dit moment de aandacht van de politiek en beleid verdienen. Het betreft de trends op het gebied van biotechnologie-industrie, wetgeving, voeding, milieu, (genetische)diagnostiek en geneesmiddelenontwikkeling.

De meeste Gezondheidsraadleden zijn verbonden aan wetenschappelijke centra op het gebied van de volksgezondheid. Dat was voor de leiding van de raad reden om in het verslagjaar weer een bezoek te brengen aan alle Raden van Bestuur van de universitaire medische centra (UMC's) en aan de leden die bij die UMC's werken. Ook bezocht de leiding van de raad de Raden van Bestuur van Wageningen Universiteit en Researchcentrum en het Medisch Spectrum Twente en de Universiteit Twente. De onderwerpen van gesprek waren: ontwikkelingen in de wetenschap en in de zorg, relevante onderwerpen voor het werkprogramma van de raad en mogelijke inbreng van deskundigheid. Met de leden van de raad ging het gesprek ook over het functioneren van de raad en het secretariaat. De serie werkbezoeken zal worden vervolgd, waarbij ook centra en instellingen op andere terreinen aan bod zullen komen.

Internationaal bestaat al jarenlang een goede samenwerking met vele instellingen in Europa en de Verenigde Staten. Met de Belgische Hoge Gezondheidsraad wordt vaak samengewerkt op het gebied van straling en gezondheid. De tweede bijeenkomst van het netwerk van Europese zusterorganisaties, European Science Advice Network for Health (EuSANH), werd dit keer in Luxemburg gehouden met als onderwerp de methodologie van *science advice*.

Gezondheidsraadlezing

De traditionele Gezondheidsraadlezing in de Nieuwe Kerk stond in 2007 in het teken van de jeugd. Prof. dr. Pauline Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg bij kinderen, hield een inspirerende voordracht met de titel *Jeugd, gezondheid en levensloop*. Een terugblik op bijna 90 jaar laat een enorme daling zien in doodgeboorte en zuigelingensterfte en in sterfte onder kleuters, schoolkinderen en adolescenten. Pauline Verloove-Vanhorick schetste hoe de behaalde successen uit het verleden effect hebben op de levensloop.

Tegenwoordig is er een andere zorg: veel kinderen zijn ongezond dik. Bevordering van gezond gedrag is één van de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen.

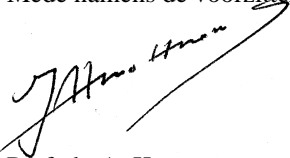
De middag werd afgesloten met de benoeming van een nieuw erelid van de Gezondheidsraad: prof. dr. Jo Hautvast, over wie u meer kunt lezen in dit jaarverslag.

Mensenwerk

Al het werk van de Gezondheidsraad en de RGO heeft als doel: door wetenschappelijke advisering bij te dragen aan een betere volksgezondheid. Hierboven heb ik al aangegeven dat velen daar een bijdrage aan leveren: leden van de beide raden, externe deskundigen en medewerkers van het Secretariaat. Al deze mensen wil ik op deze plaats danken voor hun niet aflatende inzet.

Dit jaar werden wij er op pijnlijke wijze aan herinnerd dat het inderdaad allemaal mensenwerk is en dat het niet vanzelfsprekend is dat die mensen steeds blijven doorgaan. Mensen zijn kwetsbaar. Het overlijden van dr. Gabriël ten Velden heeft dat hard onder onze aandacht gebracht. Wij verloren in hem niet alleen een uitstekende secretaris die de Gezondheidsraad en zeer vele commissies lange tijd heeft gediend, en een alom erkend expert met een uitgebreid kennisnetwerk, maar vooral ook een dierbare collega aan wie velen binnen en buiten onze organisatie goede herinneringen bewaren.

Mede namens de voorzitter van de RGO,



Prof. dr. A. Knottnerus,
Voorzitter Gezondheidsraad

Inhoud

	Van de voorzitter	5
1	Worsteling met een juiste voedingsbalans	13
2	Trots op toetsingskader Rijksvaccinatieprogramma	19
3	Nacontrole in de oncologie	25
4	Advisering inzake topklinische zorg	29
5	De zorg voor een kind begint vóór de zwangerschap	33
6	Doelgroepen voor griepvaccinatie	37
7	Ongerichte waarschuwingen op verpakkingen onnodig beperkend voor mensen met voedselallergie	41
8	Alleen combinatie van maatregelen kan astma en allergie terugdringen	45
9	Beoordelen, behandelen, begeleiden	49
10	Onderzoek dat ertoe doet	53

11 Translationeel onderzoek 55

12 Enkele getallen 59

13 Publicaties 61

12 Jaarverslag 2007 Gezondheidsraad

1

Worsteling met een juiste voedingsbalans

Prof. dr. Jo Hautvast, nieuw erelid 2007

‘Dertig jaar geleden was het milieu erg in, nu zijn dat gezondheid en hoe je vitaal kunt blijven. Voeding speelt daarbij een belangrijke rol. Wat dat betreft heb ik het geluk gehad dat ik in de jaren ‘70 met de Wageningse vakgroep Voeding en later Humane Voeding in een nieuw, en naar nu blijkt, opkomend vakgebied ben gestapt.’ Prof. dr. Jo Hautvast (70) kwam in de jaren ‘70 als eerste arts in het agrarische Wageningen. ‘Wat moet ik bij die boeren?’, vroeg de tropenarts uit Nijmegen zich af toen hij het advies kreeg eens bij de Landbouw Hogeschool Wageningen te gaan kijken. ‘Na mijn artsenstudie had ik een paar jaar een ziekenhuis in Tanzania geleid. Daar zag ik naast het brede terrein van de gezondheidszorg ook gigantisch veel ondervoeding. In ons gebied was veel krop door jodiumgebrek. Toen ik terugkwam in Nederland wilde ik verder met die voeding, maar ik wist niet goed hoe ik dat moest doen.’



De Voedingsraad had in 1969 geadviseerd dat er in Nederland een volwaardige studie voeding zou moeten komen. Geen enkele medische faculteit had er belangstelling voor, alleen de Landbouw Hogeschool wilde wel. Vrij snel nadat Hautvast een opleiding humane voeding in Engeland had gedaan, werd hij er aangesteld als hoogleraar. ‘Maar onderzoek naar de smaak, kleur en vorm van tomaten vond ik niet interessant. Er waren belangrijker problemen. Het ging er mij om gezond voedsel te maken en ik was op zoek naar de effecten van voeding op de gezondheid van de mens. Daarvoor moest ik bloed prikken en urine onderzoeken. Bijvoorbeeld voor onderzoek naar cholesterol. Dat werd mij lange tijd niet in dank afgenomen. Niet door de medici, die vonden dat ik zulk onderzoek niet buiten een medische faculteit hoorde te doen, maar ook niet door de landbouwkundigen. Die vreesden dat ik aan de landbouwhogeschool een medische faculteit wilde beginnen. Ik heb erg veel energie moeten steken in uitleggen wat het onderscheid is tussen geneeskunde en gezondheidskunde – gerelateerd aan *public health*.’

Gelijkwaardig met collega's

Hautvast kreeg het voordeel van de twijfel als hij zich maar een beetje rustig hield en niet teveel mensen voor de schenen schopte. Iets wat overigens niet altijd lukte, hij dreigde zelfs met zijn hele groep de wijk te nemen naar de Universiteit Maastricht. Maar na vijftien jaar stonden de medici in Wageningen op de stoep om samen te mogen werken. ‘Het voordeel van onze studenten boven medici was dat ze een degelijke wetenschappelijke achtergrond hadden. Bijvoorbeeld flink wat statistiek, wat belangrijk is in de epidemiologie. En mede door mijn motto “proof that you are better”, kwamen er nogal wat onderzoeksresultaten terecht in gerenommeerde medische tijdschriften als *The Lancet*. Tot ons genoeg werd voeding midden jaren ‘90 uitgeroepen tot de *core business* van de Wageningen Universiteit en nu hebben voeding en gezondheid een eigen identiteit gekregen.’

Of het thema zo'n grote vlucht had kunnen krijgen binnen een medische faculteit, durft Hautvast te betwijfelen. ‘Het is een zeer interdisciplinair vakgebied. Je komt alleen maar verder met het onderwerp als je op gelijkwaardig niveau met collega's uit andere vakgebieden kunt samenwerken. Dat was, zeker indertijd, moeilijk binnen een medische setting, waar de hiërarchie behoorlijk groot was. In Wageningen kenden we geen *ranking* naar vakgebied en dat heeft de samenwerking zeer positief beïnvloed. We voegden bijvoorbeeld spontaan vakgroepen samen. Nu zie je dat iedereen voeding doet.’

Prof. dr. J.G.A.J. (Jo) Hautvast was van 1996 tot 2005 vicevoorzitter van de Gezondheidsraad (1996-2005) en daarvoor voorzitter van de Voedingsraad.

Onder zijn (vice-)voorzitterschap zijn ruim 40 toonaangevende adviezen op het gebied van de voeding verschenen, waaronder adviezen over aanbevolen hoeveelheden energie en voedingsstoffen, de veiligheidsbeoordeling van nieuwe voedingsmiddelen, de ontwikkelingen in de voedselconsumptie, het gebruik van antimicrobiële groeibevorderaars in de veehouderij, voedselinfecties, de preventie en behandeling van obesitas, claims over gezondheidseffecten op voedingsmiddelen. Zijn inzicht, inzet, en wijsheid hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de kwaliteit en impact van de adviezen. Als vice-voorzitter van de Gezondheidsraad heeft Jo Hautvast ook buiten zijn specifieke deskundigheidsgebied een waardevolle rol gespeeld op het brede terrein van advisering inzake de volksgezondheid. Vanwege zijn buitengewone diensten voor de Gezondheidsraad werd Jo Hautvast op 27 september 2007 benoemd als erelid van de raad.

Ook met het bedrijfsleven heeft Hautvast altijd intensief samengewerkt. Een groot aantal promovendi van hem ging bijvoorbeeld naar Unilever. Zijn groep kreeg flink wat industriële subsidies, maar Hautvast heeft steeds een gepaste afstand gehouden, meent hij. ‘Onze resultaten werden altijd gepubliceerd. In 2000 werd ik directeur van het Topinstituut Voeding, waarin ook de industrie participeert, omdat ik voldoende begrip had voor de behoeften van zowel bedrijven als universiteiten. Maar als directeur van het Topinstituut heb ik mijn hoogleraarerschap beëindigd.’

Nutrigenomics

‘Ik heb altijd veel belangstelling gehad voor het verzamelen van zogenoemde pre-competitieve kennis, toepassingsgerichte kennis die nuttig is voor meer dan louter één bedrijf. Bijvoorbeeld de *nutrigenomics*, waarbij de relatie tussen genen en voeding centraal staat. Allereerst levert dat fantastische wetenschap op, een enorme kennis over voeding en gezondheid. Daarnaast is die kennis van nut voor bedrijven in de voedingssector. Of de nutrigenomics over tien, twintig jaar zal leiden tot een persoonlijk voedingsadvies, tot een voedingspaspoort, zoals sommigen menen, zal overigens moeten worden afgewacht. We weten natuurlijk allang dat er aangeboren voedingsziekten zijn, zoals fenyketonurie (PKU) waarop pasgeborenen al heel lang worden getest met de hielprik. Maar naar de

relatie tussen voeding en hart- en vaatziekten en kanker zal nog heel veel onderzoek moeten worden gedaan. Daarvoor zullen enorme epidemiologische studies met grote cohorten van tienduizenden mensen moeten worden uitgevoerd.’

Hautvast denkt niet dat hij een wetenschapper in hart en nieren is. Het met pipet en erlenmeyer aan de werkbank staan, heeft nooit zijn voorkeur gehad. ‘Ik ben wel gefascineerd door de wetenschap en ik heb altijd een goed gevoel gehad voor de richting waarin de wetenschap gaat. Feitelijk ben ik meer een wetenschappelijk manager geweest dan een onderzoeker. Het begeleiden en stimuleren ligt mij heel goed. Ik heb ruim tachtig promovendi mede opgeleid. Van mijn goede neus voor hoe ik andere mensen kan stimuleren, heb ik veel gebruik gemaakt.’

Dik als norm

Een belangrijk Gezondheidsraad-rapport dat onder het vice-voorzitterschap van Hautvast tot stand kwam, was dat over overgewicht en obesitas (2003). Achter de toenmalige constatering dat obesitas één van de lastigste volksgezondheidsproblemen zal worden, staat hij nog steeds. En ook hecht Hautvast nog immer aan zijn, bij de aanbieding van het rapport geventileerde, mening dat bij het voorkomen van overgewicht en obesitas de burger over het algemeen zelf een grote verantwoordelijkheid draagt. ‘Je kunt bij obesitas niet alles vanuit de overheid regelen. Individuen hebben een eigen verantwoordelijkheid. Dat is anders dan met bijvoorbeeld roken. Als ik drie gebakjes achterelkaar in mijn mond prop, heeft niemand daar last van. Van het meerroken met iemand die een sigaret rookt wel. Gezonde voeding is een onderdeel van het bewustzijn. Dat je beseft dat als je 200 calorieën teveel naar binnen werkt, je vervolgens een half uur moet wandelen. Ik ben geschrokken van een recent bezoek aan de Verenigde Staten, waar dik de norm lijkt te zijn. Als je niet dik bent, val je uit de toon. De overheid kan wel helpen en mogelijkheden bieden om gezonder te eten en meer te bewegen, maar de consument moet het zelf doen. Daarbij moeten bedrijven consumenten de keuze bieden tussen verschillende soorten voeding. Consumenten hoeven overigens niet op elk moment aan hun voeding te denken, zoals dikwijls wordt gesuggereerd. Ze moeten er wel voor zorgen dat ze over een termijn van één tot twee weken een gezond eetpatroon volgen. Het gaat om de balans. Zelf heb ik een “geïnteresseerde culinaire afwijking”, daar ben ik niet preuts in. Maar zelf merk ik ook dat het soms een worsteling is om die balans in de gaten te houden.’

Wat doet een erelid van de Gezondheidsraad?

‘Vooral vereerd zijn! We zijn in Nederland vaak nuchter, maar ik voel me toch vereerd. Als je iets krijgt wat je nooit hebt bedacht, is het extra leuk. Twee dagen in de week houd ik mij bezig met werk, zoals lidmaatschap van raden en commissies, van RIVM en Voedingscentrum tot Wessanen en de Wageningse schouwburg. De rest van de tijd doe ik met mijn vrouw leuke dingen: bridgen, naar het theater, de nieuwste films zien en golven. We hebben een grote familie en gaan graag op stap, ook om lekker te eten.’

2

Trots op toetsingskader Rijksvaccinatieprogramma

Gesprek met prof. dr. Joost Ruitenberg, voorzitter Commissie Herziening RVP

Prof. dr. Joost Ruitenberg is een tevreden mens. Natuurlijk erkent de voorzitter van de semi-permanente Gezondheidsraadcommissie die het advies over de herziening van het Rijksvaccinatieprogramma voorbereidde dat zes jaar behoorlijk lang is voor een advies. Maar in die periode van 2001 tot 2007 heeft de commissie wel verschillende andere adviezen over vaccinatie het licht doen zien.



Daar waren geruchtmakende adviezen bij, zoals dat over vaccinatie tegen meningokokken en pneumokokken in 2001 en tegen kinkhoest in 2004. De tijdelijke commissie kreeg als Commissie Rijksvaccinatieprogramma een nieuw mandaat en de emeritus hoogleraar immunologie van de Universiteit Utrecht werd opnieuw de voorzitter.

Maar het belangrijkste voor de zeventigjarige Ruitenberg, nu bijzonder hoogleraar Internationale Volksgezondheid aan de Vrije Universiteit Amsterdam, is

toch wel de uitgebreidheid van het advies over de herziening van het Rijksvaccinatieprogramma en de afgewogenheid ervan die is ontstaan door intensieve consultaties van bedrijfsleven, patiëntenverenigingen en belangenorganisaties.

Daarnaast is hij trots op het toetsingskader dat de commissie heeft ontwikkeld om te bepalen welke soorten vaccinaties thuishoren in een overheidsprogramma. Zeven criteria telt dat toetsingskader. 'Toen we in 2001 begonnen, vroegen we ons direct af of we een maat zouden kunnen bedenken om te kunnen beoordelen of een vaccinatie thuis hoort in een nationaal vaccinatieprogramma. In die tijd waren toetsing, transparantie en criteria ook erg in discussie. We hadden het geluk dat we een ethicus, de Utrechtse dr. Marcel Verweij, in de commissie hadden die daarover had nagedacht.'

Het zijn geen criteria geworden die je ook met een paar collega's op de achterkant van een bierviltje had kunnen zetten, vindt Ruitenberg. Daarvoor zijn ze te complex. 'We kregen er direct interessante discussies over', herinnert de commissievoorzitter zich. 'Moest bijvoorbeeld in het eerste criterium (de infectieziekte leidt tot een aanmerkelijke ziektelast: zij is ernstig voor individuen *en* treft (potentieel) een omvangrijke groep) het woord "en" staan of het woord "of"? We besloten tot "en" omdat het dan logisch is dat de overheid de verantwoordelijkheid neemt en het voorkómen van zo'n infectieziekte niet wil overlaten aan individuen.'

Ook het woord 'ernstig' riep discussie op. 'Waterpokken bijvoorbeeld, vonden we niet ernstig genoeg, maar iedereen krijgt ze. Elders in de wereld vaccineert men soms wel tegen waterpokken, mede vanwege de kans op complicaties. Die komen in Nederland zelden voor, maar komt dat door onderrapportage in Nederland of brengen we de diagnose niet in verband met doorgemaakte waterpokken? Wij hebben geadviseerd dat nader te onderzoeken. De toetsingscriteria dwingen je om goed na te denken en ook rekening te houden met het maatschappelijke engagement.'

Maatschappelijke urgentie

De opstellers van het Rijksvaccinatieprogramma, dat sinds 1957 in werking is, kunnen gerust zijn. Geen van de huidige twaalf vaccinaties zou volgens het toetsingskader uit het programma geweerd hoeven te worden, aldus de commissie. Sterker, Ruitenberg verwacht dat de commissie op korte termijn een uitspraak zal doen over de vraag of vier nieuwe vaccinaties (tegen hepatitis-B, baarmoederhalskanker, diarree door infectie met rotavirussen en de combinatie van water-

pokken en gordelroos) zouden kunnen worden toegevoegd. En van nog een aantal vaccins zou op langere termijn kunnen worden bekeken of ze aan de criteria voldoen. Ruitenberg: 'De ontwikkelingen op het gebied van vaccins gaan erg snel. Er zitten nogal wat vaccins in de pijplijn, veel meer dan vijf jaar geleden. Ik denk daarom dat het goed is als de commissie vaker zou vergaderen zodat ze sneller kan inspelen op die ontwikkelingen. Als beweerd wordt dat er een werkzaam en effectief vaccin tegen een bepaalde infectie is, dan is het belangrijk om dat snel uit te zoeken. In onze criteria is ook de urgentie meegenomen, zowel in wetenschappelijk als maatschappelijk opzicht.'

Het belang van maatschappelijke urgentie is groter geworden, constateert Ruitenberg. Aan de ene kant eist de bevolking dat de overheid haar maximaal beschermt tegen infectieziekten. Aan de andere kant is er ook een beweging gaande die kritisch is op al die vaccinaties en zich afvraagt of kinderen niet 'lek geprikt' worden, waarbij de risico's van de vaccinaties groter zijn dan de voordelen. 'Dat is volstrekt niet het geval bij het huidige Rijksvaccinatieprogramma', verzekert Ruitenberg. 'Er zijn op dit moment geen of alleen milde bijwerkingen van de vaccinatie. Omdat we al een halve eeuw met succes vaccineren, is er een generatie ouders gekomen die volledig onbekend is met de infectieziekten waartegen we vaccineren. Ze weten niet meer hoe ernstig deze ziekten zijn en denken daarom dat het met die vaccinatie wel een beetje minder kan. Dat is volstrekt niet het geval. Veelal is een vaccinatiegraad van negentig procent minimaal om een uitbraak te voorkomen.'

Ruitenberg roept een paar uitbraken in herinnering: mazelen in 1999/2000 en rode hond in 2004/2005. Deze epidemieën bleven beperkt tot de zogeheten Bible Belt die zich uitstrekt van de Zeeuwse eilanden via het Zuid-Hollandse en Utrechtse platteland naar de Noord-Veluwe en de kop van Overijssel. Een gebied waar de vaccinatiegraad relatief laag is, vanwege de dominante geloofsovertuiging. Ruitenberg: 'Door die Bible Belt en de bijbehorende sociale cohesie is Nederland kwetsbaar. Dat heeft ook internationale consequenties. Enige tijd na de Nederlandse uitbraak van rode hond, zagen we die ook in Canada. Dat viel te verklaren door de relaties die men daar met de Nederlandse Bible Belt heeft. Het is dus erg belangrijk om een goed bewakingssysteem te hebben. Overigens heeft de commissie zich op het standpunt gesteld dat als het om dwang en drang rond vaccinatie gaat de overheid vooralsnog wel drang maar geen dwang moet uitoefenen.'

Kosten-effectiviteitsanalyse

Internationaal zijn de toetsingscriteria van de Gezondheidsraad goed gevallen. Vooral in de Federatie van Europese Akademies voor Geneeskunde en later in DG Sanco van de Europese Commissie, dat nauwe contacten onderhoudt met het Europese Centrum voor de Preventie en Controle van Ziekte in Stockholm (ECDC). 'Men vindt de toetsingscriteria daar interessant in het overleg over harmonisatie en onderlinge afstemming van de vaccinatiestrategie van de Europese lidstaten.' Overigens is Ruitenberg vooralsnog geen voorstander van één Europees vaccinatieprogramma, ook al houden infectieziekten zich niet aan de landsgrenzen. 'We moeten vooral een goed en universeel systeem voor de bewaking van infectieziekten en het beoordelen van de vaccinatiegraad in Europa hebben, zodat gegevens onderling vergelijkbaar zijn. Dat biedt mogelijkheden om alert beleid te voeren. Eén gemeenschappelijke vaccinatiestrategie is niet nodig, althans nu nog niet. Daarvoor zijn er teveel regionale verschillen. België bijvoorbeeld, heeft, vanwege zijn koloniale verleden, altijd meer contact gehad met Afrikaanse landen. Dat heeft consequenties gehad voor het nationale vaccinatiebeleid. In Nederland voeren we een zogeheten risicobenadering voor hepatitis B door alleen risicogroepen te vaccineren.'

Ook voor het zesde toetsingscriterium, waarin de Gezondheidsraadcommissie stelt dat een vaccinatie alleen in het Rijksvaccinatieprogramma moet worden opgenomen als de verhouding tussen de kosten en de gezondheidswinst gunstig is in vergelijking met die van andere mogelijkheden om de ziektelast te verminderen, is internationale belangstelling. 'Zo'n kosten-effectiviteitsanalyse ten opzichte van een reeds bestaande strategie om infecties te voorkomen, is heel interessant en kan per land verschillend uitvallen', benadrukt Ruitenberg.

Hij geeft het voorbeeld van een mogelijke vaccinatie tegen HPV om baarmoederhalskanker te voorkomen. De effecten en de kosten daarvan moeten worden afgezet tegen de screening op baarmoederhalskanker die sinds 1973 in Nederland bestaat. Daarbij moet worden meegenomen dat, ondanks dit unieke systeem, jaarlijks nog zo'n tweehonderd vrouwen overlijden aan baarmoederhalskanker. Aan de andere kant moet worden geconstateerd dat het huidige vaccin beschermt tegen slechts driekwart van het in Nederland voorkomende HPV, omdat het geen immuniteit opwekt tegen alle typen HPV. Ruitenberg: 'Bovendien is weliswaar aangetoond dat het vaccin het aantal HPV-infecties en de voorstadia van baarmoederhalskanker vermindert, maar nog niet dat het ook werkelijk baarmoederhalskanker voorkomt. De afweging zal in Nederland wellicht anders uitpakken

dan in bijvoorbeeld Vietnam. Want dat land kent geen screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker.’

Er valt niet te shoppen

Infectieziekten en vaccins boeien Ruitenberg nog steeds zeer en in het voorzitterschap van de commissie kan hij de bijbehorende wetenschappelijke uitdaging toepassen in een maatschappelijke context. ‘De overheid is toch verantwoordelijk voor de gezondheid van de bevolking. Zeker als het om infectieziekten gaat. Daarvoor is het echter nodig inzicht te krijgen in het draagvlak bij de bevolking voor het vaccinatiebeleid. Wij hebben een Rijksvaccinatieprogramma waarbij individuen geen keus hebben om daar bepaalde vaccinaties wel en andere niet uit te kiezen. Er valt niet te shoppen.’

Ruitenberg kan zich echter wel voorstellen dat er vaccinaties zijn die wel geregistreerd zijn, maar niet volledig voldoen aan de toetsingscriteria voor het Rijksvaccinatieprogramma, zodat ze daarin (nog) niet zijn opgenomen. Die zouden, particulier of via de zorgverzekering betaald, wel individueel beschikbaar gemaakt kunnen worden. ‘Er zijn tussenvormen denkbaar, zoals een RVP+, een Rijksvaccinatieprogramma Plus. Een uitbreiding van de nationale vaccinatie, naast een programma toegespitst op reizigers’, meent Ruitenberg. ‘Individen kunnen dan zelf kiezen of ze zichzelf of hun kinderen willen laten vaccineren tegen extra infectieziekten. Een voorbeeld daarvan zou gordelroos kunnen zijn. Dat is echt een zeer vervelende ziekte voor ouderen. Het lastige is echter dat, omdat we zo’n goed rijksvaccinatieprogramma hebben, huisartsen nog maar heel weinig kennis hebben over infectieziekten en vaccins. Ik denk dat er maar weinig huisartsen zijn die weten waar ze je naartoe moeten sturen als je vraagt om een vaccin tegen gordelroos.’

3

Nacontrole in de oncologie

De huidige nacontrole in de oncologie is voor verbetering vatbaar. Zo verdienen voorlichting en begeleiding meer systematische aandacht. Verder zou de actieve opsporing van nieuwe manifestaties van de behandelde kanker beperkt moeten blijven tot die vormen van kanker waarbij dit aantoonbaar winst kan opleveren voor de duur of kwaliteit van leven. Iedere vorm van kanker vergt een systematisch programma van nacontrole. Voor elke patiënt zou er tevens een persoonlijk nazorgplan moeten zijn. Het is wenselijk dat dit binnen vijf jaar zijn beslag krijgt. Dit stelde de Gezondheidsraad in zijn advies *Nacontrole in de oncologie: doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen*, dat op 27 maart 2007 werd uitgebracht.

Nacontrole: drie doelstellingen

De nazorg aan volwassenen die een curatieve kankerbehandeling achter de rug hebben, vindt voor een belangrijk deel plaats binnen een programma met een reeks van afspraken en onderzoeken. Die programmatisch aangeboden nazorg wordt nacontrole genoemd. De behandelaars hebben hierbij drie doelstellingen voor ogen. Ten eerste voorlichting en begeleiding van de patiënt, en eventueel behandeling van de vaak ingrijpende gevolgen van de ziekte en de toegepaste therapie. Ten tweede de vroege opsporing van eventuele nieuwe manifestaties van de behandelde kanker. Het idee hierachter is dat vroege opsporing betere behandeling mogelijk zou maken dan wanneer men afwacht tot er klachten en

verschijnselen zijn. Ten derde kan nazorg van belang zijn voor de evaluatie van het medisch handelen met het oog op verbetering daarvan.

Op alle gebieden verbetering gewenst

De huidige nacontrole in de oncologie is op alle drie de doelstellingen voor verbetering vatbaar. Algemene lichamelijke en psychische klachten (zoals moeheid, angst of seksuele problemen) worden nog niet systematisch gesignaleerd. Ook kan de psychosociale zorg beter in de nacontrole geïntegreerd worden. De vroege opsporing van nieuwe manifestaties van de behandelde kanker heeft alleen zin wanneer daarmee aantoonbaar winst in duur of kwaliteit van leven geboekt kan worden. Dat betekent dat er een behandeling moet zijn, die in een vroeg stadium effectiever is dan als er al klachten zijn. Voor sommige soorten tumoren staat dat vast, maar bij andere vormen van kanker is die winst er niet. Verder ontbreekt op dit moment in de nacontrole een systematische opzet voor de evaluatie van het medisch handelen. Vaak zijn verschillende specialisten betrokken bij de nacontrole, maar zijn er geen goede afspraken over wie de coördinatie van het programma op zich neemt.

Toetsingskader voor planmatige verbetering

Het advies presenteert een toetsingskader van negen algemene voorwaarden waarmee de nacontrole in de oncologie in de toekomst beter gestructureerd en onderbouwd kan worden. Deze voorwaarden betreffen deels de systematische onderbouwing, deels de vereisten vanuit het perspectief van verantwoorde zorgverlening. Deelscenario's per doelstelling vormen met elkaar het totaalscenario voor de nacontrole bij een bepaalde vorm van kanker. Dit programma wordt opgenomen in een nazorgplan, dat elke patiënt zou moeten krijgen als de kankerbehandeling is afgelopen.

Elk programma van nacontrole geeft een moment aan waarop overwogen moet worden of verdere nacontrole nog nodig is, en zo ja in welke vorm. Dat moment verschilt per kankersoort en per behandeling. Voor de psychosociale verwerking acht de Gezondheidsraad een jaar nacontrole een goed uitgangspunt. Als de specialistische nacontrole wordt afgesloten, dienen patiënt en huisarts informatie en instructie te krijgen over blijvende aandachtspunten, waaronder eventuele late gevolgen van de behandeling. Goede afspraken tussen specialist en huisarts moeten een patiënt het vertrouwen geven om op eigen kracht verder te gaan, terwijl zo nodig specialistische zorg beschikbaar blijft.

Beroepsgroep en overheid uitgedaagd

Wil een rationeler nacontrolebeleid tot stand kunnen komen, dan is het noodzakelijk dat de beroepsgroep zelf de nacontrole in de oncologie hoog op de agenda zet en dat dit wordt gestimuleerd door een langlopend onderzoeksprogramma. Dit zal zich volgens de commissie die het advies opstelde moeten richten op zowel gewenste als op nadelige gevolgen van zorg. Koppeling van bestaande registraties kan daarbij een belangrijk instrument zijn.

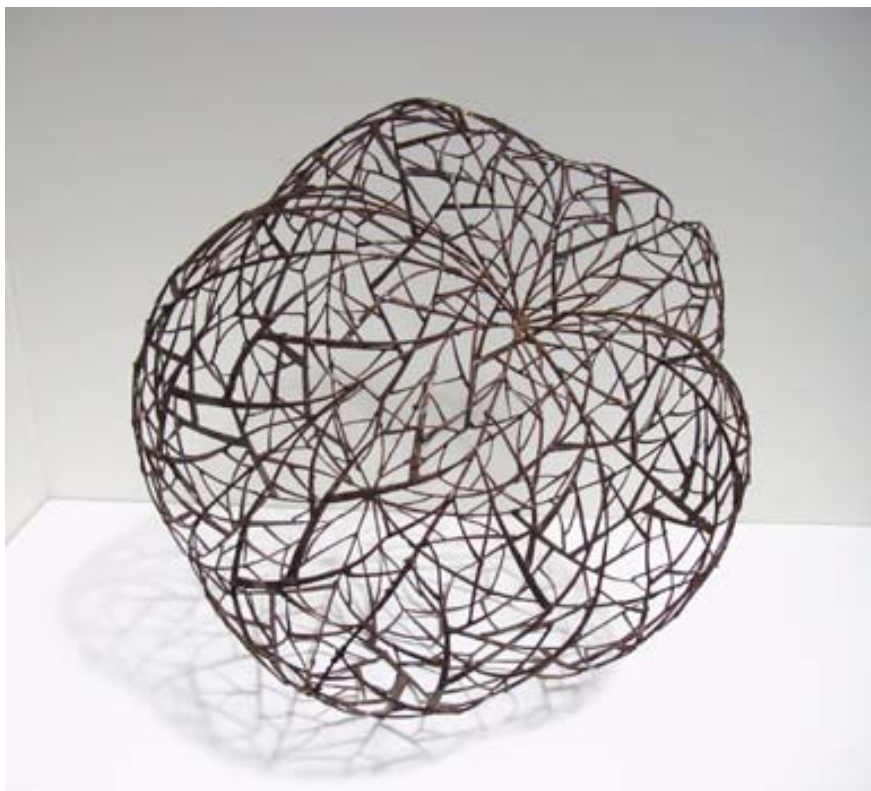
De minister reageert

‘Ik heb grote waardering voor het kader dat de Gezondheidsraad heeft voorgebracht.’ Dat schreef de minister van VWS op 22 juni in een brief aan de Tweede Kamer als reactie op het Gezondheidsraadadvies. ‘In het advies maakt de Gezondheidsraad een brede analyse van alle aspecten die daarbij in het geding zijn.’ De minister deelt de mening van de raad dat er nog een lange weg te gaan is voor het verzamelen van alle gegevens die nodig zijn om de diverse programma’s van nacontrole te onderbouwen. Maar naar zijn oordeel ‘biedt het pragmatische toetsingskader van de Gezondheidsraad nu al zoveel handvatten, dat het verstrekken van informatie over een nazorgplan en het geven van instructies ook nu al geen vrijblijvende zaak zijn.’

De minister kondigt in zijn reactie aan dat hij deze aanbevelingen binnen de context van het Nationaal Programma Kankerbestrijding, aan de orde zal stellen. Het NPK is een samenwerkingsovereenkomst ter verbetering van de bestrijding van kanker door meer en gerichte samenhang en samenwerking tussen en met alle bij de kankerbestrijding betrokken professionals, instellingen en andere organisaties. Op verzoek van de vaste kamercommissie laat de minister op 21 augustus weten dat in het NPK is afgesproken dat de werkgroepen Kankerzorg en Psychosociale (na)zorg de uitvoeringsstatus van het advies monitoren. ‘Het advies van de Gezondheidsraad wordt op deze wijze zeer doelgericht opgepakt.’

Samenstelling commissie:

prof. dr. J. Kievit, *voorzitter*; prof. dr. E. Schadé, *vice-voorzitter*; dr. A.C. Ansink; dr. G.H. de Bock; prof. dr. C.C.E. Koning; prof. dr. W.P.Th.M. Mali; prof. dr. J.W.R. Nortier; dr. R. Segaar, *adviseur*; prof. dr. A.L.M. Verbeek; prof. dr. T. Wiggers; D.C.M. Gersons-Wolfensberger, *secretaris*



Van eind januari tot eind maart was in Gr-galerie werk te zien van Henny van der Meer: poëtisch luchtige beelden van gelast metaal, zoals deze *Bol*.

4

Advisering inzake topklinische zorg

Al sinds decennia brengt de Gezondheidsraad met regelmaat adviezen uit op het terrein van de topklinische zorg, onder meer inzake orgaantransplantatie, radiotherapie, neonatale intensive care en complexe neurochirurgie. Deze voorzieningen worden in ons land van overheidswege gereguleerd op basis van een vergunningensysteem: de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV), waarover hieronder meer. De invalshoek van de raad bij de advisering over topklinische, alsmede topreferente zorg (zeer specialistische patiëntenzorg) is steeds de stand van wetenschap: *evidence* inzake werkzaamheid, veiligheid en (kosten)effectiviteit. Op veel terreinen van de topklinische zorg is sprake van voortdurende wetenschappelijke en klinische ontwikkeling, wat actualisering van de advisering nodig maakt. In het licht van het te voeren landelijk beleid richt de raad zich vooral op de vraag hoe deze bijzondere zorgvoorzieningen kunnen worden toegepast onder condities van optimale veiligheid, kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid. Op basis van beschikbare wetenschappelijke en klinische gegevens (zoals de samenhang tussen volume en uitkomst) leidt dit in een aantal gevallen tot de aanbeveling om voorzieningen in een beperkt aantal centra te concentreren. Naast advisering over de bestaande topklinische verrichtingen verkent de raad ook op systematische wijze nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen (*horizon scanning*), om de overheid te kunnen wijzen op innovaties en doorbraken die in de nabije toekomst een rol kunnen gaan spelen in de zorg. Deze verkenningen worden door de vaste commissie MTA uitgebracht in de vorm van signalementen.

Advies Bijzondere interventies aan het hart

Op 17 januari 2007 bracht de raad een advies uit over bijzondere interventies aan het hart. Al diverse malen beschreef en analyseerde de raad het terrein van de behandeling van aandoeningen aan het hart, waarop zich vrijwel voortdurend nieuwe ontwikkelingen voordoen. Dit betreft vooral de behandeling van patiënten met vernauwingen van de kransslagaderen en met een acuut infarct, en ook van patiënten met een aandoening aan de hartkleppen. De commissie die het nieuwe advies heeft voorbereid, gaf aan dat hart- en vaatziekten nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland zijn: een op de drie sterfgevallen wordt veroorzaakt door dit type aandoening. Ook is sprake van een omvangrijke ziektelast, omdat jaarlijks circa 150.000 Nederlanders een complicatie van hun hartaandoening krijgen die behandeling nodig maakt. De commissie beschrijft in haar advies de stand van wetenschap en recente ontwikkelingen op het gebied van de interventiecardiologie (met name ballondilataties), de hartchirurgie, ingrepen aan de hartkleppen, behandeling van ritmestoornissen en bij hartfalen, en operaties aan de aorta. Bijzondere aandacht krijgt ook de behandeling bij aangeboren hartafwijkingen. In het advies wordt gepleit voor forse uitbreiding van de voorzieningen voor interventiecardiologie en ritmebehandeling. Dit zou bij voorkeur moeten gebeuren in regionale hartcentra waar sprake is van geïntegreerde zorg voor hartpatiënten, wat wil zeggen dat in die centra cardiologen en hartchirurgen (alsmede andere betrokken specialisten) nauw samenwerken om de optimale behandelstrategie voor de individuele patiënt te bepalen. Per centrum dient een minimumaantal verrichtingen per behandelaar gegarandeerd te zijn, aangezien blijkt dat ervaring en routine tot betere behandelresultaten leiden. Om deze mate van concentratie te bereiken en te bewaren kan overheidsbemoeienis nuttig en nodig zijn; de commissie bepleit dan ook voortzetting van het bestaande vergunningensysteem. Zij adviseert ook dat het aantal locaties waar thans behandeling voor aangeboren hartafwijkingen (bij zowel kinderen als volwassenen) plaats vindt, verder wordt beperkt. Via een proces van samenwerking en fusie zal uiteindelijk een concentratie van deze zorg in drie centra gerealiseerd moeten worden. Ten slotte pleit de commissie er voor de behandelresultaten van ingrepen aan het hart beter in kaart te brengen en toegankelijk te maken in een landelijk registratiesysteem, als onderdeel van een kwaliteitssysteem.

Wet bijzondere medische verrichtingen

De Gezondheidsraad heeft, zoals hierboven aangegeven, al sinds 1975 vele adviezen uitgebracht op het terrein van de topklinische zorg, in het kader van een

overheidsbeleid gericht op concentratie en kwaliteitsbevordering – eerst op basis van Art. 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, later op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV). In een brief van 13 juni 2007 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal gaf de minister van VWS aan dat hij het wettelijk instrument van de WBMV wil aanpassen aan de eisen van de tijd en het voorgenomen beleid (meer marktwerking en deregulering). Dit houdt in: een meer beperkte toepassing van het vergunningenvereiste (alleen voor voorzieningen die niet met het gebruikelijke instrumentarium adequaat kunnen worden gestuurd), en een beperkte toepassing in de tijd (maximaal vier jaar of zoveel korter als verantwoord). Tevens zal deze beleidsaanpassing resulteren in een (versnelde) uitstroom van bestaande ‘bijzondere verrichtingen’ uit het regime van de WBMV. Voorzien wordt een zwaardere rol voor de betrokken beroepsorganisaties op het terrein van zelfregulering (professionele richtlijnen) en kwaliteitsbeleid. Dit beleidsvoornemen was aanleiding voor de voorzitter van de Gezondheidsraad om in een brief aan de minister terughoudendheid en zorgvuldigheid te bepleiten bij het dereguleren van de bijzondere verrichtingen. Hij wijst er op dat het in de afgelopen decennia gevoerde concentratiebeleid vruchten heeft afgeworpen waar het gaat om het bereiken van een goede kwaliteit en doelmatigheid van bijzondere zorgvoorzieningen. Dit beleid wordt ook buiten Nederland als bijzonder succesvol beschouwd en wordt meer en meer nagevolgd. De voorzitter beaamt dat de WBMV op zich aan modernisering toe is, en dat zorgvoorzieningen niet permanent onder de WBMV dienen te blijven, zeker wanneer ze hun bijzondere karakter verliezen en er inmiddels een breed aanbod bestaat. Hij wijst er echter op dat een aantal voorzieningen zeer gebaat is bij een concentratiebeleid, dat bijdraagt aan het opbouwen van expertise en het behoud van kwaliteit. Voor deze voorzieningen dient een centrale aansturing vanuit de overheid gehandhaafd te blijven en mag niet vertrouwd worden op de regulerende werking van concurrentie in de markt. Hij noemt onder meer kindercardiochirurgie en -interventiocardiochirurgie, orgaantransplantaties en perinatale intensieve zorg. In zijn notitie aan de minister schetst de voorzitter ook de rol die de Gezondheidsraad kan (blijven) spelen bij het adviseren over bijzondere voorzieningen, juist ook wanneer het voornemen bestaat deze uit de WBMV te laten uitstromen.

Samenstelling commissie:

prof. dr. K.I. Lie, *voorzitter*; prof. dr. P.W. Boonstra; prof. dr. J.J. Bredée; prof. dr. M.H.J. Brouwer (tot 25 april 2006); prof. dr. A. Brutel de la Rivière (vanaf 9 december 2005); P.A.W. Edgar, *adviseur* (tot 16 augustus 2006); J. Haeck, *adviseur*

seur (vanaf 16 augustus 2006); prof. dr. W.A. Helbing; prof. dr. B.A. van Hout (tot 13 september 2005); prof. dr. J.J. Piek; dr. H.W.M. Plokker; prof. dr. M.J. Schalijs; prof. dr. F. Zijlstra; dr. ir. M.H. Mossink, *adviseur* (tijdelijk wegens zwangerschapsverlof vervangen door: drs. E.G. Memeo); drs. M.A. Bos, *secretaris*



De soms duistere, fantastische tekeningen van John Sikking contrasteerden in de *Gr*-galerie met de beelden van Henny van der Meer, in het dagelijks leven zijn partner. Op de foto: *Weefwoud*.

5

De zorg voor een kind begint vóór de zwangerschap

Wie een kind hoopt te gaan krijgen, kan vóór de zwangerschap veel doen voor een goede eigen gezondheid en die van het toekomstige kind. Aanstaande ouders krijgen nu prenatale voorlichting, maar dan is het kind al verwekt. Er is meer gezondheidswinst te boeken als ze zich al voor de conceptie op de zwangerschap zouden gaan voorbereiden en waar nodig hun leefstijl aanpassen. Dat was de belangrijkste boodschap van een advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dat op 20 september 2007 is verschenen.

Preconceptiezorg: één concept, vele vormen

Preconceptiezorg is een verzamelterm voor alle maatregelen ter bevordering van de gezondheid van aanstaande moeders en hun kinderen, die – willen ze effectief zijn – vóór de conceptie moeten worden genomen. Preconceptiezorg is multidisciplinair, met aandacht voor onder meer voeding en genotmiddelen, arbeidsomstandigheden, ziekten, geneesmiddelengebruik en genetische factoren.

Er zijn verschillende vormen van preconceptiezorg die elkaar aanvullen. Soms worden alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd collectief aangesproken, bijvoorbeeld met een campagne voor het slikken van foliumzuur. Andere vormen zijn op individuele ouders in spe gericht. Zoals het preconceptieconsult, waarbij vrouwen/paren die een kind zouden willen krijgen hierover een huisarts of verloskundige raadplegen. Deze kan, als daar aanleiding toe lijkt, de aanstaande

ouders doorverwijzen naar een specialist zoals een gynaecoloog of een klinisch geneticus.

Bewezen risicofactoren vóór de zwangerschap

De Gezondheidsraad inventariseert in dit advies factoren die al voor de conceptie hun invloed doen gelden op de latere gezondheid van moeder en kind. Voor de volgende conclusies heeft de wetenschap inmiddels harde bewijzen geleverd:

- Vrouwen met een tekort aan foliumzuur, jodium of vitamine D vóór de bevruchting hebben meer kans op een miskraam of aangeboren afwijkingen bij hun kind.
 - Tabak en alcohol hebben nadelige effecten op zowel de vruchtbaarheid als op het ongeboren kind. Ouders in spe kunnen deze middelen beter niet gebruiken en kunnen begeleid worden bij het stoppen.
 - Aanstaande moeders en vaders kunnen op hun werk beter niet worden blootgesteld aan chemische stoffen. Veel stress voor de conceptie bij de vrouw kan ook nadelige gevolgen hebben voor het verloop van de zwangerschap. Voor blootstelling aan lage doses ioniserende straling en lawaai, en het werken in ploegendiensten zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat er voor de bevruchting al extra maatregelen moeten worden genomen. Arboregels bieden bij naleving in het algemeen voldoende bescherming.
 - Ziekten bij aanstaande ouders kunnen de gezondheid van een ongeboren kind schaden. Andersom kan een zwangerschap een bestaande chronische ziekte verergeren. Vóór een zwangerschap kunnen aanstaande moeders laten bepalen of ze genoeg antistoffen hebben tegen rode hond, en zich laten behandelen bij eventuele seksueel overdraagbare aandoeningen. Voor diabetespatiënten is een goede controle van de bloedsuikerspiegel altijd belangrijk, maar zeker voor de vrouwen onder hen die zwanger willen worden. Bij epilepsie is het van belang de medicatie te bekijken en zo mogelijk aan te passen. In het algemeen zal een paar waarvan één of beide partners een chronische aandoening hebben er goed aan doen hun kinderwens met de behandelend specialist te bespreken.
 - Geneesmiddelen kunnen een nadelige invloed hebben op het ongeboren kind. Het medicijngebruik van de aanstaande ouder(s) zal met de huisarts, specialist en apotheker besproken moeten worden en waar mogelijk aangepast of afgebouwd.
 - Genetische factoren kunnen de kans op miskramen of aangeboren afwijkingen vergroten. Op basis van een goede persoonlijke en familieanamnese kan een huisarts of verloskundige cliënten doorverwijzen naar een klinisch gene-
-

tisch centrum. Ouders in spe met een belaste genetische achtergrond krijgen door preconceptionele advisering meer tijd om na te denken over (consequenties van) dragerschaponderzoek en/of prenataal onderzoek en over het al dan niet afzien van een zwangerschap.

Aanbevelingen

In het advies pleit de Gezondheidsraad er bij de minister voor om een algemeen programma voor preconceptiezorg op te laten zetten waarin maatregelen en vormen die los van elkaar zijn ontstaan centraal gecoördineerd worden. Alle aanstaande ouders zouden deze zorg aangeboden kunnen krijgen. Op sommige onderwerpen kunnen zorgverleners volgens de Gezondheidsraad gerust directief zijn, bijvoorbeeld bij het aanmoedigen om te stoppen met roken. Bij andere onderwerpen – zoals genetisch onderzoek – kunnen ze volgens de raad beter terughoudend zijn met advies maar wel zo goed mogelijk informeren. Als zo'n preconceptieprogramma er komt, vragen de medische richtlijnen om bijstelling en de beroepsgroepen om bijscholing. Ook pleit de raad voor een goede gegevensverzameling, zodat het programma steeds onderbouwd kan worden bijgesteld.

Voorlopige reactie

In een eerste reactie aan de Tweede Kamer, d.d. 11 januari 2008, onderschrijft de minister de conclusie van het advies dat de zorg voor een kind al voor de zwangerschap begint. Hij voegt daaraan toe dat, gezien de bijdrage die preconceptiezorg kan leveren aan het voorkomen van spina bifida en andere aangeboren afwijkingen en aandoeningen, dit type zorg uitstekend past in de visie van het kabinet op gezondheid en preventie. Omdat het advies vooral gaat over het 'wat' rond preconceptiezorg, wil de minister zich nader beraden op het 'hoe' en 'wie' ervan, en met name de rol van de overheid daarin, alvorens met een definitief standpunt te komen. In mei 2008 zal de minister de Kamer nader informeren.

Samenstelling commissie:

prof. dr. L.P. ten Kate, *voorzitter*; prof. dr. W.J.J. Assendelft; dr. T. Brand; drs. P.C. Groeneveld, *adviseur*; prof. dr. R.A. Hirasings; A.M. van Huis; prof. dr. L.T.W. de Jong-van den Berg; prof. dr. M. Offringa; drs. Y. Poortman; prof. dr. C.T.R.M. Schranders-Stumpel; prof. dr. E.A.P. Steegers; dr. D. Stemmerding; prof.

dr. S.P. Verloove-Vanhorick; dr. M.F. Verweij; dr. P.A. Bolhuis, *secretaris* (tot 1 januari 2006); dr. ir. V.W.T. Ruiz van Haperen, *secretaris* (vanaf 1 februari 2006)



Van 27 maart tot 18 juni vertoonde Gr-galerie de onverwachte expressie-mogelijkheden van papier: reliëfs, 'collage-pilages' en 'papierages' van Miek Coppens; hierboven: *Tabula Rasa*.

6

Doelgroepen voor griepvaccinatie

Op 8 maart 2007 verscheen het advies *Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling*, waarin de commissie de huidige doelgroepen van het sinds 1997 bestaande Nationale Programma Grieppreventie evalueerde en beoordeelde of nieuwe groepen moeten worden toegevoegd.

Aanbevelingen uit het advies

Op basis van de stand van wetenschap raadt de commissie de minister aan om één van de twaalf huidige doelgroepen te schrappen, namelijk die van mensen met furunculose (steenpuistziekte) en hun gezinsleden. Voor de rest van de doelgroepen blijft vaccinatie zinvol. Bovendien adviseert de commissie vier doelgroepen toe te voegen: 60- tot 65-jarigen, personeel in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen, andere professionals die direct in contact komen met patiënten (zoals huisartsen en thuiszorgmedewerkers) en gezinsleden van mensen die bij griep een zeer ernstig risico lopen op complicaties of overlijden.

Eén groep, mensen die werken met pluimvee, moet alleen gevaccineerd worden in een specifieke situatie, namelijk wanneer in ons land een vogelgriepepidemie zou ontstaan. Voor andere mogelijke doelgroepen, bijvoorbeeld beroepsbeoefenaren met intensieve contacten in de bevolking, wordt op dit moment niet aanbevolen ze op te nemen in het Nationale Programma Grieppreventie.

Standpunt van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De minister van VWS gaat akkoord met verreweg de meeste voorstellen van de commissie voor groepen die voor vaccinatie in aanmerking komen. Dat geldt zowel voor de bestaande groepen waarvoor de commissie vaccinatie van waarde acht als voor de meeste nieuwe groepen. Het advies van de commissie vaccinatie aan te bieden aan gezondheidszorgpersoneel neemt de minister inhoudelijk over, maar anders dan de commissie voorstelde acht hij voor de uitvoering in eerste instantie niet de overheid maar de werkgevers verantwoordelijk. Het advies om gezinsleden van personen met een zeer hoog risico op ernstige ziekte en sterfte bij griep te vaccineren neemt de minister niet over.

Onrust door wetenschappelijk artikel in het tijdschrift *Lancet Infectious Diseases*

Enkele maanden na het uitbrengen van het advies ontstond er onrust in de landelijke pers door publicatie van een wetenschappelijk artikel in de *Lancet Infectious Diseases*, waarin de auteurs hun twijfel uitspreken over het nut van griepvaccinatie voor ouderen. De onderzoekers stellen dat het vooral gezonde ouderen zijn die zich laten vaccineren. Hierdoor zou vertekening in de onderzoeksresultaten optreden. Gezonde ouderen hebben immers een betere uitgangspositie bij ziekenhuisopnames en lopen minder risico om aan griep te overlijden. Als zij onder de gevaccineerden oververtegenwoordigd zijn, zou dat het beeld (positief) vertekenen.

Adviesbrief van de voorzitter van de Gezondheidsraad als reactie

Naar aanleiding van de publicatie in de *Lancet Infectious Diseases* heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad, tevens voorzitter van de commissie die het advies uitbracht, op 4 oktober 2007 een adviesbrief gestuurd aan de minister van VWS. In deze brief wijst de voorzitter op verschillende publicaties over onderzoek, ook uit Nederland, naar effecten van griepvaccinatie van ouderen. Uit dit onderzoek blijkt telkens een duidelijke gezondheidswinst van vaccinatie: minder ouderen worden met griep in het ziekenhuis opgenomen en ook sterven er minder aan deze ziekte. Er zijn volgens hem geen aanwijzingen dat het vooral gezonde ouderen zouden zijn die zich laten vaccineren. De voorzitter van de Gezondheidsraad sluit de brief dan ook af met het benadrukken van het belang van griepvaccinatie van ouderen.

Samenstelling commissie:

prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*; ir. G. van 't Bosch, *adviseur*; dr. G.A. van Essen; drs. G. Frijstein; dr. K. Groeneveld, *adviseur*; prof. dr. R. de Groot; dr. E. Hak; prof. dr. J.W.M. van der Meer; prof. dr. J. van der Noordaa; dr. W. Opstelten; prof. dr. A.D.M.E. Osterhaus; prof. dr. M.J. Postma; dr. J.E. van Steenberghe; dr. A.C.G. Voordouw; dr. J. Wallinga; drs. I. Looijmans, *secretaris*



Van 11 september tot 13 november bood Gr-galerie plaats aan de bronzen beelden van Maria van Gerwen. Deze *Pietà* stond naast de kamer van de voorzitter, naast de vergaderzaal stond de imposante *Draak*.

7

Ongerichte waarschuwingen op verpakkingen onnodig beperkend voor mensen met voedselallergie

Op steeds meer verpakkingen geven fabrikanten aan dat voedingsmiddelen elementen kunnen bevatten die tot allergische reacties kunnen leiden. Dan wordt bijvoorbeeld gemeld dat in dezelfde fabriek ook met noten is gewerkt. Deze ongerichte waarschuwingen dreigen de keuzevrijheid van mensen met een voedselallergie echter onnodig te beperken. Regelgeving over maximaal toelaatbare hoeveelheden allergenen in voedingsmiddelen zou een betere optie zijn om een breed en veilig aanbod te garanderen. Zo'n vier- tot zesduizend mensen lijden aan een ernstige vorm van voedselallergie. Eten zij iets verkeers, dan kan dat levensbedreigend zijn. De meeste patiënten hebben minder ernstige klachten, maar ook voor hen is vermijden van het allergeen de beste handelwijze. In totaal gaat het bij voedselallergie om een paar procent van de bevolking. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat op 21 maart 2007 is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit.

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat het aantal mensen met een voedselallergie stijgt. Wel is er een omvangrijke groep mensen die denkt aan een allergie te lijden, terwijl dat niet zo is. Onterechte angst voor een allergische reactie kan ertoe leiden dat mensen zich onnodig beperken in hun eetpatroon. En dat kan weer resulteren in een ongezonde voeding, met bijvoorbeeld te weinig vitamines.

Om te kunnen bepalen wie bepaalde elementen in de voeding moet vermijden en wie niet, is goede diagnostiek onontbeerlijk. Op dat gebied valt nog veel

te winnen, onder meer door richtlijnen voor het gebruik van betrouwbare tests. Voor consultatiebureaus zou een eenvoudige maar betrouwbare dubbelblinde test ontwikkeld kunnen worden die laat zien welke baby's een koemelkallergie hebben en welke niet. Ook bij oudere kinderen en volwassenen is een dubbelblinde test de enige manier om zekerheid te krijgen.

Is de diagnose gesteld, dan is vermijden van het allergeen vervolgens de beste handelwijze. Genezen is namelijk niet mogelijk. Goede productinformatie is dus van groot belang. Een manier om ongerichte waarschuwingen op verpakkingen tegen te gaan zou zijn om maximaal toelaatbare concentraties van allergenen in voedingsmiddelen te bepalen. Dan kan aan de consument duidelijk worden gemaakt bij welke producten een reëel risico bestaat op een allergische reactie en bij welke niet. Het is aan de overheid, in samenspraak met patiëntenorganisaties, bedrijven, wetenschappers, artsen en diëtisten, om te bepalen welk risico daarbij aanvaardbaar wordt geacht.

Over effectieve preventie is nog weinig bekend. Borstvoeding wordt wel genoemd als beschermende factor. Hoewel moedermelk om veel redenen goed is voor baby's, en het huidige beleid van consultatiebureaus dus gewoon voortgezet kan worden, is op dit moment niet duidelijk of borstvoeding ook beschermt tegen het ontstaan van een voedselallergie. Onderzoek kan wellicht meer duidelijkheid bieden.

Aankondiging van reactie van de minister

In een eerste reactie aan de Tweede Kamer, d.d. 25 april 2007, geeft de minister aan dat hij zijn standpunten en beleidsvoornemen ten aanzien van voedselallergie zal opnemen in de nieuwe voedingsnota. In de brief aan de Tweede Kamer, d.d. 30 oktober 2007, waarmee de minister en de staatssecretaris antwoord geven op de vragen over de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor 2008, is aangekondigd dat die voedingsnota in de eerste helft van 2008 zal verschijnen.

Samenstelling commissie:

prof. dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, *voorzitter*; prof. dr. ir. B. Brunekreef; prof. dr. A.E.J. Dubois; dr. H. de Groot; dr. G.F. Houben; prof. dr. M.B. Katan; dr. C.M.F. Kneepkens; dr. A.C. Knulst; drs. Y. Meijer; dr. R. van Ree; prof. dr. ir. H.F.J. Savelkoul; prof. dr. C.P. van Schayck; drs. M.L. van Weert-Waltman; drs. E.N. Blok, *adviseur* (tot medio 2005); dr. H.P.J.M. Noteborn, *adviseur* (vanaf medio 2005); drs. A.F.H. de Jong, *adviseur* (tot medio 2005); ir. I. Stoelhorst,

adviseur (vanaf medio 2005); dr. C.M.A. van Rossum, *secretaris* (tot eind 2005);
dr. ir. R. Weggemans, *co-secretaris* (zomer 2006); dr. ir. C.J.K. Spaaij, *secretaris*
(vanaf januari 2006)



Tijdens de zomer van 2007 toonden de medewerkers van de Gezondheidsraad – anoniem – hun *Beeldverhalen*: vakantiefoto's die een bijzondere plaats innemen in hoofd en hart. De bijbehorende verhalen, gebundeld in een klein boekje, maakten die betekenis invoelbaar.

8

Alleen combinatie van maatregelen kan astma en allergie terugdringen

Astma en allergie komen veel voor in Nederland. Een deel van de kinderen met astma en allergie wordt geboren uit ouders met dezelfde aandoeningen, maar voor de meerderheid geldt dat niet. Omgevingsfactoren spelen ook een belangrijke rol, maar de precieze invloed van milieufactoren op het ontstaan van allergie en astma is nog grotendeels onbegrepen. Heb je eenmaal astma, dan verergert blootstelling aan vervuilde lucht – door verkeersuitstoot, tabaksrook maar ook allergenen – de klachten. Dit advies gaat over trends in het vóórkomen van allergie en astma, over de rol van omgevingsfactoren daarbij, en over omgevingsmaatregelen waarmee klachten van astma en allergie verminderd en misschien zelfs voorkomen kunnen worden. De kennis is nog ontoereikend voor het geven van goed onderbouwde adviezen over de meeste milieufactoren, maar het is wel duidelijk dat de strijd op diverse fronten moet worden gestreden. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een advies dat 7 juni 2007 werd aangeboden aan de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu.

Astma en allergie in Nederland

Astma is een chronische aandoening die wordt gekenmerkt door terugkerende episodes van piepen, kortademigheid, druk op de borst en hoesten. Astma kent een allergische en een niet-allergische verschijningsvorm. Allergie is een overgevoeligheidsreactie op bepaalde allergenen en kan tot uiting komen in longen, neus en/of huid.

Op basis van huisartsenregistraties wordt het aantal personen met astma in Nederland geschat op bijna 520 000: 30 per 1 000 mannen en 35 per 1 000 vrouwen. Zo'n vier tot zeven procent van de basisschoolkinderen heeft klachten van astma. Daarmee is astma op dit moment de meest voorkomende chronische ziekte onder kinderen in Nederland.

Monitoring van astma en allergie

Kinderen van astmatische of allergische ouders vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van deze aandoeningen. De meeste kinderen met astma en allergie worden echter geboren uit ouders die deze aandoeningen niet hebben. Daarom zou voor alle kinderen bijgehouden moeten worden of ze astma of allergie ontwikkelen, zodat ze zo nodig ook snel geholpen kunnen worden.

De rol van de leefomgeving

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw zijn verschillende onderzoeken gestart naar de invloed van omgevingsfactoren op astma en allergie. De meeste van deze onderzoeken zijn nog niet afgerond. Uit de nu beschikbare resultaten kon de commissie van de Gezondheidsraad die dit advies opstelde daarom slechts een beperkt aantal conclusies en aanbevelingen destilleren.

Omgevingsmaatregelen ter vermindering van klachten

Mensen die last hebben van astma of allergie zouden zo min mogelijk in aanraking moeten komen met de prikkels die hen klachten bezorgen. Het gebruik van huisstofmijtwerende matras- en beddengoedhoezen of speciale luchtfilters verlaagt de blootstelling in de dagelijkse praktijk echter onvoldoende om de klachten meetbaar te verminderen. Op de individuele patiënt toegesneden combinaties van interventies zijn mogelijk effectiever, maar er is nog onvoldoende onderzoek gedaan om nu praktische adviezen te kunnen geven. Niet in tabaksrook verblijven, helpt zeker.

Omgevingsmaatregelen ter voorkoming van het ontstaan

Ouders die willen voorkomen dat hun kind astma of allergie krijgt, doen er verstandig aan om tijdens en na de zwangerschap niet te roken en om ten minste drie tot vier maanden alleen borstvoeding te geven. Pogingen om door enkelvoudige maatregelen ter vermindering van blootstelling aan allergenen het ontstaan van

astma en allergie te voorkomen, zijn tot nu toe mislukt. Ook hier geldt dat combinaties van interventies mogelijk effectiever zijn.

Aanbevelingen voor de overheid

Er zijn veel aanwijzingen dat luchtverontreiniging buitenshuis en binnenshuis een nadelige invloed heeft op het beloop van luchtwegaandoeningen. Zinnvolle preventiemaatregelen door de overheid zijn bijvoorbeeld het terugdringen van de verkeersuitstoot en het op voldoende afstand van drukke wegen bouwen van gevoelige bestemmingen zoals woningen en scholen. Ter preventie van het ontstaan van astma en allergie is volgens de commissie op dit moment alleen voldoende onderbouwing voor een krachtig rookontmoedigingsbeleid.

Aanbevelingen voor onderzoek

Op dit moment zijn nog verschillende grote onderzoeken naar astma en allergie gaande. De commissie beveelt een gecombineerde analyse aan van gegevens uit de diverse Nederlandse en zo mogelijk buitenlandse onderzoeken. Met die gegevens zijn wellicht over een paar jaar beter onderbouwde aanbevelingen en praktijkadviezen mogelijk. De commissie beveelt dan ook aan om over een jaar of vijf de stand van de kennis opnieuw te bezien.

Samenstelling commissie:

prof. dr. ir. B. Brunekreef, *voorzitter*; prof. dr. R.C. Aalberse; dr. C.J.M. van den Bogaard, *adviseur*; prof. dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen; prof. dr. R. Gerth van Wijk; prof. dr. R.A. Hirasings; prof. dr. J.C. de Jongste; dr. K.R. Krijgsheld, *adviseur*; prof. dr. J.G.R. de Monchy; dr. R. Pieters; prof. dr. D.S. Postma; dr. A. Sachs; prof. dr. ir. C.P. van Schayck; dr. ir. H.A. Smit; dr. J.H. van Wijnen, *adviseur* (sinds juni 2006); drs. M. Drijver, *secretaris*

Beoordelen, behandelen, begeleiden

Op 4 juni 2007 verscheen het advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie*, een product van de Gezondheidsraadcommissie WIA en haar werkgroep Mediprudentie. Het werd gepresenteerd tijdens het symposium *Beoordelen, behandelen, begeleiden*, dat plaatsvond ter gelegenheid van de afronding van een reeks adviezen over het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

3B-richtlijnen en mediprudentie

Ontwikkeling van overkoepelende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding ('3B-richtlijnen') die door alle betrokken beroepsgroepen gedragen worden, kan een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De beoordeling van arbeidsongeschiktheid kan bovendien ondersteund en verder ontwikkeld worden door de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie'. Dat was de kern van de adviezenreeks die op het symposium centraal stond.

Het symposium werd geopend met inleidingen van raads- en commissievoorzitter Knottnerus, de DG's Hilgersom en De Goeij van de ministeries van SZW en VWS en SER-voorzitter Rinnooy Kan, die de Gezondheidsraadadviezen besprak in het licht van eerdere adviezen van de SER. Na een korte uiteenzetting van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad, presenteerden vervolgens vice-

voorzitter Hullen van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), directeur Smid van ZonMw en bestuursvoorzitter Linthorst van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) de activiteiten die zij ondernemen in het verlengde van de adviezen van de raad. Een tiental organisaties van patiënten en beroepsbeoefenaren gaf daarna hun visie op de gepresenteerde adviezen en vervolgactiviteiten.

Overeenstemming

De op het symposium vertegenwoordigde partijen bleken het grotendeels eens te zijn. Ze waren het eens over het feit dat er goede mogelijkheden zijn om het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verbeteren. Over de in de praktijk vaak nog utopische vanzelfsprekendheid dat werknemers met gezondheidsproblemen geen professionele adviezen moeten krijgen die onderling tegenstrijdig zijn. Over de verwachting dat 3B-richtlijnen daarbij behulpzaam kunnen zijn. En over de aanbeveling van de Gezondheidsraad om verzekeringsgeneeskundige ‘mediprudentie’ te ontwikkelen, teneinde de kwaliteit en de transparantie van de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening en de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van de beoordeelde te bevorderen.

Vragen

Maar het werd ook duidelijk dat er nog wel wat openstaande vragen zijn. Vooral twee vragen kwamen uit de discussie duidelijk naar voren. Hoe te voorzien in een stabiele kennisinfrastructuur, die aandacht voor de relatie tussen arbeid en gezondheid, in onderzoek, richtlijnontwikkeling en praktijk, duurzaam kan garanderen? En hoe om te gaan met de spanning tussen de verwevenheid van beoordeling, behandeling en begeleiding enerzijds en de aloude ‘scheiding van controle en behandeling’ anderzijds? Over beide vragen werd op het symposium het laatste woord niet gezegd, zoveel was duidelijk.

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

In de maanden voorafgaand aan het symposium bracht de Gezondheidsraadcommissie WIA, samen met haar werkgroepen, een vijftal verzekeringsgeneeskundige protocollen uit: de protocollen Angststoornissen, Beroerte en Borstkanker op 15 maart, de protocollen Chronische-vermoeidheidssyndroom en Lumbosacraal-radiculair syndroom op 12 april. Het totaal aantal gepubliceerde verzekeringsgeneeskundige protocollen kwam daarmee op negen. Behalve in adviezen

van de Gezondheidsraad verschenen ze ook, samen met de in december 2006 verschenen *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*, als bijlagen bij de *Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten* in de Staatscourant.

Reactie minister Donner

Op 18 oktober 2007 verscheen de reactie van het kabinet op het advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie*. Minister Donner schrijft daarin dat hij het een waardevol advies vindt. Hij kondigt aan dat het UWV de al bestaande casuïstiekbesprekingen van verzekeringsartsen meer gestructureerd zal opzetten en de commentaren daarop systematischer zal bundelen. De NVVG zal conform het advies een multidisciplinair samengestelde mediprudentiecommissie instellen. Het UWV en leden van de beroepsgroep kunnen becommentarieerde casussen in deze commissie inbrengen. De commissie beslist vervolgens met het toetsingskader van de Gezondheidsraad welke casussen en welke commentaren zij als 'verzekeringsgeneeskundige mediprudentie' zal publiceren. Daarbij kan worden gedacht aan rapportages die relevant zijn voor anderen omdat zij een dilemma schetsen of een lacune in wetenschappelijke kennis signaleren. 'Door deze procedure', zo besluit de minister zijn brief aan de Tweede Kamer, 'verwacht ik dat het belang van mediprudentie breed gaat leven in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep waardoor de kwaliteit van de claimbeoordeling verder verbeterd wordt'.

Samenstelling commissie WIA:

prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*; drs. W.E.L. de Boer; dr. E. Borst-Eilers; prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen; prof. dr. J.W. Groothoff; prof. dr. J.W.M. Hazes; prof. dr. J.J.L. van der Klink; dr. H. Kroneman; prof. dr. E. Lindeman; prof. dr. A.H. Schene; prof. dr. ir. T. Smid; dr. B. Sorgdrager; prof. dr. J.H.B.M. Willems; drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*; drs. A.H.J.M. Sterk, *adviseur*; dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*

Samenstelling werkgroep Mediprudentie:

prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*; dr. A.H. Blankenstein; drs. W.E.L. de Boer; drs. J. Bronsema; dr. mr. N.H.Th. Croon; drs. J.L. van Dijk; prof. dr. mr. J.C.J. Dute; drs. S. Knepper; drs. C.F.M. Woldberg; drs. A.H.J.M. Sterk, *adviseur*; dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*

10

Onderzoek dat ertoe doet

Hoe bepalen universitair medische centra (UMC's) wat zij onderzoeken en houden zij daarbij wel genoeg rekening met wat er leeft in de samenleving? Dat zijn de twee vragen die centraal staan in het advies *Onderzoek dat ertoe doet* van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, dat verscheen op 19 december 2007.

Responsiviteit

De mate waarin UMC's in hun onderzoeksprogramma's reageren op vragen over volksgezondheid en gezondheidszorg wordt in het advies responsiviteit genoemd. Centrale vragen in het advies zijn hoe de onderzoeksagenda van de UMC's tot stand komt en hoe gewaarborgd kan worden dat daarin voldoende plaats wordt ingeruimd voor de grote vraagstukken in volksgezondheid en gezondheidszorg. Deze vragen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kwamen voort uit de observatie dat sommige onderwerpen, zoals hart- en vaatziekten en kanker, met veel onderzoekscapaciteit worden bediend, terwijl andere, zoals volksgezondheid (*public health*), het met veel minder moeten stellen.

Case studies

De RGO boog zich over deze vragen aan de hand van drie *case studies*: revalidatieonderzoek, onderzoek op het terrein van arbeid en gezondheid en onderzoek

naar diabetes mellitus. Over de eerste twee onderwerpen heeft de RGO in het verleden een advies uitgebracht.

De *case studies* laten zien dat de UMC's zeker responsief zijn, maar dat de mate van responsiviteit wel verschilt. Die verschillen hangen af van externe financiering, maatschappelijke behoefte en draagvlak, en zichtbaarheid van patiëntenstromen. Verder spelen ook internationale trends in het wetenschappelijke onderzoek en de onderzoeksinfrastructuur binnen de UMC's een rol.

Dialogoog en indicatoren

De RGO concludeert dat de UMC's over het algemeen voldoende voeling met de samenleving hebben om een evenwichtig en maatschappelijk relevant onderzoeksprogramma gaande te houden. Maar de raad stelt ook vast dat het goed zou zijn als de UMC's de dialoog met belanghebbenden over hun onderzoeksprogramma zouden intensiveren. Dat kan door de invloed van belanghebbenden (*stakeholders*) op de onderzoeksagenda en de evaluatie van onderzoek te versterken. Een voorbeeld van geslaagde interactie tussen UMC's en belanghebbenden vormen de recent ingerichte academische werkplaatsen voor *public health*, waarin universiteiten en GGD's samenwerken. De raad vindt dat er ook op landelijk niveau een gestructureerde dialoog moet komen tussen de UMC's en de *stakeholders* over de maatschappelijke behoeften aan gezondheidsonderzoek.

De UMC's doen er verder goed aan om in hun wetenschappelijke jaarverslagen en evaluaties van onderzoek ook informatie over de maatschappelijke impact van hun onderzoek op te nemen. De RGO presenteert een lijst van indicatoren om deze impact zichtbaar te maken. Over vijf jaar zouden de UMC's moeten laten zien wat hun ervaringen zijn met de meting van de maatschappelijke impact en het gebruik van de geselecteerde indicatoren.

Samenstelling commissie:

prof. dr. J.P. Mackenbach, *voorzitter*; prof. dr. J.M. Bensing; dr. E. Borst-Eilers; prof. dr. L.M. Bouter; dr. A.W. Broekmans; prof. dr. E.C. Klasen; prof. dr. P.J. van der Maas; prof. dr. H.G.M. Rooijmans; dr. C. Smit; prof. dr. W.J.M. Spaan; prof. dr. C. van Weel; dr. C.H. Langeveld, *secretaris*

Translationeel onderzoek

Translationeel onderzoek is onderzoek dat een brug slaat tussen fundamenteel onderzoek en klinische toepassingen. Nederland is er, in vergelijking met andere landen, goed in. Maar het is niet gezegd dat dat in de toekomst ook zo blijft. Daar is actief beleid voor nodig.

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap vroeg de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) welke beleidsmaatregelen het meest geschikt zijn om de sterke Nederlandse positie op het gebied van het translationeel onderzoek te handhaven. De RGO beantwoordde deze vraag op 5 juli 2007 met het advies *Translationeel onderzoek in Nederland – Van kennis naar kliniek*.

Gunstige voorwaarden

De RGO omschrijft translationeel onderzoek als het onderzoek dat nodig is om de stap te kunnen maken van de identificatie van aangrijpingspunten voor diagnostiek, preventie of therapie, naar toepassing in de praktijk. Waarom heeft Nederland zo'n sterke positie in dit soort onderzoek?

De vorming van de universitair medische centra (UMC's) en van instellingen als het Nederlands Kanker Instituut, is volgens de RGO een belangrijke factor geweest. Daar werken klinische én niet-klinische onderzoekers, in elkaars nabijheid en in één organisatorisch verband. Ook de beschikbaarheid en het goede opleidingsniveau van klinisch onderzoekers – dankzij voorzieningen als het Agiko (Assistent-geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker) pro-

gramma en de klinische *fellowships* – hebben aan het Nederlandse succes in het translationeel onderzoek bijgedragen. Verder zijn van belang geweest de gunstige omstandigheden voor het opzetten van cohort-biobanken, dat wil zeggen: van verzamelingen van lichaamsmateriaal van patiënten en personen uit de algemene bevolking, over wie vervolgens gedurende lange tijd gegevens worden verzameld. En ten slotte waren er verschillende bronnen voor de financiering van translationeel onderzoek: het stimuleringsprogramma gezondheidsonderzoek, gelden van ZonMw en charitatieve fondsen en belangrijke tijdelijke bijdragen uit het Fonds Economische Structuurversterking.

Aanbevelingen

De RGO formuleert tien aanbevelingen. De eerste vier gaan over investeringen in de mensen die het onderzoek moeten doen. Er zouden nog meer excellente geneeskundestudenten naast hun artsopleiding een gedegen onderzoekersopleiding moeten kunnen volgen. Uitmuntende onderzoekers verdienen vervolgens een beter carrièreperspectief dan hun nu geboden kan worden. En het is dringend gewenst om artsen die tevens onderzoeker zijn, meer onderzoekstijd te geven.

Drie aanbevelingen zijn gericht op de infrastructuur voor het translationele onderzoek. Er is gerichte financiering nodig voor de infrastructuur ter ondersteuning van klinisch onderzoek. Het gaat dan om zaken als datamanagement, trial management, kwaliteitsmonitoring en statistische ondersteuning. Aparte financiering is nodig voor het opbouwen en instandhouden van cohort-biobanken. En er zou een structurele financiering moeten komen van loopbanen van translationele onderzoekers, van specifieke faciliteiten voor translationeel onderzoek en van stimuleringsprogramma's, onder andere in de vorm van een omvangrijk subsidieprogramma voor competitief translationeel onderzoek.

De RGO pleit voorts voor een actief beleid van de UMC's op het gebied van kennisoverdracht naar samenleving en bedrijfsleven, en voor het vermijden en wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving. Daarbij gaat het onder meer om de regelgeving ten aanzien van dierproeven, het gebruik van lichaamsmateriaal en de bewaartermijn van medische gegevens.

ZonMw pilotprogramma

Op 18 januari 2008 maakte ZonMw bekend dat in het voorjaar van 2008 een pilotprogramma *Translationeel onderzoek* van start zal gaan met een eenmalig budget van drie miljoen euro. Het gaat om een competitief programma dat geen

bepkingen stelt aan aandoening of technologie en dat zich uitsluitend richt op de vroeg-klinische toepassing in de praktijk.

En zo is dan met de uitvoering van het advies een eerste begin gemaakt. De verwachting is dat het hierbij niet zal blijven.

Samenstelling commissie:

prof. dr. H.G.M. Rooijmans, *voorzitter*; prof. dr. P.A.F.M. Doevendans; prof. dr. J.M.W. Hazes; prof. dr. M.M. Levi; prof. dr. P.J. van der Maas; dr. L.J. van 't Veer; dr. M.M. Hallemeesch, *secretaris*; dr. C.H. Langeveld, *secretaris*



Als geen ander ziet Pinky Messchaert nieuw en ander leven in oud schroot. Hier haar *Wodan*, die samen met andere beeldbouwsels te zien was in *Gr-galerie*, van 20 november tot in het nieuwe jaar.

12

Enkele getallen

Gezondheidsraad

- Voorzitter: 1 (deeltijd), man
- Vice-voorzitters: 2 (deeltijd), een man en een vrouw
- Leden van de Gezondheidsraad per 1 januari 2007: 185, onder wie 31 vrouwen
- Leden van de Gezondheidsraad per 1 januari 2008: 185, onder wie 43 vrouwen
- Ereleden: 7, onder wie 2 vrouwen
- Beraadsgroepen: 8
- Leden beraadsgroepen: 164, onder wie 46 vrouwen
- Commissies: 49, waaronder 12 werkgroepen
- Commissieleden: 599, onder wie 167 vrouwen (inclusief adviseurs en secretarissen)
- Beraadsgroepvergaderingen: 22
- Commissievergaderingen: 99
- Hoorzittingen/conferenties: 4
- Lezingen: 1
- Colloquia: 4
- Symposia: 2
- Overige (commissie)bijeenkomsten: 1.

Raad voor Gezondheidsonderzoek

- Voorzitter: 1 (deeltijd), man
- Vice-voorzitter: 1 (ad-hoc), man
- Leden van de RGO per 1 januari 2007: 15, onder wie 6 vrouwen
- Leden van de RGO per 31 december 2007: 15, onder wie 6 vrouwen
- Waarnemers: 2, mannen
- Adviseurs: 3, onder wie 1 vrouw
- Commissies: 23
- Commissieleden: 36, onder wie 9 vrouwen (inclusief adviseurs en secretarissen)
- Raadsvergaderingen: 5
- Commissievergaderingen: 10
- Symposia: 3.

Secretariaat Gezondheidsraad

- Leden management: tot 1 mei 1 vrouw, 2 mannen, daarna 1 vrouw en 1 man
- Wetenschappelijke stafleden per 1 januari 2007: 30, onder wie 15 vrouwen
- Wetenschappelijke stafleden per 31 december 2007: 29, onder wie 16 vrouwen
- Logistieke stafleden per 1 januari 2007: 28, onder wie 23 vrouwen
- Logistieke stafleden per 31 december 2007: 25, onder wie 21 vrouwen
- In 2007 door de Gezondheidsraad uitgebrachte publicaties: 56, waarvan 5 vertaalde adviezen, 7 algemene publicaties, 6 briefadviezen en 1 signalement
- In 2007 door de RGO uitgebrachte publicaties: 4: 3 adviezen en 1 briefadvies.

Met ingang van 1 januari 2007 zijn de secretariaten van de Gezondheidsraad en de RGO samengevoegd. Voor de beide raden geldt dat per 1 februari 2008.

13

Publicaties

Publicatienr.	Titel publicatie	Datum uitgebracht
2007/01	Bijzondere interventies aan het hart	18-01-2007
2007/02	De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden	07-03-2007
2007/02E	The future of the National Immunisation Programme: towards a programme for all age groups	07-03-2007
2007/03	Risico's van blootstelling aan ioniserende straling	24-01-2007
2007/04	BMR-vaccinatie en autisme: geen aanwijzingen voor een verband (signalement)	25-01-2007
2007/05	Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker	15-03-2007
2007/06	Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2006/Electromagnetic Fields: Annual Update 2006	15-02-2007
2007/07	Voedselallergie	21-03-2007
2007/08	Briefadvies Toetsing van het KCO-rapport ' <i>Overgewicht en obesitas</i> '	22-02-2007
2007/09	Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling	08-03-2007
2007/10	Nacontrole in de oncologie; Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen	27-03-2007
2007/11	Ruilen met de wachtlijst: een aanvulling op het programma voor nierdonatie-bijleven?	26-03-2007
2007/12	Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculairsyndroom	12-04-2007
2007/13 (2007/1)	Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen	29-05-2007
2007/13E (2007/1)	Considerations pertaining to neonatal life termination	29-05-2007
2007/14	Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie	04-06-2007
2007/15	Astma, allergie en omgevingsfactoren	07-06-2007

2007/15E	Asthma, allergy and environmental factors	07-06-2007
2007/16	De waarde van interventiewaarden - Onderbouwing en toepassing van interventiewaarden voor beslissingen bij calamiteiten met gevaarlijke stoffen	19-06-2007
2007/17	Kanttekeningen over mogelijke beperkingen bij MRI bij invoering van een EU richtlijn Comments concerning possible MRI restrictions due to implementation of a EU Directive	12-06-2007
2007/18	Briefadvies Beleid inzake WBMV	13-12-2007
2007/19	Preconceptiezorg: voor een goed begin	20-09-2007
2007/19E	Preconception care: a good beginning	20-09-2007
2007/20	Briefadvies Multimorbiditeit	11-09-2007
2007/21	Maten voor milieugezondheidseffecten	16-10-2007
2007/22	Briefadvies Griepvaccinatie bij ouderen	04-10-2007
2007/23	Veiligheidsbeoordeling van nieuwe voedingsmiddelen (2)	25-10-2007
2007/24	Briefadvies elektromagnetische velden en gezondheid	15-11-2007
2007/25	Briefadvies hoogspanningslijnen	09-11-2007
2007/26	Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2007	17-12-2007
2007/01OSH	Bitumen (vapour and aerosol)	13-02-2007
2007/02OSH	Propylene glycol (1,2-Propanediol)	17-10-2007
2007/03OSH	Diethylene glycol	17-10-2007
2007/04OSH	5-Azacytidine	12-12-2007
2007/05OSH	Bromodichloromethane	12-12-2007
2007/06OSH	Cyclosporin	12-12-2007
2007/07OSH	Chlorozotocin	12-12-2007
2007/08OSH	Iodoform	12-12-2007
2007/09OSH	Vinblasine	12-12-2007
2007/10OSH	Vincristine sulphate	12-12-2007
2007/11OSH	N-vinyl-2-pyrrolidone	12-12-2007
2007/12OSH	Kaoline	18-12-2007
2007/01WBO	Wet bevolkingsonderzoek: moleculaire tests voor screening op blaaskanker	25-01-2007
2007/02WBO	Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (7)	08-03-2007
2007/03WBO	Wet bevolkingsonderzoek: prostaatkanker ERSPC-Rotterdam (3)	24-07-2007
2007/04WBO	Wet bevolkingsonderzoek: screening op osteoporose	22-10-2007
2007/05WBO	Wet bevolkingsonderzoek: prenatale screening op het syndroom van Down en neuralebuisdefecten	17-12-2007
A07/01	Influenzavaccinatie: herziening van de indicatiestelling (achtergronddocument)	08-03-2007
A07/02	Jaarverslag 2006 Gezondheidsraad/RGO	27-03-2007
A07/03	Sociaal jaarverslag van het secretariaat Gezondheidsraad 2006	mei 2007
A07/04	Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen	05-06-2007
A07/05	Werkprogramma 2008 Gezondheidsraad	18-09-2007
A07/05E	Work Programme 2008 Health Council of the Netherlands	18-09-2007
A07/06E	Health Council of the Netherlands - Reports 2006	15-11-2007
A07/07	Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid - Verslag van het symposium Beoordelen, behandelen, begeleiden	25-09-2007
55	Translationeel onderzoek in Nederland van kennis naar kliniek	05-07-2007
56	Patiëntenparticipatie in gezondheidsonderzoek	04-07-2007
57	Onderzoek dat ertoe doet	19-12-2007