
Jaarverslag Gezondheidsraad 2004



Jaarverslag Gezondheidsraad 2004

Nr A05/03, Den Haag, 31 maart 2005

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. 21 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 eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

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



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

De in dit jaarverslag afgebeelde kunstwerken geven een indruk van de tentoonstellingen die in 2004 bij de Gezondheidsraad te zien waren. Achtereenvolgens exposeerden: Marie-Cécile Thijs; Robbin Westerhof; Piet Bolhuis; Ard de Graaf en Eef de Graaf; Els Bekker en Mieke van de Besselaar.

U kunt alle publicaties downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. *Jaarverslag Gezondheidsraad 2004*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr A05/03.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 90-5549-559-X

Reflectie

Reflecteren

De druk om te adviseren, liefst ‘gisteren’, neemt toe. Toch ligt de kracht van de Gezondheidsraad – zoals de studie* van de Maastrichtse cultuurwetenschappers Bal, Bijker en Hendriks twee jaar terug aantoonde – in reflectie, even ‘achterover leunen’ om vanuit verschillende invalshoeken een complex probleem wetenschappelijk te tackelen, zoals dat in hedendaags Nederlands heet.

Laat ik direct een misverstand uit de weg ruimen: ‘achterover leunen’ door de Gezondheidsraad is niet synoniem met ‘vertragen’. Natuurlijk kost reflectie tijd, maar die reflectie kan uitermate tijdbesparend zijn: overhaast geformuleerd beleid kan juist tot vertraging leiden als later op de schreden moet worden teruggekeerd. Dat neemt niet weg dat de raad bij urgente, goed afgebakende, volksgezondheidsproblemen ook wegen heeft om vlot te reageren zonder in te leveren op kwaliteit. De deskundigen binnen het netwerk van de raad blijken in die gevallen namelijk bereid om in hun drukke wetenschappelijke en zorg-agenda ruimte te maken om extra tijd aan het raadswerk te besteden.

Tijd nemen voor wetenschappelijke reflectie over complexe problemen, maar indien nodig een urgent beroep doen op deskundigen: dit maatwerk is terug te vinden in de reeks commissieadviezen, signalementen en verslagen die in het

* Bal RA, Bijker WE, Hendriks R. *Paradox van wetenschappelijk gezag. Over de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.

verslagjaar 2004 zijn uitgebracht. Al deze publicaties waren gericht op het voorlichten van ‘onze ministers en de beide kamers der Staten-Generaal [...] over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’*. Verderop in dit jaarverslag leest u daarover meer.

Nationaal samenwerken

Ook in 2004 is intensief samengewerkt met andere regeringsadviseurs. Allereerst is daar de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), een van de sectorraden die strategische adviezen uitbrengt op het terrein van het volksgezondheidsonderzoek. In overleg met de ministers van VWS en OCW is besloten te streven naar integratie van de RGO binnen de Gezondheidsraad met behoud van diens sectorraadfunctie. Uiterlijk 1 januari 2006 moet dat zijn beslag gekregen hebben.

Daarnaast wijs ik op de bestaande samenwerking met de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), dat RVZ en Gezondheidsraad samen gestalte geven, begint de kinderjaren te ontgroeien. Actualiteit en toekomstgerichtheid gaan hierbij hand in hand. De CEG-signalementen bieden ingrediënten voor de jaarlijkse gezondheids-ethische beleidsagenda van het kabinet. Hierbij is de reikwijdte gaandeweg verbreed, waarbij naast de gezondheidszorg ook aandachtsgebieden als voeding en leefomgeving aan bod komen.

Tot slot noem ik de samenwerking met een andere sectorraad, de Raad voor ruimtelijk, milieu- en natuuronderzoek (RMNO). In het verslagjaar brachten beide raden de stand van wetenschap over de relatie tussen natuur en gezondheid in kaart. Nam bij het opstellen van dit advies de Gezondheidsraad het voortouw, in een vervolgtraject zal de RMNO de toon zetten bij het verstevigen van onderzoek om lacunes in kennis op te vullen en bij het implementeren van veelbelovende strategieën. In een recent overleg van de voorzitters van beide raden met de directeuren-generaal van volksgezondheid, van landbouw en van milieubeheer bleek de grote belangstelling van departementale zijde voor deze activiteit.

Signaleren en agenderen

De samenwerking met de RVZ laat het belang zien van ongevraagde adviezen in de vorm van signalementen en agenderende adviezen. Hoewel dit soort adviezen niet nieuw is voor de raad, is de vraag ernaar groeiende. Welke beleidsschadu-

* Artikel 22, Gezondheidswet.

wen werpen ontwikkelingen in de volksgezondheidswetenschappen vooruit? Hoe belangrijk zijn aandacht vragende ontwikkelingen, zoals nanotechnologie, met het oog op eventuele toepassing van het verzorgsbeginsel?*

Gezien de toenemende behoefte, is in het verslagjaar gewerkt aan het steviger verankeren van deze activiteiten in het werk van de Gezondheidsraad. Het Werkprogramma 2005 laat dat al zien. In dit verband bereidt de Gezondheidsraad op verzoek van de minister van VWS een advies voor over *horizon scanning*. Deze voor de gezondheidszorg cruciale taak zou de Gezondheidsraad in de loop van 2005 nader willen invullen.

Sprekend over agendering ten behoeve van beleid mag niet onvermeld blijven dat in het verslagjaar hoge prioriteit is gegeven aan het beantwoorden van een adviesvraag van de Themacommissie ouderenbeleid van de Tweede Kamer. Verzocht is om over een breed terrein aan te geven hoe de gezondheid van en de zorg voor ouderen zich naar verwachting op middellange en lange termijn zal ontwikkelen en welke implicaties dit kan hebben voor praktijk, beleid en wetenschap. Het is de eerste keer dat het parlement rechtstreeks advies vroeg aan de Gezondheidsraad. Het advies is inmiddels (februari 2005) uitgebracht.

Internationaal samenwerken

Wetenschappelijke ontwikkelingen voltrekken zich vanzelfsprekend op internationale schaal, en de Gezondheidsraad kent sinds jaar en dag een nauwe samenwerking met zowel individuele experts als zusterorganisaties in het buitenland. Dit geschiedt raadsbreed: de samenwerking omvat de terreinen zorg, ethiek, preventie, voeding, arbeid, en milieu.

De laatste jaren vraagt met name het vervagen van de Europese binnengrenzen steeds meer aandacht. Voor de Gezondheidsraad bracht dit in het verslagjaar boeiend extra werk en gaf het Nederlands voorzitterschap van de Europese Unie een extra stimulans. Een voorbeeld was de vraag hoe de Europese landen zich optimaal kunnen voorbereiden op grote uitbraken van infectieziekten, met name zoönosen, van (nog) onbekende oorsprong. In dit kader werd intensief samengewerkt met WHO, EU, en het RIVM.

Andere voorbeelden zijn de advisering over 'European Primary Care', alsmede een door de Gezondheidsraad in samenwerking met het Forum van Europese Nationale Ethiekcommissies en de European Group on Ethics georganiseerde conferentie te Amsterdam. Daarnaast is, in samenwerking met de

* Over nanotechnologie en over het verzorgsbeginsel bereidt de Gezondheidsraad adviezen voor die volgens plan in de loop van 2005 verschijnen.

Belgische Hoge Gezondheidsraad en andere internationale partners, verder gewerkt aan het tot stand brengen van een Europees netwerk voor *science advice* op het gebied van de volksgezondheid.

Overdragen en verlaten

Een dynamische organisatie trekt niet alleen nieuwe taken aan, maar stoot ook sommige af. Voor de Gezondheidsraad gold dat voor het beoordelen van de veiligheid van nieuwe voedingsmiddelen. Gedurende zes jaar voerde de Gezondheidsraad deze Europese taak voor Nederland uit. Naast een reeks van beoordelingen van individuele voedingsmiddelen legde de raad zijn bevindingen in twee algemene adviezen neer. Nu de beoordeling een routine-karakter krijgt is er reden deze taak niet langer bij de Gezondheidsraad onder te brengen. Het is de bedoeling het takenpakket van het College ter Boordeling van de Geneesmiddelen met de beoordeling van nieuwe voedingsmiddelen uit te breiden, voor zover de taken niet naar een Europese instantie worden overgeheveld.

De zojuist genoemde activiteit viel onder de verantwoordelijkheid van vice-voorzitter Hautvast. Tegen het einde van 2004 nam de Gezondheidsraad afscheid van professor Jo Hautvast, een voortreffelijke wetenschapper en bruggenbouwer. Hij heeft veel tot stand gebracht wat betreft de wetenschappelijke advisering over voeding en gezondheid, maar ook op het gebied van volksgezondheid in de meest ruime zin. Verderop in dit jaarverslag treft u een impressie van een gesprek met de emeritus aan. De Gezondheidsraad verliest in hem een drijvende kracht en is hem veel dank verschuldigd.

Het afscheid van vice-voorzitter Hautvast was een extra aanleiding om de Gezondheidsraadlezing 2004 in het licht van de voeding te plaatsen. Professor Martijn Katan hield een boeiende lezing over voedselkwaliteit en voedselveiligheid. In *Graadmeter*, het tweemaandelijks blad van de raad, heeft een samenvatting van zijn belangwekkende verhaal gestaan.



Prof. dr Martijn Katan.

Debatteren

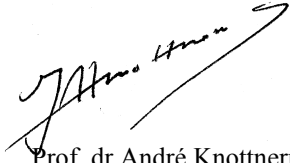
Het bovenstaande kon ik schrijven, dank zij – ook in 2004 – de belangeloze medewerking van deskundigen uit de academische wereld. Ik acht het goed dit te benadrukken: het ‘reflecteren’ gebeurt binnen de Gezondheidsraad belangeloos. De deskundigen, afkomstig van universiteiten, universitaire medische centra, onderzoeksinstellingen en andere deskundige instituties, stellen hun kennis zonder honorering ter beschikking. Door commissies samen te stellen uit deskundigen vanuit uiteenlopende disciplines en afkomstig uit diverse instellingen wordt een balans bereikt die het beïnvloeden van de adviezen door particuliere belangen uitsluit.

Het punt van ‘belangen’ roer ik ook vanuit een ander perspectief aan. De tijd is voorbij dat de Gezondheidsraad na het vaststellen van een advies kon achterover leunen. Steeds meer worden de adviezen van de raad niet alleen kritisch bekeken op hun inhoud – wat ik alleen maar kan toejuichen – maar wordt in reacties op adviezen ook de boodschapper op de korrel genomen. Gezien de belangen die gemoeid zijn met de vraagstukken waarover de raad adviseert, is dat niet onbegrijpelijk. Nadere toelichting en uitleg kunnen dan nodig en nuttig zijn. Tegengegaan moet worden dat de Gezondheidsraad door derden partij wordt gemaakt in het maatschappelijke debat over de bedoelde vraagstukken. Deze punten zullen betrokken worden bij een aangepast beleid van de raad inzake publiciteit en communicatie .

Ondersteunen

Wie niet mogen en kunnen achterover leunen zijn de medewerkers van het secretariaat van de raad. Zij hebben dat in 2004 dan ook niet gedaan, evenmin als in voorgaande jaren. Het is in hoge mate dankzij de inzet van hen dat de Gezondheidsraad in het verslagjaar zijn adviestaak weer heeft kunnen vervullen. Bijzonder gewaardeerd heb ik de initiatieven vanuit de staf om te komen tot verdere verbetering van de werkprocedures.

Binnen een veranderende maatschappelijke context werd in 2004 een reeks belangrijke vragen op het gebied van de volksgezondheid beantwoord. Dat was mogelijk door de enthousiaste betrokkenheid van velen. Ik dank daarvoor alle raads- en commissieleden, de overige geraadpleegde deskundigen in binnen- en buitenland, en, *last but not least*, ons onvolprezen secretariaat.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Knottnerus', with a long, sweeping underline that extends to the right.

Prof. dr André Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad

Inhoud

-
- 1 In memoriam Johan Jansen 12
 - 2 Vice-voorzitter prof. dr Jo Hautvast nam afscheid 13
 - 3 Prof. dr Vic Feron nieuw ereid Gezondheidsraad 15
 - 4 Omstreden herinneringen;
gesprek met prof. dr Walter Everaerd 17
 - 5 Vaccinatie tegen kinkhoest 22
 - 6 Moeilijk bereikbare psychiatrische patiënten actiever benaderen 26
 - 7 Bedreigingen van de volksgezondheid door zoönosen 30
 - 8 Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap
en borstvoeding 33
 - 9 Gezondheidsrisico's van het inademen van meelstof
op het werk 37
-

10	Enkele getallen	40
11	Lopende activiteiten in 2004	42
12	Publicaties 2004	46

1

In memoriam Johan Jansen

Eind november werden raad en secretariaat opgeschrikt door het bericht dat Johan Jansen onverwachts was overleden. Johan was hoofd bedrijfsvoering van de Gezondheidsraad. In de laatste jaren van zijn leven kampte hij met gezondheidsproblemen, reden waarom hij een groot deel van het jaar 2004 zijn functie niet kon uitoefenen. Op 1 december 2004 zou hij van een vroegpensioen gaan genieten. Hij zag daar zeer naar uit. Zoals zijn achterblijvende gezinsleden schreven op de herinneringskaart:

Johan had nog zoveel plannen en zat vol met energie. De ingrediënten waren er en hij deed ontzettend zijn best, want hij wilde nog zo graag. Helaas is het hem niet gegund. Groot is de leegte die hij achterlaat. Mooi blijven de herinneringen.

Bij die woorden wil ik me aansluiten. Vanaf zijn aantreden in december 1992 heb ik met Johan samengewerkt. Daarbij heb ik hem vooral leren waarderen als ‘samenbinder’ van medewerkers, dwars door alle rangen en standen heen.

Prof. dr Wim Passchier,
plaatsvervangend algemeen secretaris Gezondheidsraad

2

Vice-voorzitter prof. dr Jo Hautvast nam afscheid

Na een ambtsperiode van tien jaar nam prof. dr Jo Hautvast afscheid als vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, waar hij met name de voedingsadviezen onder zijn hoede had.

Over de opvolging van de voedingsadviezen heeft de Gezondheidsraad niet te klagen gehad, vindt Hautvast: 'Neem bijvoorbeeld de adviezen over voedingsnormen, voedselinfecties en antimicrobiële groeibevorderaars. Niet alleen de overheid maar ook het bedrijfsleven ziet de raad als een gezaghebbende organisatie. Adviezen van de raad over de gewenste voeding spelen vaak een grote rol bij de productontwikkeling die leidt tot een aanpassing van voedingsmiddelen. De voedingsmiddelenindustrie vindt soms wel dat wij te streng zijn. Maar het gaat er niet om dat we iedereen kunnen plezieren; het is de volksgezondheid die telt. De laatste jaren is een bepaalde groep consumenten enorm met gezondheid bezig. Bedrijven willen op die vraag inspelen en proberen allerlei producten als supergezond te verkopen. Marketingtechnisch kun je daar begrip voor hebben, maar het is onze taak de kaders aan te geven voor de beoordeling van het waarheidsgehalte van de claims van die fabrikanten. Toch leiden de voedingsadviezen van de raad binnen het veld van voeding nooit tot grote controverses. Eén voordeel is dat we veel mensen kennen die werken in de industrie. Binnen de voedingswereld bestaat een intensief en sterk collegiaal contact. Als men het op een bepaald punt niet met ons eens is, zoekt men ons op en holt niet gelijk naar de pers. Zo blijven we begrip houden voor elkaars positie. Een tweede voordeel is

dat bij voeding de financiële belangen veel minder groot zijn dan bij bijvoorbeeld de farmaceutische industrie. Doordat de marges kleiner zijn, sta je binnen het voedingswereldje misschien ook wat dichterbij elkaar' (*Graadmeter* 2004/5).

Voor de toekomst is internationalisering het sleutelwoord, aldus de scheidend vice-voorzitter: 'Voedingsnormen zouden niet moeten blijven steken bij de grens, zoals nu het geval is. Als je de grens overgaat naar Duitsland of België dan verandert blijkbaar je behoefte aan voedingsstoffen. Dat is natuurlijk onzin. Nu heeft ieder land nog zijn eigen systeem om voedingsnormen op te stellen, maar er zal toch meer samengewerkt moeten gaan worden met zusterclubs in andere landen. Ook moet mijn opvolger de ontwikkelingen in Brussel nauwlettend in de gaten houden. Belangrijk is verder om scherp te blijven zien aan welke wetenschappelijk adviezen overheid en maatschappij behoefte hebben. We zitten hier bij de Gezondheidsraad niet in een ivoren toren; je moet heel goed luisteren naar de samenleving.

En ten slotte blijft het natuurlijk belangrijk om binnen de beperkte capaciteit die er voor voedingsadviezen beschikbaar is af en toe grote zaken te entameren. We hebben twee jaar geleden advies uitgebracht over obesitas en overgewicht. Bij zo'n thema moet je de vinger aan de pols blijven houden. Over een tijdje kun je dan weer met een geactualiseerd advies komen' (*Graadmeter* 2004/5).



Prof. dr Jo Hautvast tijdens zijn afscheidsetentje in De Kookfabriek. Naast hem dr Jeanine van de Wiel, eveneens voedingsdeskundig, die in 2004 afscheid nam als secretaris bij de Gezondheidsraad.

3

Prof. dr Vic Feron nieuw erelid Gezondheidsraad

Op 28 oktober 2004 werd de toxicoloog prof. dr Vic Feron benoemd tot erelid van de Gezondheidsraad. De afgelopen dertig jaar heeft professor Feron als lid en soms als voorzitter aan tal van commissies deelgenomen. Ook is hij lange tijd lid geweest van de Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving. Hij heeft veel veranderingen van nabij meegemaakt: de terugkeer van de Voedingsraad, de overkomst van de Werkgroep van Deskundigen (thans Commissie WGD) en ontwikkelingen op het internationale vlak.



Prof. dr Vic Feron.

Feron is na al die jaren nog zeer te spreken over de formule van de Gezondheidsraad: ‘De arbeidshygiënische normstelling kent een fraaie drietrapsprocedure: de Gezondheidsraad leidt advieswaarden af, binnen de SER wordt gediscussieerd over de haalbaarheid van die waarden en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelt uiteindelijk de normen vast. Op andere beleidsterreinen, zoals dat van bestrijdingsmiddelen, is vooral de discussie over de haalbaarheid van een advies minder duidelijk geregeld. De commissiesamenstelling luistert dan zeer nauw. Als je een goed afgewogen advies wilt krijgen, moet je een breed samengestelde commissie formeren. Anders dreig je te blijven steken in eenzijdige beschouwingen, die bij de politiek en in de samenleving op onvoldoende draagvlak kunnen rekenen’.

Feron pleit ervoor om de werkwijze van de Gezondheidsraad ruimere bekendheid buiten de landsgrenzen te geven: ‘De raad bezit een fantastische formule, die zich prima leent voor de export. Wel dient de aanzet bescheiden te zijn, waarbij naar mijn idee aan twee voorwaarden moet worden voldaan. Je zult een alliantie moeten aangaan met een buitenlandse zusterorganisatie die qua visie en werkwijze relatief dicht bij je staat. En er moet structureel voldoende menskracht beschikbaar zijn om zo’n samenwerkingsverband op te zetten, gestalte te geven en aan de man te brengen. Zonder adequate financiële ondersteuning is elk samenwerkingsinitiatief namelijk tot mislukking gedoemd. Op termijn mag je dan hopen dat steeds meer landen en instanties de waarde van zo’n werkwijze gaan inzien en daadwerkelijk gaan meedoen’ (*Graadmeter 2005/1*).

4

Omstreden herinneringen

Gesprek met prof. dr Walter Everaerd

(Dr Mieke de Waal)

Kan iemand seksueel misbruikt worden, dat vergeten, en het zich later weer gaan herinneren? Heeft al het seksueel misbruik dat mensen zich herinneren ook werkelijk plaatsgevonden? En wat is de rol van therapeuten in dit veld van herinneren, vergeten, hervinden en inbeelden? Over deze lastige en gevoelige kwesties vroeg de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport advies aan de Gezondheidsraad. Op 27 januari 2004 presenteerde de raad het advies *Omstreden herinneringen* (nr 2004/02) dat uitgebreid antwoord geeft op deze vragen. De commissie die het advies opstelde stond onder voorzitterschap van prof. dr Walter Everaerd, emeritus-hoogleraar psychologie aan de Universiteit van Amsterdam.



Prof. dr Walter Everaerd.

De titel van het advies is *Omstreden herinneringen*. Was er – voordat de uiteindelijke adviestekst er lag – ook binnen de commissie veel verschil van mening over het kunnen vergeten en hervinden van herinneringen aan seksueel misbruik?

Zeker, en daar hebben we ook bewust rekening mee gehouden bij de samenstelling van de commissie. De grootste opponenten zaten in deze commissie – misschien wel voor het eerst – met elkaar aan tafel om tot een gezamenlijk antwoord aan de minister te komen. Die opponenten waren Merckelbach en Wagenaar aan de ene kant, en Drayer en Van der Hart aan de andere kant. De eerste twee zijn geheugenexperts, de andere twee klinici. De kern van het meningsverschil zat in de visie op amnesie: kan een mens zoiets ergs als seksueel misbruik meemaken, en dat vergeten?

De geheugenexperts vonden dit onwaarschijnlijk. Om je Duitse naamvallen te kunnen herinneren, moet je die veelvuldig oefenen. Bij emotionele gebeurtenissen ligt dat anders: die hoeven niet herhaald te worden om in het geheugen opgeslagen te worden. Bij heftige emoties komen stresshormonen vrij die helpen om de gebeurtenis in te prenten. Dat geldt zowel voor plezierige emotionele gebeurtenissen zoals de eerste verliefdheid, als voor een schokkende ervaring als seksueel misbruik.

Haaks op de geheugenexperts stonden de klinici, die bij herhaling mensen voor zich kregen met allerlei psychische klachten. Die klachten leken te duiden op een traumatische voorgeschiedenis waarvan de precieze toedracht vergeten of verdrongen was geraakt. Clinici gaan er niet vanuit dat mensen hen onzinverhalen vertellen en gaan ervan uit dat bepaalde ervaringen te pijnlijk kunnen zijn om in hun volle omvang herinnerd te worden.

Toen we begonnen met onze commissievergaderingen hadden de klinici het idee dat de hersenexperts niet zouden geloven dat mensen seksueel misbruik kunnen vergeten. Wagenaars klaarde de lucht door bij de eerste vergadering losjes te zeggen ‘Vergeten kan toch altijd?’. Waarmee hij natuurlijk geen uitspraak deed over hoe vaak dat zou kunnen voorkomen. Dat was een vraag waarop de wetenschap het antwoord nog schuldig moest blijven. Uiteindelijk raakten we het er ook over eens dat aanvankelijk ontoegankelijke herinneringen weer toegankelijk kunnen worden wanneer de herinnering geprikkeld wordt door specifieke aanleidingen. Het hervinden van herinneringen is niet speciaal gerelateerd aan therapie, maar de therapeutische setting kan dit proces wel bevorderen.

Waarover bestond nog meer verschil van mening aan het begin van het commissieproces?

Een ander heet hangijzer dat secretaris Ila Gersons en ik maar direct hoog op de agenda hebben gezet, was dissociatie. Dissociatie werd door degenen die er in geloven gezien als een soort redding in een noodsituatie: soms is het handig als je je niet helemaal bewust hoeft te zijn van wat je meemaakt. Als dissociatie zou bestaan, zou dat reden voor amnesie kunnen zijn, en dat zou weer aanleiding kunnen zijn voor het willen ‘ophalen’ van herinneringen. Veel therapeuten gaan er namelijk vanuit dat pas wanneer hun cliënt volledig beseft wat er in het verleden is gebeurd, hij of zij van de klachten af kan komen. Het is op zich geen gekke gedachte, maar het is de vraag of het waar is. Psychoanalytici huldigen overigens nog steeds dit uitgangspunt.

De discussie rond dissociatie ging indertijd over de vraag of iemand de hele inhoud van een bepaalde gebeurtenis uit zijn geheugen kon bannen. Binnen onze commissie hielden we daarover verschil van mening. Inmiddels is het denken over dissociatie al weer genuanceerder. Recent Utrechts onderzoek laat zien dat mensen meerdere ‘alters’ kunnen hebben, met barrières tussen de bijbehorende geheugens, maar dat die alters op onbewust niveau met elkaar verbonden zijn. Zo komt het dat er verschil kan bestaan tussen wat je weet en wat je voelt over een gebeurtenis.

Zijn er meer voorbeelden te noemen van nieuwe inzichten op het terrein van dit advies?

In de tijd dat wij met dit advies bezig waren, waren er nog geen degelijke studies waaruit bleek hoe vaak seksueel misbruik vergeten wordt door de slachtoffers. Begin van dit jaar verscheen een artikel in het tijdschrift *Psychological Science* over de betrouwbaarheid van de herinneringen van slachtoffers waarvan indertijd is gedocumenteerd dat zij misbruikt waren. Zo’n artikel hadden wij indertijd graag gehad!

Ook het denken over amnesie is in ontwikkeling. Dit komt mede doordat er met het groeiende aantal Alzheimerpatiënten veel behoefte is aan meer inzicht in de werking van het geheugen. Al dit geheugenonderzoek werpt ook zijn vruchten af voor het veld waarop wij adviseerden.

De wetenschap op het gebied van het geheugen is volop in ontwikkeling, maar je kunt niet zeggen dat ons advies nu al achterhaald is. De hoofdboodschap blijft onverminderd van kracht: je moet mensen geen herinneringen aanpraten.

Het is begrijpelijk en normaal dat door gesprekken herinneringen boven komen. Maar de therapeut moet niet bij voorbaat menen te weten wat er aan de hand is en de patiënt sturen met die – ongetwijfeld goedbedoelde – vooringenomen blik.

In de commissie zaten niet alleen clinici en geheugenexperts, maar ook bijvoorbeeld een sociologe. Welke inbreng kwam er vanuit die hoek?

Dit rapport komt zo'n jaar of twintig na de echte hausse in belangstelling voor seksueel misbruik. Leden uit onze commissie hebben elkaar tien tot twintig jaar geleden verketterd, dat is echt gebeurd. Nu kunnen we rustig praten over dit voorheen zo hete onderwerp. Hoe komt dat? Bij dergelijke vragen biedt de sociologie perspectief, en dat heb ik als verhelderend en rustgevend ervaren. Door de tijd heen kent elke samenleving namelijk een poel van klachten die moeilijk te verklaren zijn maar waar wel wat mee moet. Verklaringen voor de klachten krijgen in de loop van de tijd steeds andere namen. Steeds wanneer er een nieuwe diagnose gepresenteerd wordt, krijgen veel mensen dat nieuwe label opgeplakt. Dat is met het op seksueel misbruik volgende syndroom PTSD (*posttraumatic stress disorder*) ook gebeurd. Als je denkt dat de prevalentie groot is, meen je het ook bij veel cliënten/patiënten te herkennen. Dokters en therapeuten kunnen niet alle beschikbare kennis constant in hun hoofd hebben. Ze kiezen vaak een dominant verhaal om de klachten te verklaren. Het is logisch dat dit gebeurt waar zoveel uitleg mogelijk is, maar het is naïef als je dat zelf als *professional* niet door hebt.

Welke herinneringen zult u bewaren aan de commissievergaderingen?

Ik kijk met veel plezier terug op deze commissievergaderingen. Er was al snel een sfeer waarin ieder van ons voelde: ik leer ervan en ik mag zeggen wat ik vind. Geheide opposanten ontmoetten elkaar en raakten in gesprek. Soms besteedden we wel de helft van de vergadertijd aan de notulen, zodat ieder vrijelijk stoom kon afblazen en zich werkelijk gehoord voelde. Wat natuurlijk belangrijk was: dat alle commissieleden respect hadden voor de regels van de wetenschap en hoffelijk wisten te discussiëren. Natuurlijk was er bij tijden hevige discussie over welke onderzoeken meetelden als betrouwbare bron, en welke te licht bevonden moesten worden. Maar daarvoor zit je daar ook. Respect over en weer bleef de basis.

Samenstelling commissie:

- prof.dr WTAM Everaerd, emeritus-hoogleraar psychologie; Universiteit van Amsterdam; *voorzitter*
 - prof.dr CDA Brinkgreve, hoogleraar sociologie; Universiteit Utrecht
 - dr PJ Drayer, psycholoog; Vrije Universiteit en GZ Buitenamstel, Amsterdam
 - prof.dr R van Dyck, hoogleraar psychiatrie; Vrije Universiteit Amsterdam
 - prof.dr O van der Hart, hoogleraar psychologie; Universiteit Utrecht
 - mr dr RSB Kool, jurist; Willem Pompe-Instituut, Universiteit Utrecht
 - prof.dr HLGJ Merckelbach, hoogleraar psychologie; Universiteit Maastricht
 - prof.dr J Murre, psycholoog; Universiteit van Amsterdam en Universiteit Maastricht
 - dr MS Oitzl, neurobioloog; Center for Drug Research, Leiden/Amsterdam
 - prof.dr HGM Rooijmans, psychiater; Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag
 - prof.dr BJN Schreuder, hoogleraar psychotraumatologie; Katholieke Universiteit Nijmegen en AMC-de Meren te Amsterdam;
 - prof.dr P Spinhoven, hoogleraar psychologie; Universiteit Leiden
 - prof.dr WA Wagenaar, hoogleraar psychologie; Universiteit Leiden, Universiteit Utrecht
 - DCM Gersons-Wolfensberger, arts; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
-



Misdienaars tijdens de mis, St. Servaasbasiliek. Marie-Cécile Thijs, Rotterdam.

5

Vaccinatie tegen kinkhoest

Op 7 april 2004 verscheen het advies *Vaccinatie tegen kinkhoest (2004/04)*. De Gezondheidsraad stelde daarin dat het aanbeveling verdiende om een ander vaccin in te voeren. Op die manier zou een groter aantal gevallen van kinkhoest bij jonge kinderen vermeden worden dan met het huidige vaccin. Ook geeft dit alternatief minder bijwerkingen.

Ander vaccin kinkhoest geadviseerd

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

Het huidige kinkhoestvaccin wordt bereid uit complete, dode bacteriën. In 2000 adviseerde de Gezondheidsraad al om over te stappen op een acellulair vaccin, dat alleen de voor de afweer belangrijke eiwitten bevat. Van een acellulair vaccin zijn minder bijwerkingen te verwachten. In april 2004 voegde de raad daaraan de aanbeveling toe om, vooruitlopend op de eigen productie door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI), in het buitenland een acellulair vaccin in te kopen.

De Gezondheidsraad adviseerde ook om nader onderzoek te laten doen naar de immunologie van kinkhoest ten behoeve van de ontwikkeling van toekomstige vaccins.

stige kinkhoestvaccins. Daarnaast beval de raad onderzoek aan naar de besmettingsbronnen van zeer jonge zuigelingen en modelleringsonderzoek naar vaccinatiestrategieën voor oudere kinderen en volwassenen. In een volgend advies zal de raad ingaan op andere maatregelen om de circulatie van de kinkhoestbacterie te beperken, ter bescherming van kinderen vóór ze gevaccineerd zijn.

Minister neemt advies over

Op 28 april 2004 maakte de minister zijn besluit bekend over te gaan tot tijdelijke aankoop van een DaKTP-Hib-vaccin van een buitenlandse fabrikant. In verband met de tijd die nodig is om het vaccin aan te kopen via Europese aanbesteding, om zekerheid te verkrijgen over de leverbaarheid en om de overgang goed voor te bereiden, verwachtte hij het nieuwe vaccin begin 2005 in te kunnen voeren. Inmiddels is dat gebeurd.

In de tussentijd – zo benadrukte de minister – moest de vaccinatie met het cellulaire vaccin worden voortgezet. Ook dat is gebeurd. Het NVI gaat verder met het ontwikkelen van een eigen combinatievaccin. De minister zal de aanbevelingen die de Gezondheidsraad doet voor nader onderzoek betrekken bij de opdrachtverlening aan het RIVM.

Second opinion bijwerkingen

Naar aanleiding van kritiek op de in het advies gegeven schatting van het aantal bijwerkingen heeft de raadsvoorzitter het *Dutch Cochrane Centre* de opdracht gegeven tot het uitvoeren van een onafhankelijke, systematische analyse van de wetenschappelijke literatuur. De uitkomst daarvan wekt niet wezenlijk af van de conclusies van de Gezondheidsraad. Op dit moment kan het aantal vermijdbare bijwerkingen alleen geschat worden op grond van buitenlandse gegevens. In een begeleidende brief wijst de raadsvoorzitter op de onzekerheid die verbonden is aan schattingen op grond van buitenlandse gegevens. Hij benadrukte het belang van, inmiddels begonnen, actief en prospectief onderzoek in de Nederlandse situatie.

Samenstelling commissie:

- prof.dr EJ Ruitenber, hoogleraar immunologie, Universiteit Utrecht; hoogleraar internationale volksgezondheid, Vrije Universiteit, Amsterdam, *voorzitter*

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



Foto Piet Bolhuis, gemaakt in Pakistan. Dr Piet Bolhuis is secretaris bij de Gezondheidsraad.

6

Moeilijk bereikbare psychiatrische patiënten actiever benaderen

Jaarlijks hebben ongeveer 24 000 mensen met ernstige psychiatrische problemen geen contact met de hulpverlening. Achtduizend van hen verkeren geregeld in acute nood. Vaak mijden ze ook dan hulp. Hun 'nee' zomaar accepteren leidt echter tot verwaarlozing en soms tot overlast, bijvoorbeeld op straat. Ze moeten dan ook actiever benaderd worden. Succesvolle bemoeizorg begint als inmen- ging, maar kan patiënten helpen hun eigen belangen beter te behartigen. Een nieuwe wet is wellicht nodig om goed te regelen welke mate van sturing in welke situatie gerechtvaardigd is. Dit schrijft de Gezondheidsraad in het advies *Nood- gedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten* (nr 2004/ 10) dat op 10 mei 2004 is uitgebracht aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Pleidooi voor bemoeizorg

Voor grote groepen psychiatrische patiënten heeft de vermaatschappelijking van de zorg geleid tot betere leefomstandigheden, steeds vaker buiten psychiatrische ziekenhuizen. Een beperkte groep kan echter niet goed gebruik maken van het scala aan voorzieningen dat is ontstaan. Deze mensen staan buiten de maatschap- pij (geen werk, woning of contact met familie), en mijden hulp of weten het juiste 'loket' niet te vinden. De combinatie van psychiatrische stoornissen en ver- slaving compliceert de zorgbehoefte nog verder.

De geestelijke gezondheidszorg is op dit moment niet voldoende toegerust om deze moeilijk bereikbare patiënten zorg te bieden, al bestaan er wel initiatieven voor bemoeizorg. Publieke organisaties trekken zich daarnaast terug op hun kerntaken, waardoor bij nood en overlast soms niemand meer ingrijpt. En de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) staat pas ingrijpen toe als er 'gevaar' is. Dat ingrijpen is vaak een gedwongen opname – voor patiënten soms een traumatische ervaring. Bovendien gaat opname niet altijd samen met behandeling, omdat deze in de wet losgekoppeld zijn.

Respect voor zelfbeschikking, behalve bij gevaar, kan volgens de Gezondheidsraad niet de belangrijkste leidraad zijn in de problematiek van gemarginaliseerde psychiatrische patiënten. Hulpverleners moeten actiever kunnen ingrijpen naarmate iemand zelf minder goed in staat is zijn belangen te behartigen. Dat gaat van informatie geven, overleggen en onderhandelen naar overreden en uitoefenen van drang en dwang. Het aanbod van voorzieningen moet verder beter aansluiten bij waar deze patiënten behoefte aan hebben. In eerste instantie zoeken ze vaak onderdak en beschutting. Behandeling, ook ambulante, kan volgen als er een stabiele hulpverleningsrelatie is opgebouwd. Psychiatrie en verslavingszorg moeten meer samenwerken om patiënten met dubbele problematiek te kunnen helpen. Bemoeizorgteams zijn nodig om wat er aan zorg beschikbaar is ook toegankelijk te maken en te coördineren.

Het continuüm van interventies voor adequate hulp aan deze patiënten vraagt ook om wettelijke verankering. De wet Bopz is sinds 1994 al op veel punten aangepast. Gevaar voor de persoon zelf of zijn omgeving is echter nog steeds het uitgangspunt, al bestaat over de invulling van dat begrip steeds minder duidelijkheid. Op termijn zou een nieuwe wet kunnen regelen dat steeds sturender vormen van inmenging gerechtvaardigd zijn naarmate het recht op zorg meer in gevaar is.

Advies met instemming ontvangen

De adviezen die in *Noodgedwongen* werden geformuleerd zijn met instemming begroet. De commissie bepleit zoeken naar een nieuwe balans tussen het recht op zelfbeschikking en het recht op zorg bij psychiatrische patiënten die de hulpverlening om allerlei redenen mijden. Een heel scala aan interventies, van informeren en overtuigen via drang naar dwang, kan daaraan bijdragen.

Dat vindt ook het kabinet. In de tweede evaluatie van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen van 11 augustus 2004 bespreekt de regering een aantal bevindingen uit *Noodgedwongen*. De interventies die via de Wet Bopz worden geregeld zijn steeds gevarieerder, en komen in die zin tege-

moet aan de roep om ingrijpen op maat. Voor een complete herziening van de Wet Bopz kiest het kabinet in de tweede evaluatie van de Bopz nog niet, ondanks de vele uitbreidingen. Wel moet de wet inderdaad consistentener toegepast worden, vindt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dat kan door richtlijnen op te stellen, bijvoorbeeld voor wat precies onder ‘gevaar’ moet worden verstaan, en door meer voorlichting te geven. De minister onderschrijft ook de conclusie van de commissie dat de wet mogelijkheden biedt die nu niet altijd benut worden, bijvoorbeeld voor dwangopname.

Wethouders van de vier grote steden, Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, lieten zich door commissieleden informeren over het advies en namen het vervolgens ook over. In Eindhoven bleek al een goed voorbeeld van integrale bemoeizorg van start te zijn gegaan. Het tijdschrift *MGv* berichtte daarover. De commissievoorzitter kon in zijn reactie verheugd schrijven dat dat nu precies was wat de commissie voor ogen stond: samenwerking binnen één crisiscentrum tussen GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke hulp, en dat alles op initiatief van de gemeente. Internationaal bracht hij de bevindingen onder de aandacht tijdens de WHO European Ministerial Conference on Mental Health in Helsinki.

Ook in de beroepsgroepen werd het advies positief ontvangen. GGZ-Nederland nam het advies geheel over in zijn visiedocument. Ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ondersteunt het. In het voorjaar van 2005 volgt tijdens het congres van die vereniging nog een symposium gewijd aan het advies, met commissieleden als sprekers. Het laatste woord over dit onderwerp zal daar uiteraard niet gesproken worden. Maar dat integrale bemoeizorg nodig is om zorgmijdende psychiatrische patiënten toch hulp te kunnen bieden, ook in deze tijd van zelfbeschikking en autonomie, begint inmiddels op veel plaatsen en bij veel mensen duidelijk te worden.

Samenstelling commissie

- prof. dr BPR Gersons, hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, lid Raad van Bestuur, de Meren, Amsterdam; *voorzitter*
- W van Ewijk MBA, psychiater; voorzitter Raad van Bestuur, De Geestgronden, Bennebroek
- dr HWJ Henselmans, psycholoog; circuitmanager GGZ 's Hertogenbosch
- mr dr CJ van de Klippe, jurist; Gezondheidsraad, Den Haag
- mr dr J Legemaate, jurist; beleidscoördinator Gezondheidsrecht; Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap, Utrecht
- J Lucieer, psychiater; Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag; *adviseur*

- dr RC van der Mast, psychiater; Leids Universitair Medisch Centrum (tot 2002)
 - prof. dr M Muijen, psychiater; directeur Sainsbury Centre for Mental Health, Londen
 - prof. dr AH Schene, hoogleraar sociale psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - prof. dr GAM Widdershoven, hoogleraar ethiek van de gezondheidszorg; Universiteit Maastricht
 - mr MW Zandbergen, rechter; Arrondissementsrechtbank Alkmaar (tot 1999)
 - drs M Bos; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris* (tot 2001)
 - dr RLP Berghmans; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris* (vanaf 2001)
 - dr P Slot; Gezondheidsraad, Den Haag; *redacteur*
-



Bronzen beeld van Robbin Westerhof, Den Haag.

7

Bedreigingen van de volksgezondheid door zoönosen

Op verzoek van minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bracht de Gezondheidsraad in 2004 advies uit over bedreigingen van de volksgezondheid door zoönosen, micro-organismen die van dier op mens kunnen overgaan. Op de eerste dag van de beleidsconferentie *European Response to Public Health Risks from Emerging Zoonotic Diseases* (16-17 september 2004, Den Haag) overhandigde commissievoorzitter Ruitenberg het gevraagde advies, getiteld *Emerging zoonoses / Opduikende zoönosen*, aan de bewindsman. Tevens was er aandacht voor het *Report of the WHO/FAO/OIE joint consultation on emerging zoonotic diseases in collaboration with the Health Council of the Netherlands* en voor het RIVM-rapport *Zoonoses in Europe: a risk to public health* (een op verzoek van de Gezondheidsraad gemaakt achtergronddocument).

Snelle detectie en respons zijn cruciaal

De beleidsconferentie in Den Haag was gewijd aan zoönotische risico's waarmee Europa te maken heeft en aan de kwaliteit van systemen ter beheersing van zulke risico's. Op beide kwesties gaat het advies van de Gezondheidsraadcommissie in. De commissie zet uiteen dat door de grote complexiteit en variabiliteit van risicofactoren nauwelijks voorspelbaar is wat de volgende uitbraak van een zoönotische infectieziekte zal zijn en waar die precies zal plaatsvinden. De grootste risico's vormen daarbij virussen die in staat zijn zich verder te ontwikkelen en overdraagbaar te worden van mens op mens. Voorbeelden zijn de veroorzaker

van SARS en een eventueel nieuw griepvirus. Omdat het opduiken van zoönosen zich maar zeer beperkt laat voorkomen, zijn een snelle detectie en respons van groot belang. De commissie houdt zowel nationale als communautaire regelingen op dit gebied tegen het licht.

Medische en veterinaire sector zijn nu nog gescheiden

Hoewel er in ons land diverse wettelijke bepalingen, draaiboeken en protocollen bestaan, heeft de commissie vastgesteld dat deze in het algemeen een monodisciplinair stempel dragen, dat wil zeggen gericht zijn op ofwel de medische ofwel de veterinaire sector. Er is dringend behoefte aan verschillende dwarsverbanden, aldus de commissie. Nodig zijn onder meer een periodieke uitwisseling van informatie tussen beide sectoren, een snelle intersectorale doorgeleiding van berichten en signalen, en een instantie die verantwoordelijk is voor de centrale aansturing bij uitbraken met een grote of acute volksgezondheidsdreiging.

Het zojuist geschetste 'bestuurlijke tekort' in Nederland kent een pendant op Europees niveau. Daar hebben twee organisaties een taak bij het opsporen en beheersen van zoönosen. Voor het veterinaire domein is dat de EFSA (European Food and Safety Authority), terwijl het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) vanaf 2005 gegevens over infectieziekten bij mensen bijeen moet brengen en analyseren. Naar het oordeel van de commissie is de noodzakelijke samenwerking tussen beide Europese organisaties op dit moment niet goed geregeld. Dat probleem moet volgens haar met voorrang worden verholpen. Een andere moeilijkheid is dat het ECDC bij grensoverschrijdende uitbraken geen mandaat heeft om nationale bevoegdheden terzijde te schuiven en te zorgen voor een gecoördineerde respons op communautair niveau. De commissie voelt voor een regeling waarbij lidstaten kunnen besluiten onder dergelijke omstandigheden een deel van hun bevoegdheden af te staan.

De commissie wijst er verder op dat niet alle heil te verwachten is van betere coördinatie- en harmonisatiemechanismen. Ook de (kennis)infrastructuur voor de infectieziektebestrijding moet solide zijn: zonder voldoende deskundigen en laboratoriumcapaciteit loopt de feitelijke bestrijding al gauw tegen grenzen op. Bovendien vormen diverse opduikende zoönosen een mondiaal probleem. Dat vraagt om samenwerking van de Europese Unie met andere supranationale organisaties, zoals de WHO.

Reacties

Tijdens de Europese beleidsconferentie werden alle conclusies en aanbevelingen uit het advies onderschreven. Ook Eurocommissaris Byrne, die op 17 september 2004 in aanwezigheid van minister Hoogervorst en LNV-minister Veerman het woord voerde, brak nog eens een lans voor een *integrated zoonoses strategy*. Verder zijn in december 2004 de conclusies en aanbevelingen van de conferentie tijdens een bijeenkomst van het zogeheten High Level Committee on Health besproken. Een reactie van de bewindslieden van VWS en LNV is op dit moment (begin maart 2005) nog in voorbereiding.



Shawl uit vilt en zijde, gemaakt door Els Bekker uit Heerwaarden.

8

Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding

Moeten zwangere en zogende vrouwen helemaal geen alcohol drinken of kan een enkel glas geen kwaad? De adviezen verschillen nogal eens. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat de enige veilige optie is: niet drinken. Ook voorafgaand aan de conceptie is niet drinken, ditmaal door beide partners, de enige keuze die schadelijke effecten uitsluit. Na de conceptie kan alcoholgebruik door de man de vrucht uiteraard niet meer schaden. Voor zwangere en zogende vrouwen ligt dat anders. Alcohol in het bloed bereikt via de placenta het ongeboren kind. Via borstvoeding kan de baby ook alcohol binnenkrijgen. In beide gevallen kunnen al bij matig gebruik negatieve effecten optreden. Vrouwen doen er dan ook goed aan af te zien van alcohol tot ze stoppen met borstvoeding. Dit was de strekking van *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding* (2004/22), het laatste advies van 2004 dat in januari 2005 uitkwam.

De risico's

Er zijn aanwijzingen dat een vrouw die één standaard horecaglas alcoholhoudende drank per dag drinkt al verminderd vruchtbaar kan zijn. Ook verhoogt alcoholgebruik kort vóór de conceptie mogelijk het risico van een miskraam. Alcoholgebruik door de man, direct voorafgaand aan de conceptie, speelt mogelijk ook een rol. Hoe meer er door beide partners gedronken wordt, hoe sterker de effecten lijken te zijn. Niet drinken door beiden vanaf het moment dat de vrouw zwanger probeert te raken sluit deze risico's uit.

Is de zwangerschap eenmaal vastgesteld, dan heeft het alcoholgebruik van de man uiteraard geen invloed meer op de vrucht. Voor vrouwen ligt dat anders. Onderzoek wijst erop dat mogelijk al bij één standaard horecaglas per dag het risico van miskramen en vroeggeboorte toeneemt. Ook kan deze hoeveelheid de latere psychomotorische ontwikkeling van het kind mogelijk ongunstig beïnvloeden.

Het risico van deze en andere effecten neemt toe naarmate een zwangere vrouw meer alcohol drinkt. Dit principe geldt als ze gemiddeld meer alcohol binnen krijgt, maar ook als ze af en toe bij één gelegenheid veel drinkt. Bij twee tot zes glazen per dag loopt een kind later mogelijk meer kans op problemen met alcoholgebruik. Zes glazen per dag tijdens de zwangerschap kan leiden tot ernstige aangeboren afwijkingen, zoals het Foetaal Alcohol Syndroom. FAS-kinderen vertonen groeiafwijkingen, hersenletsel en afwijkende gelaatstrekken.

Wat zegt wetenschappelijk onderzoek over het effect van alcohol op kinderen die borstvoeding krijgen? Ze blijken aanzienlijk minder te drinken in de drie uur nadat hun moeder een of twee standaard horecaglazen alcoholhoudende drank heeft gedronken. Ook kan een verstoord slaap-waakpatroon optreden.

Het advies: geen alcohol

Al deze onderzoeksresultaten wijzen erop dat een veilige ondergrens niet te geven is. Effecten bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding kunnen al optreden door kleine hoeveelheden alcohol. Niet drinken is de enige veilige optie. Die boodschap moet in alle vormen van voorlichting dan ook de kern zijn, vindt de Gezondheidsraad. Daarbij kan toegelicht worden dat iedere vermindering van alcoholgebruik de risico's vermindert. Dat geldt voor het gemiddelde gebruik, maar zeker ook voor incidentele uitschieters. Indien tijdens de periode dat borstvoeding wordt gegeven toch een glas alcoholhoudende drank wordt gedronken, moet drie uur gewacht worden met voeden of kolven voor latere voedingen. Elk glas meer vermeerdert die tijd met drie uur. Eenduidigheid in de voorlichting is van groot belang. De voorlichting moet eenvoudig zijn en geen angst oproepen, maar aangeven hoe het gedrag kan worden aangepast.

Reacties op het advies

Het advies heeft aandacht gekregen op televisie, op de radio, in landelijke en regionale dagbladen en in enkele tijdschriften. Meestal bestond de boodschap uit een min of meer correcte weergave van de conclusies van het advies. Daarbij lag uiteraard sterk de nadruk op de onderdelen met nieuwsaarde en vooral op het

gegeven dat de Gezondheidsraad ook vrouwen die zwanger willen worden én hun partners adviseert geen alcoholhoudende drank te gebruiken. Bovendien was er media-aandacht voor het feit dat het advies voor zwangere vrouwen strikter is geformuleerd dan voorheen het geval was. Er waren ook enkele kritische geluiden, met name wat betreft de bevinding dat het drinken van één glas alcoholhoudende drank al nadelig kan zijn en het advies dat in het geheel niet drinken de enige veilige optie is. De door de commissie gevonden aanwijzingen voor het optreden van effecten bij kleine hoeveelheden en het niet kunnen aangeven van een veilige ondergrens rechtvaardigen echter een op voorzorg gerichte voorlichting.

Voor het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) vormde de publicatie de aftrap voor het starten van een voorlichtingscampagne over het onderwerp. Die campagne richt zich zowel op professionals als op de doelgroep.

Inmiddels heeft de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) aangegeven het advies te onderschrijven. Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) neemt de conclusies over, maar tekent daarbij aan dat naar haar oordeel van incidenteel gebruik van een beperkte hoeveelheid alcohol (dus bij uitzondering een enkel glas alcoholhoudende drank) tijdens de zwangerschap geen nadelige effecten aangetoond of bewezen zijn. De raadscommissie meldde zoals gezegd echter dat een veilige ondergrens niet te geven is. De NVOG zal haar Commissie Richtlijnen vragen zich te buigen over het opstellen van een richtlijn over het uitvragen van alcoholgebruik rond zwangerschap(swens) en voor eenduidige voorlichting over dit onderwerp.

Een reactie van de minister van VWS op het advies wordt uiterlijk eind april 2005 verwacht.

Het advies is opgesteld door een commissie bestaande uit:

- prof. dr JH Kok, hoogleraar neonatologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; *voorzitter*
- dr AH Blankenstein, huisarts; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr B Boon, gezondheidswetenschapper; *tot en met juli 2004*: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Woerden; *vanaf augustus 2004*: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO), Rotterdam
- dr S Buitendijk, reproductie-epidemioloog; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

- SB van Ginneken, teamleider alcohol; directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*
 - prof. dr JP Holm, hoogleraar gynecologie en verloskunde; Academisch Ziekenhuis Groningen
 - AM van Huis, verloskundige; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
 - prof. dr D Lindhout, kinderarts en hoogleraar Medische Genetica; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
 - prof. dr GJ Mulder, hoogleraar toxicologie; Universiteit Leiden
 - dr AH Piersma, reproductietoxicoloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
 - prof. dr EG Schouten, hoogleraar epidemiologie en preventie; Wageningen Universiteit
 - dr ir CJK Spaaij; Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
-



Keramik van Ard de Graaf uit Tiel.

9

Gezondheidsrisico's van het inademen van meelstof op het werk

Mensen die in een bakkerij werken of in de meelverwerkende industrie ademen daar meelstof in. Naar schatting ruim een kwart van hen raakt overgevoelig voor meelstofallergenen en een fors aantal van deze mensen krijgt op den duur gezondheidsklachten. De Gezondheidsraad heeft het risico op overgevoeligheid in kaart gebracht. Op 10 augustus 2004 verscheen hierover het advies *Wheat and other cereal flour dusts* (2004/02OSH) dat de raad opstelde op verzoek van de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De allergie blijft, ook als de blootstelling stopt

Het inademen van meelstof op het werk gaat bij veel mensen gepaard met gezondheidseffecten. Bij sommigen blijft het bij een voorbijgaande irritatie van de luchtwegen of de ogen. Anderen worden eerst overgevoelig en later vaak ook allergisch voor deze stof. Op dit moment wordt ruim een kwart van de mensen die in bakkerijen en aanverwante industrieën werken overgevoelig voor de allergenen in meelstof. Meelstofallergie uit zich in klachten die variëren van neus- en oogirritatie tot soms levensbedreigende astma. Wie eenmaal allergisch is voor meelstof blijft dat, ook wanneer de blootstelling stopt.

Rond de gezondheidseffecten van blootstelling aan meelstof zijn nog veel vragen. Men weet dat piekblootstellingen een rol spelen bij het optreden van luchtwegklachten. De gegevens hierover zijn echter te onbetrouwbaar om bij het afleiden van een grenswaarde te betrekken. Verder is bekend dat mensen vooral

in de eerste jaren van het werken in een meelstof-omgeving risico lopen. Proef-dieronderzoek naar de effecten van meelstof is er nauwelijks.

De Gezondheidsraad kan geen concentratie meelstof in de lucht aangeven waaronder géén overgevoeligheid optreedt. Wel is het mogelijk een indicatie te geven van de kans dat iemand overgevoelig raakt. In het advies wordt becijferd dat bij een gemiddelde concentratie van inhaleerbaar stof in de lucht op de werk-plek van 0,12 mg/m³ die kans één op de honderd werkers is. Bij een tien maal zo lage concentratie is dat één op de duizend en bij een tien maal zo hoge concentra-tie één op de tien. Daarnaast is er nog een kans van twee tot vier procent dat een persoon door natuurlijke oorzaken overgevoelig kan worden voor meelstof.

De risicoschattingen van de Gezondheidsraad kunnen een wetenschappelijke basis vormen voor een beschermingsbeleid. De uitgangspunten daarvoor worden vastgesteld door de staatssecretaris van SZW, nadat hij ook de sociale partners via de Sociaal-Economische Raad heeft gehoord.

Reacties

Tijdens de gebruikelijke openbare commentaarperiode heeft de Gezondheidsraad vele reacties ontvangen uit werkgeverskring. Men vreesde onder meer dat dit advies het arboconvenant met SZW om de blootstelling van medewerkers aan meelstof te verminderen, zou kunnen doorkruisen. Ook onbekendheid met de door de Commissie WGD gehanteerde methode voor risicoberekening leverde reacties op. Het is namelijk de eerste keer dat op deze manier een verband wordt gelegd tussen blootstelling aan een allergene stof en het overgevoelig worden voor die stof. De Sociaal-Economische Raad heeft de staatssecretaris van SZW verzocht het advies aan te houden, totdat een algemeen advies is verschenen over het normeren van allergene stoffen bij beroepsmatige blootstelling. De staatsse-cretaris heeft hierop inmiddels positief gereageerd. De Gezondheidsraad ont-vangt naar verwachting begin 2005 het verzoek te adviseren over dit onderwerp.

Samenstelling commissie:

- prof. dr G Mulder, toxicoloog; Universiteit Leiden, Leiden; *voorzitter*
- dr R Beems, toxicologisch patholoog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
- dr L Bloemen, epidemioloog; Dow Benelux BV, Terneuzen
- dr P Boogaard, toxicoloog; Shell International BV, Den Haag
- dr P Borm, toxicoloog; Heinrich Heine Universität Düsseldorf (Duitsland)
- mr J Brokamp; Sociaal-Economische Raad, Den Haag; *adviseur*

- drs A Mulder; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; *adviseur*
 - dr P Pal, bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
 - prof. dr I Rietjens, toxicoloog; Wageningen Universiteit, Wageningen
 - dr H Roelfzema; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag; *adviseur*
 - prof. dr ir T Smid, arbeidshygiënist; KLM Arbo Services BV, Schiphol en Vrije Universiteit, Amsterdam
 - dr G Swaen, epidemioloog; Universiteit Maastricht, Maastricht
 - dr R Woutersen, toxicologisch patholoog; TNO Voeding, Zeist
 - P Wulp, bedrijfsarts; Arbeidsinspectie, Groningen
 - dr A van der Burght, Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
 - dr J Rijnkels, Gezondheidsraad, Den Haag; *secretaris*
-



Wandobject van Eef de Graaf uit Tiel.

10

Enkele getallen

-
- Leden van de Gezondheidsraad per 1 januari 2004: 179 leden, onder wie 32 vrouwen (inclusief voorzitter en 2 vice-voorzitters)
 - Leden van de Gezondheidsraad per 31 december 2004: 195 leden, onder wie 35 vrouwen (inclusief voorzitter en 2 vice-voorzitters)
 - Ereleden: 5
 - Beraadsgroepen: 8
 - Leden beraadsgroepen: 126
 - Commissies 35
 - Commissieleden: 430 (inclusief adviseurs en secretarissen)
 - Commissievergaderingen: 134
 - Workshops: 1
 - Hoorzittingen: -
 - Lezingen: 1

Secretariaat:

- Leden management: 4
 - Wetenschappelijke stafleden per 1 januari 2004: 35
 - Wetenschappelijke stafleden per 31 december 2004: 36
 - Logistieke stafleden per 1 januari 2004: 34.
 - Logistieke stafleden per 31 december 2004: 29
 - In 2004 door de Gezondheidsraad uitgebrachte adviezen: 91 (waaronder 50 adviezen herevaluatie oude MAC-waarden)
-

- Aantal adviezen naar rubriek:
Gezondheidszorg: 20
Voeding: 5
Milieu: 5
Arbeidsomstandigheden: 60
WBO: 1
Overige rapporten en achtergrondstudies: 6



Gezondheidsraadmedewerkers leveren tijdens een schilderworkshop een bijdrage aan het nieuwe 'kunstwerk' voor de vergaderzaal van de raad. Zie ook pagina 45.

11

Lopende activiteiten in 2004

Gezondheid en zorg: Algemene vraagstukken

- Wet bevolkingsonderzoek
- Jaarbericht bevolkingsonderzoek
- Screening op diabetes
- Neonatale screening
- Pre-implantatie genetische diagnostiek en screening
- Screening op cystische fibrose
- Screening op hemoglobinopathieën
- Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange termijn
- Stamcellen
- Bewaartermijn voor medische gegevens
- Effectiviteit van massamediale voorlichtingscampagnes
- Omstreden herinneringen
- Priority Medicines
- Ouderenbeleid
- Conferentie van nationale ethiekcommissies
- Doping en breedtesport
- Chronische vermoeidheidssyndroom (CVS)
- Wet orgaandonatie – protocol hersendood
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis
- Noodgedwongen: zorg voor niet-opgenomen patiënten met acute psychische aandoeningen

- Gedragsproblemen en verstandelijke handicap
- Bewerkte lichaamsmaterialen
- Postmortaal onderzoek (obductie, sectie)
- Over het begrip behandelbaarheid

Gezondheid en zorg:

Doeltreffendheid en doelmatigheid van diagnostiek en therapie

- Rationele medische en paramedische zorg
- Oefentherapie
- Nacontrole bij kanker
- Horizon scanning
- Medisch-specialistische hulpmiddelen
- Biventriculaire pacing bij hartfalen en andere bijzondere interventies aan het hart
- Hypertensie en andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten
- Werkgroep Bloed
- De veiligheid van bloed
- Zwangerschapsimmunisatie
- Medische fouten
- Effectiviteit en doelmatigheid van eerstelijnszorg

Gezondheid en zorg: Preventie van en behandeling bij infectieziekten

- Bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma
- Commissie herziening en uitbreiding RVP
- Richtlijnen voor preventie van ziekenhuisinfecties
- Screening op infectie met *Chlamydia trachomatis*
- MRSA
- BCG-vaccinatie
- Protocollen Infectieziekten
- Uitbraken van onbekende etiologie, zoönosen en de inzet van antivirale middelen bij een (influenza)pandemie

Gezondheid en voeding

- Veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen
- Voedingsnormen voor energie en voedingsstoffen
- Richtlijnen goede voeding
- Inrichting landelijke voedselconsumptiepeilingen na 1998
- Voedselallergie

- Invloed van alcoholconsumptie tijdens zwangerschap en lactatie op het (ongeboren) kind
- Voeding bij ingrijpende medische behandelingen

Gezondheid en omgeving: Verbanden en beoordelingsmethoden

- Omgevingsfactoren en astma
- Commentaar op concept-rapporten van de National Council on Radiation Protection and Measurements
- Elektromagnetische velden en straling
- Environmental Health Criteria-document Statische en extreem laagfrequente EM-velden
- Voorzorg en volksgezondheid
- Slaap, gezondheid en geluid
- Natuur en gezondheid: invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden
- Aantasting stiltegebieden
- Gezondheid en milieu: beoordelingskader beoordeeld
- Maten voor 'environmental health'
- Samenloop van omgevingsfactoren
- Blootstelling aan ioniserende straling
- Invloed van *global change* op de gezondheid
- Werkconferentie ecologie en gezondheid
- Stank als maatschappelijk probleem
- Risico's en voordelen van nanotechnologie voor de volksgezondheid

Gezondheid en omgeving:

Humaantoxicologische en ecotoxicologische risicobeoordeling stoffen

- Uitgangspunten voor gezondheidkundige advieswaarden
- Extrapolatie van onderzoeksgegevens naar advieswaarde
- Harmonisatie van beoordelingsmethoden
- Interventiewaarden voor stoffen
- Dieselrook
- Formaldehyde

Gezondheid en omgeving: Arbeidsomstandigheden

- Gezondheidkundige advieswaarden voor afzonderlijke stoffen
- Classificatie van en onderbouwing van grenswaarden voor kankerverwekkende stoffen

- Classificatie van stoffen als reproductietoxisch
- Gezondheidskundige onderbouwing MAC-waarden
- Protocollen 'asbestslachtoffers': longkanker
- Aan arbeid gerelateerde infertiliteit
- Normstelling voor sensibiliserende stoffen
- Certificatie stralingsdeskundigen



Het tweeluik *Paint it Blue, part I and II* siert sinds december 2004 de vergaderzaal van de Gezondheidsraad. Achttien medewerkers schilderden hun associatie bij het werken voor de raad. Beeldend kunstenaar Mieke de Waal, tevens redacteur bij de Gezondheidsraad, voegde de delen samen en legde de laatste hand aan dit *Gesamtkunstwerk*.

12

Publicaties 2004

Publicatienr.	Titel publicatie	datum uitgebracht
2004/01	Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2003 /Electromagnetic Fields: Annual Update 2003	15-01-2004
2004/02	Omstreden herinneringen	27-01-2004
2004/03	Gezondheid en milieu: beoordelingskader beoordeeld	29-01-2004
2004/04	Vaccinatie tegen kinkhoest	07-04-2004
2004/05	Antivirale middelen bij een griep pandemie	24-02-2004
2004/06	Prenatale screening (2): Downsyndroom, neuralebuisdefecten	29-04-2004
2004/07	Screenen op chlamydia	18-03-2004
2004/08	Bewaartermijn patiëntengegevens	01-04-2004
2004/09	Natuur en gezondheid: Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden	09-06-2004
2004/10	Noodgedwongen: Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten	10-05-2004
2004/11	Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen	07-06-2004
2004/11E	Pesticides in food: assessing the risk to children	07-06-2004
2004/12	Signalering ethiek en gezondheid	29-06-2004
2004/12/1	'Vruchtbaarheidsverzekering': medische en niet-medische redenen	29-06-2004
2004/12/2	Terminale sedatie	29-06-2004
2004/12/3	Bestrijdingsmiddelen, cosmetica, verf: de bescherming van proefpersonen in blootstellingonderzoek	29-06-2004
2004/12/4	Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een ethisch ideaal	29-06-2004
2004/13	TNO-onderzoek naar effecten van GSM- en UMTS-signalen op welbevinden en cognitie	28-06-2004
2004/13E	TNO study on the effects of GSM and UMTS signals on well-being and cognition	28-06-2004
2004/14	Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid	22-07-2004
2004/14E	The Influence of Night-time Noise on Sleep and Health	22-07-2004

2004/15	Risico van bodemverontreiniging voor de mens: bodemonderzoek, modellen en normen	25-08-2004
2004/16	Screening op type 2 diabetes	13-09-2004
2004/17	Briefadvies Opsporing en behandeling van mensen met hepatitis C	22-09-2004
2004/18	Emerging zoonoses/Opduikende zoönosen	16-09-2004
2004/19	Kunstmatige ondersteuning bij leverfalen	02-11-2004
2004/20E	European primary care	16-12-2004
2004/22	Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding	27-01-2005
2004/01VNV	Isomaltulose/Isomaltulose	15-06-2004
2004/02VNV	Lycopen/Lycopene	24-06-2004
2004/03VNV	Nonisap (2) = Noni juice (2)	30-08-2004
2004/04VNV	Nonisap (3) = Noni juice (3)	30-08-2004
2004/05VNV	Chiazaad = Chia seed	20-09-2004
2004/01OSH	Nitrogen dioxide; Health-based recommended occupational exposure limit	05-02-2004
2000/15OSH/ 093 t/m 2000/ 15OSH/ 112	Herevaluatie van oude mac-waarden: Ammonium chloride (fume); Benomyl; Benzenethiol; Calcium hydroxide; 2-Chloroacetophenone; (2-Chlorobenzylidene)malononitrile; 2-Chlorotoluene; Cyclohexene; 2,6 Di-tert-butyl-p-cresol; Iron salts, water-soluble; Methyl acetate; 4-Methylpent-3-en-2-one; Nicotine; Oxalic acid; Pentan-3-one; Perhydro-1,2,3-trinitro-1,3,5-triazine; Pindone; Potassium hydroxide; Strychnine; Warfarin	30-03-2004
2000/15OSH/ 113 t/m 2000/15OSH/ 132	Herevaluatie van oude mac-waarden: Acetic acid; Carbon Tetrabromide; 1-Chloro-1-nitropropane; Cyanogen chloride; Dibutyl hydrogen phosphate; 1,1-Dichloro-1-nitroethane; Disulphur dichloride; Ethanethiol; Ethyldimethylamine; Isopropylamine; Magnesium oxide (fume); Nitroethane; Nitrogen trifluoride; Oxygen difluoride; Propyl nitrate; Propyne; Propyne-allene mixture (MAPP gas); Tantalum; Tetraethyl orthosilicate; Tetramethyl orthosilicate	08-06-2004
2004/02OSH	Wheat and other cereal flour dusts	10-08-2004
2004/03OSH	Tetrachloroethylene (PER) - 2; Health-based recommended occupational exposure limit for short-term exposure	02-09-2004
2004/04OSH	Bleomycin; Health-based calculated occupational cancer risk values	02-09-2004
2004/05OSH	Mitomycin C; Health-based calculated occupational cancer risk values	02-09-2004
2004/06OSH	Nitrogen Mustard (hydrochloride); Health-based calculated occupational cancer risk values	02-09-2004
2004/07OSH	Isopropyl methanesulphonate; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification	30-09-2004
2004/08OSH	Ethyl methanesulphonate; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification	30-09-2004
2004/09OSH	Cyclohexanol; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification	30-09-2004
2004/10OSH	Methylchloride; Evaluation of the effects on reproduction, recommendation for classification	30-09-2004
2000/15OSH/ 133 t/m 2000/ 15OSH/ 142	Herevaluatie van oude mac-waarden: Cyanamide and calcium cyanamide; Liquefied petroleum gas (LPG), Propane, Butane; 3-Nitrotoluene; Pentan-2-one; Prop-2-yn-1-ol; Pyrethrum (pyrethrins); Resorcinol; Sucrose; Sulphuryl difluoride, Zinc distearate	
A04/01	Health Council of the Netherlands reports 2003 : executive summaries	06-02-2004
A04/02	Jaarverslag Gezondheidsraad 2003	31-03-2004
A04/03	Werkprogramma 2005 Gezondheidsraad	21-09-2004
A04/03E	Health Council of the Netherlands: Work Programme 2005	21-09-2004