
Adviesaanvraag

Datum aanvraag: 26 januari 2006

Briefkenmerk: VGP/VV 2646726

Een adequate voorziening van de bevolking met essentiële microvoedingstoffen is van belang voor de volksgezondheid. Van een aantal van deze essentiële microvoedingsstoffen is bekend dat de normale voeding er te weinig van bevat om in de behoefte van (bepaalde groepen van) de bevolking te kunnen voorzien. Daarom voert VWS een actief beleid met betrekking tot deze essentiële microvoedingsstoffen. Dit beleid omvat zowel het gebied van supplementgebruik (vitamine D door peuters, foliumzuur door zwangere vrouwen en vrouwen met een kindwens) als het gebied van de verrijking van levensmiddelen. Zo is de toevoeging van vitamine A en D aan broodsmeezels en bak- en braadproducten toegestaan en wordt deze toevoeging gestimuleerd door het Convenant vitaminering smeerbare vetten. Ook de toevoeging jodium aan keukenzout(vervangers), brood en broodvervangers (via broodzout) en vleeswaren (via nitrietpekelzout) is toegestaan.

Aan de andere kant moet voorkomen worden dat men van bepaalde essentiële microvoedingsstoffen teveel binnenkrijgt, omdat dit schadelijk kan zijn voor de gezondheid. Daarom is verrijking van levensmiddelen met essentiële microvoedingsstoffen die een zogenaamde 'smalle marge' hebben, namelijk vitamine A en D, foliumzuur, seleen, koper en zink, in principe verboden. Een 'smalle marge' betekent in dit geval dat de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (ADH) en de veilige bovengrens van inneming relatief dicht bij elkaar liggen, waardoor er snel het risico kan ontstaan dat men teveel van een bepaalde vitamine, mineraal of sporelement binnenkrijgt. Om dezelfde rede is de toe-

voeging van jodium aan levensmiddelen verboden. Er zijn echter uitzonderingen op deze regels, namelijk de bovengenoemde toevoeging van jodium aan (brood en nitrietpekel)zout en vitamine A en D aan smeerbare vetten. Door gecontroleerde toevoegingen wordt getracht te voorkómen dat de consument te weinig of teveel binnen krijgt. Voor de overige essentiële microvoedingsstoffen, die geen smalle marge hebben, is verrijking van levensmiddelen toegestaan tot maximaal 100% van de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid per dagdosering.

Er zijn op dit moment 3 ontwikkelingen gaande die een heroverweging van het microvoedingsstoffenbeleid noodzakelijk maken. Deze ontwikkelingen zijn de volgende:

Als gevolg van het arrest van het Hof (2 december 2004, Commissie Nederland, C-41/02) heeft Nederland het absolute verbod op verrijking met bijv. foliumzuur moeten loslaten. Verzoeken om ontheffing van het verbod op toevoeging microvoedingsstoffen mogen alleen worden geweigerd als aangetoond kan worden dat het op de markt brengen van het specifieke product een gevaar voor de volksgezondheid oplevert. Het ontbreken van een voedingskundige noodzaak voor de verrijking van levensmiddelen (tot voor kort voor Nederland een belangrijk argument om ontheffingsverzoeken af te wijzen), mag hierbij volgens het Arrest van het Hof geen argument meer zijn. Over 1-2 jaar zal de EU verordening voor vrijwillige verrijking van levensmiddelen met vitamines, mineralen en bepaalde andere stoffen van kracht worden. Het beleid van verrijking van levensmiddelen met micro-nutriënten zal daarmee geharmoniseerd zijn binnen de EU. In deze verordening zullen minimum en maximum hoeveelheden van toegevoegde vitamines en mineralen worden vastgesteld. Tegelijk zal dit ook gebeuren voor de voedingssupplementen, waarmee het gevaar van overdosering van microvoedingsstoffen als gevolg van zowel het gebruik van verrijkte voedingsmiddelen als van voedingssupplementen is geminimaliseerd. De verordening gaat echter over vrijwillige verrijking, waardoor het probleem van mogelijke tekorten in de voorziening met essentiële microvoedingsstoffen niet per definitie is opgelost. De verordening geeft lidstaten van de EU echter wel de mogelijkheid om verplichte verrijking van levensmiddelen te handhaven of te introduceren, als dat nodig is voor de volksgezondheid. De vraag is of Nederland de huidige vrijwillige verrijking van smeerbare vetten met vitamine A en D, en de verrijking met jodium van keukenzout, broodzout en nitrietpekelzout, zou moeten handhaven of zou moeten omzetten in een verplichte verrijking. Daarnaast staat de wetenschap niet stil. Positieve gezondheidseffecten van een voorziening met bepaalde microvoedingsstoffen die (ver) uitgaat boven het niveau van de huidige voedingsnormen, komen steeds vaker aan het licht. Omdat hierdoor ook mogelijk een risico ontstaat op een, t.a.v. andere effecten, te hoge inneming, zou een zogenaamde 'risk-benefit' afweging de basis kunnen vormen voor het VWS beleid. Modellen voor 'risk-benefit' analyses zijn in ontwikkeling. Een voorbeeld is de vermeende rol van foliumzuur in de preventie van hart- en vaatziekten. In de Verenigde Staten is een afweging gemaakt van de voor en nadelen van extra foliumzuur voorziening, en is besloten tot verplichte verrijking van meel (voor gebruik in o.a. brood). Ierland en het Verenigd Koninkrijk overwegen op dit moment of ze de verrijking van meel met foliumzuur verplicht zullen stellen.

De uitdaging waar ik voor sta is het ontwikkelen van een beleid, binnen het kader van de nieuwe Europese regelgeving, waardoor een zo groot mogelijk deel van de bevolking voldoende essentiële microvoedingsstoffen binnenkrijgt, terwijl tegelijkertijd een zo klein mogelijk deel van de bevolking het risico loopt op een inneming die hoger is dan de veilige bovengrens.

In het licht van het bovenstaande vraag ik advies van de GR met betrekking tot de volgende vragen:

Voor welke essentiële microvoedingsstoffen waarvoor in Nederland een voedingsnorm is vastgesteld, en in welke situatie, biedt de normale voeding onvoldoende garanties voor een adequate voorziening van de bevolking of groepen daarvan? Maak hierbij gebruik van voedselconsumptiegegevens, voedingsstatusgegevens, en andere relevante wetenschappelijke informatie. Wat is de beste manier om in die situaties een adequate voorziening met essentiële microvoedingsstoffen te waarborgen? De raad wordt verzocht hierbij per essentiële voedingsstof alle beschikbare beleidsinstrumenten in de overwegingen te betrekken. Wat zou op basis van een *'risk-benefit'* analyse voor essentiële microvoedingsstoffen zoals foliumzuur en vitamine D (en eventuele andere relevante vitamines en/of mineralen) de gezondheidswinst kunnen zijn van een actief verrijkingsbeleid (al dan niet met verplichte toevoegingen) voor (groepen van) onze bevolking?

Ik zou het zeer op prijs stellen als ik medio 2007 uw advies tegemoet kan zien.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

H. Hoogervorst

Aanvullende vragen

Datum aanvraag: 17 juli 2006

Briefkenmerk: VGP/VV 2700094

Geachte professor Knottnerus,

In januari 2006 heb ik u om advies gevraagd over essentiële microvoedingsstoffen (adviesaanvraag VGPIVV 2646726). In de omschrijving van de vraag heb ik destijds diverse aandachtspunten benoemd. Naar aanleiding van een kamervraag* over tekorten aan vitamine D bij specifieke bevolkingsgroepen in Nederland, vraag ik u in bovengenoemd advies bijzondere aandacht te schenken aan de vitamine D inname van de groepen zwangere vrouwen en mensen met een niet-westerse achtergrond.

Ik vertrouw erop dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd.

De Directeur-Generaal van de Volksgezondheid,

ir. J.I.M. de Goeij

* Zie bijlage 1: kamervraag 2050609210 over ernstig vitamine D tekort bij mensen met een niet-westerse achtergrond.

Bijlage 1

Antwoorden op kamervragen van Arib (PvdA) over ernstig vitamine D tekort bij mensen met een niet-westerse achtergrond (2050609210).

1.

Hebt u kennisgenomen van het artikel over het ernstige vitamine D-tekort bij mensen met een niet-westerse achtergrond? 1)

1.

Ja

2.

Wat is uw mening over dit artikel waarin beschreven wordt dat meer dan de helft van de niet-westerse allochtone zwangere vrouwen en hun nakomelingen een groot vitamine D-tekort heeft? Wat vindt u ervan dat 10% van de Nederlandse vrouwen en hun nakomelingen een vitamine D-deficiëntie bleek te hebben?

2.

Dit artikel bestrijkt een vrij kleine steekproef van Nederlandse/Europese en niet-westerse zwangere vrouwen. De uitkomst van dit onderzoek in Amersfoort vertoont echter een vergelijkbare trend met eerder onderzoek van een verloskundigenpraktijk in Den Haag. Naar aanleiding van onder andere deze onderzoeken, wordt op dit moment bij een grotere steekproef onderzoek uitgevoerd naar de prevalentie van vitamine D-tekort. In deze uitgebreidere studies probeert men tevens beter inzicht te krijgen in welke factoren de meeste invloed hebben op het ontstaan van een tekort aan vitamine D.

Hierin worden verschillende etnische groepen ook afzonderlijk bekeken. De resultaten van dit onderzoek worden nog dit jaar verwacht. Daarnaast is uit ander onderzoek gebleken dat ook mannen en niet-zwangere vrouwen met een niet-westerse achtergrond een groter risico hebben op een tekort aan vitamine D. Dit heeft te maken met de factoren die van invloed zijn op de vitamine D-status, zoals huidskleur, hoeveelheid blootstelling aan zonlicht (onbedekte huid) en voedingspatroon.

Een vitamine D voorziening lager dan de aanbevolen hoeveelheden heeft mijn aandacht en dient nader onderzocht te worden, zie de volgende vragen.

3.

Was u op de hoogte van eerder onderzoek in Den Haag dat bij 240 zwangere vrouwen eveneens dergelijke lage vitamine D-waarden heeft aangetoond? Zo ja, wat hebt u met de bevindingen van dit onderzoek gedaan? 2)

3.

Ja, zie vraag 2.

Mijn voedingsbeleid is gebaseerd op de Richtlijnen Goede Voeding en de voedingsnormen van de Gezondheidsraad (voor onder andere vitamine D).

De afgelopen tijd is uit onderzoek nieuwe informatie naar voren gekomen. Dat maakt het noodzakelijk het microvoedingsstoffenbeleid te heroverwegen. Ik heb de Gezondheidsraad om advies

gevraagd, onder andere naar wat voor essentiële microvoedingsstoffen zoals vitamine D op basis van een 'risk-benefit' analyse de gezondheidswinst zou kunnen zijn van een actief verrijkingbeleid (al dan niet met verplichte toevoegingen). Ik vraag hierbij ook te kijken naar groepen van de bevolking. In een aanvullend schrijven zal ik de zwangere vrouwen en groepen met een niet-westerse achtergrond specifiek benoemen als aandachtspunt hierbij.

Op dit moment wordt via verschillende voorlichtingsmedia informatie verstrekt over de inname van vitamine D. Het Voedingscentrum adviseert middels haar website extra vitamine D voor bepaalde groepen, waaronder zwangeren en kinderen van 0-4 jaar. Daarnaast wordt het belang van een adequate vitamine D voorziening regelmatig benadrukt in (nieuws)berichten op de website en in publicaties zoals de vitaminewijzer. In het kader van de foliumzuurcampagne die in samenwerking met het Erfocentrum en met financiële ondersteuning door VWS wordt uitgevoerd, is door het Voedingscentrum een brochure uitgebracht waarin ook het gebruik van vitamine D in de zwangerschap wordt genoemd. Deze brochure is speciaal gericht op allochtone en laagopgeleide vrouwen.

Voor ditzelfde project om het foliumzuurgebruik bij allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaal-economische status te stimuleren, worden momenteel pilots uitgevoerd waarbij verloskundigen middels actieve voorlichting via hun praktijk en hun netwerk proberen deze vrouwen te bereiken. Als deze pilots een goed resultaat opleveren, zal ik zeker de mogelijkheid bekijken om met voorlichting over vitamine D inname bij dit initiatief aan te sluiten. Op lokaal niveau vinden ook diverse initiatieven plaats, zoals het betrekken van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) door de verloskundigenpraktijken in Amsterdam om vrouwen met een niet-westerse achtergrond beter te bereiken. Daarnaast zal in Amsterdam op korte termijn begonnen worden met het geven van preconceptiezorg met als doel vrouwen voor te lichten over maatregelen die ze kunnen nemen voor een gezonde zwangerschap en het tijdig identificeren van vrouwen die een verhoogde kans op problemen hebben tijdens de zwangerschap.

Ten slotte maakt het suppletieadvies voor 0-4 jarigen, waar vitamine D onderdeel van is, al nadrukkelijk deel uit van de voedingsadvisering in de jeugdgezondheidszorg, zoals via de consultatiebureaus.

4.

Wat vindt u ervan dat uit epidemiologische studies aannemelijk wordt gemaakt dat een te lage vitamine D-waarde een van de factoren is die bijdragen aan het ontstaan van aandoeningen met een lage latentietijd zoals osteoporose, diabetes mellitus type I, multiple sclerose, cardiovasculaire ziekten, prostaat-, borst- en darmkanker?

4.

De voedingsnormen voor vitamine D zoals de Gezondheidsraad deze in 2000 heeft uitgebracht voor de Nederlandse bevolking, zijn gericht op de opbouw van een maximale piekbotmassa op 30-jarige leeftijd, en daarna het zoveel mogelijk vertragen van de botafbraak. Ten tijde van het opstellen van deze voedingsnormen (2000) waren er nog onvoldoende aanwijzingen voor een beschermend effect van vitamine D tegen ziekten. Recent literatuuronderzoek van het RIVM toont ook aan dat alleen

voor osteoporose overtuigend bewijs is dat een lage vitamine D status bij mannen en vrouwen ouder dan 50-60 jaar gepaard gaat met een hoger risico op fracturen.

De Gezondheidsraad zal bij de in vraag 3 genoemde adviesaanvraag ook aandacht besteden aan de relatie tussen vitamine D en diverse ziekten. Ze maken een risk-benefit analyse waarbij rekening wordt gehouden met zowel te behalen gezondheidswinst als ongewenste bijwerkingen. Aan de hand hiervan stellen ze de gewenste inname vast voor verschillende bevolkingsgroepen.

5.

Wist u dat wetenschappelijk is aangetoond 3) dat vitamine D-tekort in het laatste trimester van de zwangerschap een negatieve invloed heeft op de botvorming bij het kind? Zo ja, wat hebt u met deze wetenschap gedaan? Hoe hebt u deze kennis vertaald in uw beleid op het gebied van preventie bij zwangere vrouwen?

5.

Ik ben op de hoogte van een recente publicatie in de Lancet van een studie die een duidelijk verband laat zien tussen de vitamine D status tijdens de zwangerschap en de botmassa van kinderen op 9 jarige leeftijd.

Mij is niet bekend wat de invloed van suppletie, zoals die in ons land wordt geadviseerd voor kinderen van 0-4 jaar, zou zijn op de botmassa van het kind op latere leeftijd.

Zie ook antwoord op vraag 2 en 3.

6.

Hoe komt het dat Devaron-tabletjes a 400 E en de depotinjecties geruisloos uit de apotheek zijn verdwenen?

6.

Zowel de Devaron tabletjes 400 E (10 ug) als de depotinjecties (Neo-Dohyfral D3) zijn vanwege economische motieven uit de handel genomen door de desbetreffende fabrikanten. Devaron tabletten werden vooral gebruikt bij de indicatie (preventie van) osteoporose (botontkalking). Door de komst van combinatie preparaten met calcium en Devaron liep de omzet sterk af.

7.

Herinnert u zich het advies van de Gezondheidsraad in 2000 4) over voedingsnormen? Wat hebt u met de aanbevelingen uit dit advies gedaan? Kunt u precies aangeven op welke manier u het gebruik van vitamine D onder de groepen die kwetsbaar zijn hebt gestimuleerd?

7.

Zie ook mijn antwoorden op vraag 2 en 3.

Ouderen (zowel mannen als vrouwen) kunnen een verhoogde kans op een tekort aan vitamine D hebben omdat sommige ouderen door verminderde mobiliteit minder buiten komen, en omdat de oudere huid minder goed in staat is onder invloed van de zon vitamine D te vormen. In de voorlichting van het Voedingscentrum wordt deze groep ook expliciet genoemd. Smeerbare vetten en bak- en braad-

vetten kunnen met vitamine A en D verrijkt worden. Bovendien is de Warenwetregeling Vrijstelling Vitaminepreparaten gewijzigd naar aanleiding van het rapport van de Gezondheidsraad. Hierdoor is het ook mogelijk vitaminepreparaten met een verhoogd gehalte aan vitamine D op de markt brengen, die bestemd zijn voor de consumptie door personen van 60 jaar en ouder. Voor kinderen tot en met 6 jaar, zwangeren en zogenden was dit al mogelijk. Op de verpakking van de preparaten mag ook worden geduid dat het geschikt is voor personen van 60 jaar en ouder.

Naar aanleiding van het Gezondheidsraadadvies zijn ook een aantal kennisvragen belegd bij het RIVM (VWS project V/340230: statusbepaling foliumzuur en microvoedingsstoffen). Het betreft onderzoek naar de vitamine D status bij 4400 zwangere vrouwen van verschillende etniciteit en een statusbepaling van onder andere vitamine D bij 1400 personen van verschillende etniciteit. De resultaten hiervan zullen nog dit jaar bekend worden.

Deze resultaten worden meegenomen bij de heroverweging van het verrijkingsbeleid rond vitamine D. Na verschijning van het rapport van de Gezondheidsraad over de voedingsnormen heeft dit al ter discussie gestaan en is overwogen toestemming te verlenen voor het verrijken van meerdere producten, additioneel aan smeerbare vetten en bak- en braadvetten. Daar is destijds geen prioriteit aan gegeven in verband met de op handen zijnde Europese regelgeving over dit onderwerp. In afwachting van deze Europese regelgeving en van het gevraagde advies van de Gezondheidsraad betreffende microvoedingsstoffen, ga ik ook op dit moment nog niet over tot vrijwillige of verplichte verrijking van meerdere producten.

Het heeft mijn aandacht en ik zal te zijner tijd zonodig gepaste maatregelen nemen.

8.

Wat gaat u concreet ondernemen om huisartsen meer te bewegen dit probleem serieus te nemen en in hun begeleiding van met name risicogroepen zoals zwangere vrouwen met een niet-westerse achtergrond, actieve voorlichting te geven en suppletie van vitamine D mogelijk te maken? Bent u bereid het Nederlands Huisartsen Genootschap aan te zetten tot het opstellen van duidelijke richtlijnen om het gebruik van vitamine D te stimuleren?

8.

Zie ook vraag 3 en 7.

Ik zie huisartsen, verloskundigen en gynaecologen als een zeer belangrijke schakel in het voorlichtingstraject rondom de zwangerschap.

Ik ben dan ook erg benieuwd naar de reactie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) op de recente ontwikkelingen (waaronder het artikel van Wielders in NTvG van 4 maart 2006) die ik binnenkort verwacht in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG).

Op dit moment ligt er al een adviesaanvraag bij de Gezondheidsraad over de preconceptiezorg. Zij zullen kijken of het wenselijk is eventuele preconceptiezorg te integreren met zwangerschapszorg en consultatiebureau. Ik wacht de resultaten hiervan af om te bezien of daar een goed voorstel uit komt

om de voorlichting over onder andere vitamine D rond de zwangerschap op een goede manier gezamenlijk te waarborgen. In mijn overweging zal ik ook de resultaten van de kennisvragen bij het RIVM (zie vraag 7) en ander nader onderzoek (zie vraag 2) meenemen. Rapportage hiervan zal ook gegevens bevatten over determinanten van een vitamine D tekort en over waarom bijvoorbeeld allochtone vrouwen geen supplementen slikken tijdens de zwangerschap.

- 1) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 4 maart jl. 150 (9).
- 2) Karamali NS, Meer IM van der, Wuister JD, Verhoeven I. Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigenpraktijk uit Den Haag. Epidemiologisch Bulletin 2004;39:10-4.
- 3) Zie noot 1
- 4) Voedingsnormen: calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, panthoteenzuur en biotine. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000.