
Jaarverslag 2005
Gezondheidsraad / RGO



Jaarverslag 2005

Gezondheidsraad / RGO

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 2005 bij de Gezondheidsraad te zien waren. Achtereenvolgens exposeerden: Nellie de Mulder, Jos van der Meer, Carla van Uum, Sies Dogger, Bert van Santen en Maud Quaedvlieg.

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

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Jaarverslag 2005 Gezondheidsraad / RGO. Den Haag:
Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr A06/02R. Publicatie RGO: 52.

auteursrecht voorbehouden

ISBN-10: 90-5549-591-3

ISBN-13: 978-90-5549-591-7

Inhoud

Van de voorzitter 7

Deel I Jaarverslag 2005 Gezondheidsraad 15

1 Daan Kromhout nieuwe vice-voorzitter 17

2 Het secretariaat van de Gezondheidsraad in 2005 21

3 Wat te doen bij een griep pandemie 25

4 Vergrijzen met ambitie 29

5 Rust geen remedie voor chronische vermoeidheid 33

6 Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid 37

7 Adviezenreeks over blootstelling aan stoffen op de werkplek afgesloten 43

8 Elektromagnetische velden en gezondheid 47

9 Ethische bouwstenen voor beleidsagenda 51

10	GR Digitaal	57
11	Enkele getallen	59
12	Publicaties 2005	61
<hr/>		
Deel II	Jaarverslag 2005 RGO	65
<hr/>		
1	Inleiding	67
<hr/>		
2	Onderzoek patiëntveiligheid	69
<hr/>		
3	Onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking	71
<hr/>		
4	Universitaire responsiviteit	75
<hr/>		
5	Kennisinfrastructuur farmaceutische zorg	77
<hr/>		
6	Commissie Overleg Sectorraden	79
<hr/>		
7	Samenstelling van de Raad voor Gezondheidsonderzoek	81

Van de voorzitter

Het voor u liggende jaarverslag 2005 van de Gezondheidsraad en de Raad voor het Gezondheidsonderzoek spreekt voor zich. Graag voeg ik daaraan van mijn kant enkele opmerkingen van meer algemene aard toe.

Stand van wetenschap en onderzoeksprioriteiten

Het in kaart brengen van de stand van wetenschap ten behoeve van het volksgezondheidsbeleid – de taak van de Gezondheidsraad – en het adviseren over programmering en prioritering van maatschappelijk relevant gezondheidsonderzoek – de missie van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (RGO) – liggen in elkaars verlengde. Immers, de eerstgenoemde activiteit leidt vanzelfsprekend tot het identificeren van belangrijke kennisvelden die ingevuld moeten worden om de wetenschappelijke onderbouwing van het beleid te versterken. Dit continuüm is de grondslag voor de integratie van de RGO binnen de Gezondheidsraad.

Daaraan is in het verslagjaar hard gewerkt, met als resultaat in 2006 één staforganisatie onder leiding van de algemeen secretaris, en de omvorming van de RGO tot de permanente Raadscommissie Gezondheidsonderzoek (afgekort als RGO) onder leiding van de RGO-voorzitter. Hierop vooruitlopend is voor 2006 al een geïntegreerd werkprogramma uitgebracht, en thans ligt een gecombineerd jaarverslag voor u. In de toekomst zal sprake zijn van één wetenschappelijke adviesraad, de Gezondheidsraad, waarbinnen de RGO-taak geïntegreerd is.

Verandering en continuïteit

In 2005 werd prof. dr Daan Kromhout verwelkomd als vice-voorzitter van de Gezondheidsraad. Hij houdt zich in het bijzonder bezig met vraagstukken op het gebied van voeding en gezondheid en van *public health* in bredere zin. Van de Gezondheidsraadleden werden er in het afgelopen jaar 57 herbenoemd. Er werden 16 nieuwe leden benoemd. Op 31 december 2005 bedroeg het aantal leden van de raad 183. Ook zijn er mutaties te melden in de Presidiumcommissie, het college van vice-voorzitters van de beraadsgroepen dat de voorzitter adviseert over algemene raadszaken. Prof. dr Jos van der Meer (Beraadsgroep Infectie en Immunitet) en prof. dr Wim Saris (Voeding) traden, na vele jaren van intensieve bijdragen, terug vanwege het aanvaarden van omvangrijke verantwoordelijkheden elders. Zij vonden waardige opvolgers in respectievelijk prof. dr Henri Verbrugh en prof. dr Frans Kok.

Dr Menno van Leeuwen (algemeen secretaris Gezondheidsraad) en prof. dr Wim Passchier (plaatsvervangend, later waarnemend algemeen secretaris Gezondheidsraad) zijn in 2005 vertrokken bij het secretariaat van de raad. De eerste vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. De tweede maakte gebruik van de FPU-regeling. Beiden werden op een bij hun grote verdiensten passende wijze uitgeluid met inhoudelijke en feestelijke omlijsting. In het najaar mochten wij ons verheugen in het aantreden van ir Anneke Wijbenga, die als onze nieuwe algemeen secretaris de leiding van het secretariaat op zich nam.

Bekend werd verder de benoeming van prof. dr Paul van der Maas als nieuwe voorzitter van de RGO. Hij zal in het voorjaar van 2006 zijn functie aanvangen als opvolger van prof. dr Harry Rooijmans, die zijn welverdiende emeritaat tegemoet trad. Samen met de eveneens scheidende algemeen secretaris van de RGO, drs Hans Benneker, was hij het middelpunt van een boeiend symposium over sturing van het wetenschappelijk onderzoek. Prof. dr Chris van Weel nam inmiddels, als waarnemend RGO-voorzitter, op voortreffelijke wijze de honneurs waar.

Al met al aanzienlijke veranderingen, met tegelijkertijd garanties voor stevige continuïteit.

De advisering

In 2005 bracht de Gezondheidsraad vele adviezen uit inzake de volksgezondheid in de breedste zin des woords, met als belangrijkste determinanten preventie, geneeskunde en zorg, voeding, milieu, en arbeid. Over een aantal opmerkelijke

adviezen leest u meer in dit jaarverslag. Compleet zijn zij, samen met alle andere, terug te vinden op de website van de raad: www.gr.nl.

De publicaties kregen de nodige aandacht van de politiek, de media en het publiek. Dat begon kort na de jaarwisseling met de adviezen over alcohol en zwangerschap en over het chronische-vermoeidheidssyndroom, en liep door tot het einde van het jaar met het advies over neonatale screening. De meeste adviezen leidden tot bijgesteld of nieuw beleid, al dan niet na stevige discussie in politieke kring.

Met het advies *Vergrijzen met ambitie* over preventie en zorg voor ouderen, werd voor het eerst in de raads geschiedenis rechtstreeks advies uitgebracht aan de Tweede Kamer. Advisering aan de Tweede Kamer vloeit voort uit de in 1997 herziene Gezondheidswet. Dat dit niet bij één keer zou blijven werd duidelijk toen later in het jaar op verzoek van de Kamer een update werd gegeven van de stand van kennis over eventuele bijwerkingen van antivirale middelen.

Een bijzondere ontwikkeling was ook het omvangrijke adviestraject inzake de medische aspecten van sociale zekerheid dat op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport in gang werd gezet. Centraal staat de bevordering van een *evidence-based* multidisciplinaire aanpak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, waarbij behandeling, begeleiding, beoordeling, en reïntegratie veel meer dan voorheen op elkaar worden afgestemd. Hierbij kan worden voortgeborduurd op eerdere RGO-adviezen. Het streven van de Gezondheidsraad is erop gericht dat de betrokken beroepsgroepen de door de raad gegeven aanzet zullen overnemen en uitbouwen.

Aparte vermelding verdient de afronding van het *opus magnum* van de internationale raadscommissie MAC-waarden, die in acht jaar maar liefst 161 stoffen beoordeelde. Behalve een aanzienlijke bijdrage aan de veiligheid op de werkplek – ook ver buiten Nederland – is dit werk een onderstreping van de belangrijke meerwaarde van internationale samenwerking op het gebied van onafhankelijke wetenschappelijke advisering. In het door SZW beoogde nieuwe stelsel voor grenswaarden zal onafhankelijke advisering overigens een centraal element blijven.

Aansluitend op een geslaagde, in samenwerking met VWS georganiseerde werkconferentie over ‘publieke gezondheid’, is gestart met de voorbereiding van een beraadsgroep Public Health. Deze zal zich, in goede afstemming met de andere beraadsgroepen, richten op de stand van wetenschap inzake de maatschappelijke determinanten van de volksgezondheid. De nieuwe beraadsgroep gaat in de loop van 2006 van start.

Internationale samenwerking

Behalve de internationale commissie MAC-waarden heeft de Gezondheidsraad nog veel meer grensoverschrijdende samenwerkingsrelaties. Ik beperk me hier tot enkele aansprekende voorbeelden.

Er zijn in 2005 belangrijke vorderingen gemaakt met de vorming van een Europees Science Advice Network on Health (inmiddels EUSANH genoemd). In dat kader werd, met steun van VWS, eind september een werkconferentie gehouden met deelname vanuit onder meer de Europese Commissie, de Europese Akademies van Wetenschappen, het Europese CDC, de EFSA, WHO Europe, en de president van het Amerikaanse Institute of Medicine, prof. Harvey Fineberg. De laatste hield op diezelfde dag ook de Gezondheidsraadlezing *The Science of Science Advice*. In het najaar van 2006 zal een eerste bijeenkomst van EUSANH plaatsvinden. Tegelijkertijd wordt ook al een concreet Europees adviesonderwerp aangepakt, namelijk 'diabesitas'. Voor deze activiteiten heeft het ministerie van VWS inmiddels extra steun toegezegd.

De RGO organiseerde een zeer productieve bijeenkomst over het zevende EU-kaderprogramma waarin interactie tussen het Europese onderzoeksbeleid en belangrijke maatschappelijke volksgezondheidsthema's centraal stond. Ook voor de wetenschappelijke advisering over deze thema's was deze bijeenkomst van groot belang.



Prof. dr Harvey Fineberg (l) en Prof. dr André Knottnerus na de Gezondheidsraadlezing.

Evaluatie

Kritische evaluatie van het eigen werk is voor de Gezondheidsraad altijd vanzelfsprekend geweest, of het nu gaat om de toetsing door de beraadsgroepen, de commissie-evaluaties, de feedback van de Presidiumcommissie, of de met regelmaat gegeven opdracht aan onafhankelijke wetenschappers om bepaalde aspecten van het raadswerk onder de loep te nemen. Daarnaast vindt om de vier jaar de wettelijk vereiste zelfevaluatie plaats. In 2005 is een nieuwe zelfevaluatie gestart, en deze wordt in het voorjaar van 2006 afgerond. Een nieuw element is dat deze zelfevaluatie de basis zal zijn voor een externe *review*, die er op gericht zal zijn de taakvervulling van de Gezondheidsraad waar mogelijk nog te verbeteren.

Gestart werd ook met de evaluatie van de wijze waarop de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg hun gezamenlijke ethische signalering ten behoeve van het beleid invullen (Centrum voor Ethiek en Gezondheid). In het voorjaar van 2006 zullen de raden de conclusies beoordelen.

Taakopdracht en taakstelling

In de Haagse terminologie is er een verschil tussen de begrippen taakopdracht en taakstelling. Het eerste slaat op de te vervullen taak (voor de Gezondheidsraad en de RGO is dat wetenschappelijke advisering inzake de volksgezondheid), het tweede is een bezuinigingsopdracht. Het is natuurlijk altijd wenselijk zo efficiënt mogelijk te werken, en daar is de Gezondheidsraad dankzij de belangenloze inzet van honderden topexperts voor de publieke zaak bij uitstek goed in. Er doet zich echter een toenemende spanning voor tussen enerzijds de van de raad gevraagde en verwachte inspanningen met veiligstelling van het vereiste kwaliteitsniveau en adviestempo, inclusief ongevraagde advisering over belangrijke ontwikkelingen, en anderzijds de in de afgelopen jaren gestaag teruggebrachte hoeveelheid middelen. De snel toenemende wetenschappelijke kennis en mogelijkheden, en de volksgezondheidsimplicaties daarvan, vragen nu eenmaal eerder meer dan minder aandacht van de politiek en het beleid. De laatste bezuinigingsronde was die na de zogenoemde motie-Verhagen. De taakstelling op de adviesraden confronteerde de Gezondheidsraad en de RGO gezamenlijk met kortingen die over vier jaar zijn opgelopen tot boven de 25 procent. Een en ander impliceert ook dat vele belangrijke vacatures niet kunnen worden ingevuld. Ik heb deze problematiek recent bij de minister en de Kamer aangekaart, en hoop dat het tij in dezen zal keren.

Dankwoord

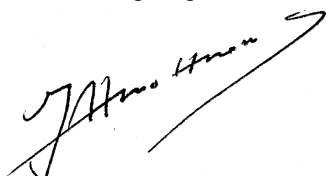
In 2005 vertrokken veel stafleden vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd of gingen met vervroegd pensioen, en met hen verdween omvangrijke kennis en ervaring. De Gezondheidsraad is hen grote dank verschuldigd voor hun jarenlange hoogwaardige inzet voor wetenschap en volksgezondheid. Tegelijkertijd hulde voor de blijvende stafleden, die er als motor van de raad voor zorgden dat het dagelijkse advieswerk, ook bij tegenwind van bezuiniging, kon doorlopen.

De leden van de Gezondheidsraad, van de RGO en van alle commissies en werkgroepen ben ik zeer erkentelijk voor hun belangenloze inzet voor de publieke zaak. Hun werkgevers gaven deze experts ook het afgelopen jaar weer de ruimte om aan onze activiteiten deel te nemen.

Ik spreek ook mijn waardering uit voor de belangrijke bijdragen van alle andere bij ons advieswerk betrokkenen, met name ook de vele ervaringsdeskundigen die het perspectief van de patiënt en de burger naar voren brachten.

Voorts kijk ik met voldoening terug op de goede samenwerking met de leiding en de talloze medewerkers van de diverse departementen, de ambtelijk adviseurs, de inspecties, en het RIVM, die voor de Gezondheidsraad onontbeerlijk was.

Tenslotte dank ik de bewindslieden van VWS, VROM, SZW, en LNV, alsmede de vele betrokken Kamerleden, voor de constructieve interactie tussen wetenschap en politiek.



Prof. dr André Knottnerus

Jaarverslag 2005 Gezondheidsraad

Nr A06/02, Den Haag, 30 maart 2006

-
- 1 Daan Kromhout nieuwe vice-voorzitter
 - 2 Het secretariaat van de Gezondheidsraad in 2005
 - 3 Wat te doen bij een grieppandemie
 - 4 Vergrijzen met ambitie
 - 5 Rust geen remedie voor chronische vermoeidheid
 - 6 Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid
 - 7 Adviezenreeks over blootstelling aan stoffen op de werkplek afgesloten
 - 8 Elektromagnetische velden en gezondheid
 - 9 Ethische bouwstenen voor beleidsagenda
 - 10 GR Digitaal
 - 11 Enkele getallen
 - 12 Publicaties 2005

Deel I

1

Daan Kromhout nieuwe vice-voorzitter

Op 1 september 2005 werd prof. dr ir Daan Kromhout, hoogleraar volksgezondheidsonderzoek in Wageningen, voor twee dagen per week vice-voorzitter van de Gezondheidsraad. Hij richt zich vooral op de aandachtsgebieden 'voeding' en 'public health', en zal er op toezien dat er de komende jaren weer meer adviezen over voeding worden uitgebracht dan de laatste tijd het geval was.

Een inspirerend proces

Daan Kromhout kende de Gezondheidsraad al als lid van de Beraadsgroep Voeding. In *Graadmeter* 2005/4 vertelde hij dat de veelzijdige vragen die daar worden voorgelegd hem steeds hebben geboeid: 'Je moet telkens bij verschillende deskundigen te rade gaan om een stevig onderbouwd en goed afgewogen advies te kunnen opstellen. Van de discussies met wetenschappers uit andere vakgebieden heb ik veel geleerd. Ieder heeft zijn eigen inbreng,



Prof. dr ir Daan Kromhout.

maar de meerwaarde zit in het elkaar bevragen. Je moet door zo'n proces van bevragen en beraadslagen heengaan om te kunnen bepalen waar je wetenschappelijk gezien nu eigenlijk staat.'

Het is dit proces dat het volgens Kromhout voor wetenschappers aantrekkelijk maakt om zitting te nemen in een commissie: 'Bij goede adviesaanvragen zal de intellectuele beloning zeker een wervend effect hebben. Verder is het ook eervol om lid te zijn van een commissie. Je kunt zo'n lidmaatschap zien als een wetenschappelijke onderscheiding. Wel zijn er ontwikkelingen binnen het wetenschapsbedrijf gaande die de ruimte voor deelname aan commissiewerkzaamheden kunnen beïnvloeden. Als onderzoeker ervaar ik dat geld voor wetenschappelijk onderzoek steeds moeilijker te verkrijgen is. Subsidies in de wacht slepen kost steeds meer tijd en energie. Volgens mij is het daarom belangrijk binnen de Gezondheidsraad flexibele werkvormen te ontwikkelen die inspelen op de veranderende omstandigheden in de wetenschappelijke wereld. Wetenschappers willen graag in commissies zitten, maar je moet het ze wel gemakkelijk maken.'

Vragen over voeding

Volstrekt nieuwe inzichten zijn op het terrein van voeding niet direct te verwachten, meent Kromhout. Hij rekt vooral op een beter inzicht in verbanden waarover op hoofdlijnen al het nodige bekend is. Bekend is bijvoorbeeld dat verzadigde en transvetzuren de kans op coronaire hartziekten vergroten, terwijl onverzadigde vetzuren (in het bijzonder omega-3-vetzuren) die kans juist verkleinen. Ook weet men dat de kans op obesitas toeneemt bij een hoge inname van energiedicht voedsel en juist afneemt door de consumptie van volkoren graanproducten, groente en fruit. Kromhout wil graag preciezer weten hoe groot de invloed van de afzonderlijke factoren is en welke variatie zich tussen (groepen) mensen voordoet. Dat kan belangrijke aangrijpingspunten opleveren voor bevordering van de volksgezondheid via gerichte voedingsinterventies. Een andere kwestie die de laatste jaren toenemend aandacht vraagt, zijn de gezondheidsclaims van zogeheten 'functionele voedingsmiddelen'. Consumenten tonen steeds meer interesse in deze specifieke gezondheidsbevorderende voedingsmiddelen (SGV's). De voedingsindustrie speelt met een steeds groter assortiment aan SGV's op die belangstelling in. Het onderzoek naar bewezen positieve en mogelijke negatieve effecten van deze producten staat echter nog in de kinderschoenen. Ook de regelgeving op dit vlak is nog volop in ontwikkeling.

Een samenhangend perspectief

Over de taken die hij voor de Gezondheidsraad weggelegd ziet, zegt Kromhout: ‘Goede adviesvragen hebben mijns inziens een veelzijdig karakter. Die veelzijdigheid vloeit voort uit de beleidsmatige behoefte aan een samenhangend perspectief. Vanzelfsprekend hecht ik bijvoorbeeld veel waarde aan de preventie van obesitas, maar tegelijk acht ik het van belang om het totale spectrum in het oog te houden. Zo kan te sterke nadruk op het risico van overgewicht bij sommigen juist eetstoornissen in de hand werken. Aandacht voor dat totale spectrum en zaken in verhouding bezien vind ik typisch bij de Gezondheidsraad passen. Ook is het zinvol overgewicht en obesitas niet simpelweg over één kam te scheren, maar aan een gedifferentieerde analyse te onderwerpen. Verder zou in dit verband nog wel eens wat scherper naar de situatie bij kinderen kunnen worden gekeken. Hoe dan ook moeten commissies naar mijn overtuiging bij het maken van afwegingen en het doen van aanbevelingen een duidelijk verhaal presenteren waarin uitgangspunten en argumenten expliciet naar voren komen. Ook die transparantie is een groot goed in een samenleving die zich vaak sceptisch toont over het oordeel van deskundigen.’

2

Het secretariaat van de Gezondheidsraad in 2005

2005 was een woelig jaar voor het secretariaat van de Gezondheidsraad. Niet alleen als gevolg van de bezuinigingstaakstelling en de beleidsvoornemens van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten aanzien van de adviesraden, maar ook in personele zin door het vertrek van maar liefst tien medewerkers van het secretariaat en de komst van één ‘nieuwe’.

Zij die vertrokken

Als eerste vertrok in mei de algemeen secretaris *dr Menno van Leeuwen* wegens het bereiken van de pensioenge-rechtigde leeftijd. Bijna twaalf jaar gaf deze medicus-fysioloog leiding aan het secretariaat. De Gezondheidsraad heeft volop kunnen profiteren van zijn internationale oriëntatie, zijn passie voor *health technology assessment* (HTA) en zijn bestuurlijke ervaring. Op een tropische dag eind mei nam Van Leeuwen afscheid bij een feestelijke lunch voor de medewerkers van het secretariaat en een officieel programma waarbij



Dr Menno van Leeuwen.

Gezondheidsraadleden en andere relaties waren uitgenodigd. Dagvoorzitter was waarnemend algemeen secretaris Wim Passchier. Als sprekers traden op: oud-minister van VWS en oud-vice-voorzitter van de Gezondheidsraad Els Borst, secretaris-generaal van VWS Roel Bekker, Gezondheidsraadvoorzitter André Knotnerus, en de pensionaris zelf. Locatie was de statige Sociëteit De Witte aan het Plein in Den Haag.

Vervolgens werden vanaf september de consequenties duidelijk van de FPU-regeling. Voor de betrokkenen zelf natuurlijk een gunstige regeling, maar voor de organisatie betekende het vertrek van al deze medewerkers een driedubbele aderlating. Niet alleen verloor het secretariaat veel kennis en ervaring en mochten niet alle vacatures weer worden vervuld, maar bovenal verloren wij veel prettige collega's die een bijdrage hadden geleverd aan de kwaliteit en de sfeer binnen het secretariaat.

Eerst vertrokken met ingang van 1 september 2005 twee medewerkers van het directiesecretariaat: *Marijke Kouwenberg* en *May Los*. In december volgden nog zes medewerkers: een medewerkster ondersteuning *Alice Aksel*, onze receptioniste *Ina Prins* en van de wetenschappelijke staf *dr Piet Bolhuis*, *ir Willem Bosman*, *dr Yvonne van Duivenbode* en *last but not least* de plaatsvervangend algemeen secretaris *prof. dr Wim Passchier*. Ook moesten wij afscheid nemen van twee medewerkers met een tijdelijk contract: *drs Richard Zwiers* en *Fiona Smith*.

Het afscheid van de meeste medewerkers heeft zich voor de buitenwacht in alle stilte voltrokken. Voor fysisch chemicus *prof. dr Wim Passchier* echter vond begin december 2005 een afscheidssymposium in de Anton Philipszaal in Den Haag plaats. Tweeëntwintig jaar lang werkte hij voor de Gezondheidsraad, het grootste deel van die tijd als plaatsvervangend algemeen secretaris. Aanvankelijk was straling zijn inhoudelijke domein. Allengs verbreedde zich dat tot de relatie tussen omgeving en gezondheid. Passchier blijft voorlopig betrokken bij de raad, in het bijzonder bij het signaleren en



Prof. dr Wim Passchier.

agenderen van belangrijke nieuwe ontwikkelingen op het raakvlak van milieu en gezondheid. Ook zal hij het advies over voorzorg dat in 2006 uitkomt nog afronden.

Zij die kwam



Ir Anneke Wijbenga.

Per 1 oktober 2005 trad *Anneke Wijbenga* in dienst als nieuwe algemeen secretaris. In de twintig jaar ervoor was ze al in vele rollen actief voor de Gezondheidsraad. Het begon in 1985 met de Commissie Milieukwaliteitseisen. Vervolgens zat ze verschillende commissies voor. In 1992 werd Anneke Wijbenga voorgedragen om lid te worden van de Beraadsgroep Omgevingsfactoren en Gezondheid. Deze beraadsgroep ging later samen met de Beraadsgroep Toxicologie en vormde toen de Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving. Hiervan werd ze vice-voorzitter en kwam ze vanuit dien hoofde in de Presidiumcommissie. In 1994 werd ze bij Koninklijk Besluit benoemd tot lid van de Gezondheidsraad.

Nu ze algemeen secretaris is geworden, gaat er een streep onder het raadswerk uit het verleden. Ze moet met Koninklijk Besluit uit de raad, ze zal geen vice-voorzitter meer zijn van een

beraadsgroep en als zodanig dus ook niet meer in de presidiumcommissie zitten. Ze zal nog wel regelmatig beraadsgroepvergaderingen bijwonen, maar dan vooral als toehoorder: om de haar nog onbekende delen van het netwerk te leren kennen en te weten wat er speelt. Verder zal Anneke Wijbenga vooral met de medewerkers samenwerken en bezig zijn. In een interview in *Graadmeter* (2005/5) zei ze daarover:

Ik zie de Gezondheidsraad als een sterk op inhoud gerichte club professionals. Voortgaande professionalisering van de organisatie is voor mij een belangrijk aandachtspunt. Geen misverstand, ik ben niet binnengekomen om alles te veranderen maar om het goede te behouden en te kijken of het beter kan en efficiënter. Deze uitdaging wil ik in de komende tijd vertalen in acties, in nauw overleg uiteraard met de ondernemingsraad. Over een aantal jaren zou ik graag willen kunnen zeggen: 'Zie je wel: goede raad is niet duur.'

3

Wat te doen bij een griep пандemie

Gesprek met prof. dr Jan van der Noor daa



Prof. dr Jan van der Noor daa.

Het is een stralende winterse dag eind februari 2006. Vanaf zijn sleepboot in de Vecht achter zijn huis ziet prof. Jan van der Noor daa de vluchten trekvogels die het landschap haar schoonheid geven, maar die nu misschien ook wel het virus H5N1 bij zich dragen waarover de kranten vol staan. Besmette watervogels kunnen de ‘vogelgriep’ overbrengen op het pluimvee, en via hen mogelijk ook op de

mensen die met hen in contact staan. Wanneer vervolgens dat vogelgriepvirus zich zou verbinden met een menselijk griepvirus zou er een virusstam kunnen ontstaan die voor een pandemie kan zorgen. Wat te doen wanneer dat gebeurt?

Tweeënhalf jaar geleden al – toen de vogelgriep aan haar opmars door Azië bezig was – vroeg de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Gezondheidsraad om advies. Welke antivirale middelen moesten er worden ingeslagen tegen een virus waarvan de samenstelling nog niet te voorspellen is? Hoe verdeel je een schaarse hoeveelheid medicijnen over een bevolking van zestien miljoen mensen? Welke andere maatregelen kunnen de schade van een eventuele pandemie beperken? Van der Noordaa, emeritus-hoogleraar virologie aan het AMC, was voorzitter van de commissie die in 2004 binnen drie weken na de eerste vergadering een interim-advies over deze vragen uitbracht, en die in 2005 met het uiteindelijke advies *Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een grieppandemie* kwam.

In beide adviezen heeft uw commissie twee doelen voor ogen: spreiding van de pandemie in de tijd, en indamming van de gevolgen van infectie. Kunt u die punten toelichten?

Het belangrijkste doel is het stoppen, of ten minste afremmen, van een eventuele pandemie. Zodra de eerste zieken bekend raken, moeten die zo snel mogelijk – liefst binnen 48 uur – behandeld worden met antivirale middelen. Die mensen zelf hebben daar beperkt iets aan; hun ziekte duur wordt enigszins bekort en mogelijk verkleint het hun kans op complicaties. Belangrijker is dat ze door de medicijnen minder virus uitscheiden en dus minder besmettelijk worden voor hun omgeving. In het interim-advies reserveerden we de antivirale middelen nog voor de zieken, maar in het tweede advies pleiten we daarnaast voor profylaxe van de mensen in de directe omgeving van zieken. Bij profylaxe geef je medicijnen aan mensen die wel besmet maar nog niet ziek zijn. Ook met een dergelijke ringprofylaxe denken we een eventuele pandemie te kunnen vertragen. En verder vertraag je een pandemie door de kans op besmetting in te perken. Popconcerten en voetbalwedstrijden kunnen dan beter worden afgelast, en vanuit medisch oogpunt zou je eigenlijk ook de scholen moeten sluiten.

Dat laatste zegt u voorzichtig.

In het interim-advies hebben we kortweg gepleit voor het sluiten van scholen zodra een pandemie ons land zou bereiken. De ervaringen met eerdere griepgol-

ven hebben geleerd dat kinderen een voorname factor zijn in de verspreiding van virussen. Binnen de beraadsgroep die onze adviezen toetst kwam echter veel commentaar op deze aanbeveling. Men stelde dat het sluiten van scholen grote maatschappelijke en economische consequenties heeft die je niet snel opzij mag schuiven. Ouders kunnen niet naar hun werk omdat ze thuis hun kinderen moeten opvangen. In ons tweede advies hebben we daarom gas terug genomen en schrijven we: ‘De commissie kan zich voorstellen dat de beslissing tot het sluiten van scholen afhankelijk wordt gemaakt van ernst en omvang van de pandemie’.

In het advies dat in mei 2005 uitkwam, pleitte u ervoor dat de Nederlandse overheid een voorraad van vijf miljoen kuren neuraminidaseremmers zou aanleggen. Uit de kranten maak ik op dat men nu drie miljoen kuren heeft liggen. Wat vindt u daarvan?

Met die adviezen moet altijd grote haast gemaakt worden. Over hoe dat verder uitgewerkt wordt, heb ik wel eens mijn twijfels. Soms heb ik meer, soms minder begrip voor de tijd die er kennelijk nodig is. Maar dat deel van het werk is uitdrukkelijk niet onze taak. Ik kreeg net gisteren – één jaar nadat het advies was uitgebracht – de brief die de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM aan alle huisartsen heeft gestuurd. De eerste draaiboeken liggen klaar en met vragen kunnen artsen terecht bij de GGD. Tegen de tijd dat er in Nederland sprake is van een pandemie, is het aan het RIVM om ervoor te zorgen dat de middelen op het goede moment bij de juiste mensen komen. In diezelfde brief is te lezen dat oseltamivir – het door ons geadviseerde antivirale middel – een duidelijke plaats inneemt in het gevoerde beleid. Wanneer je daarbij bedenkt dat er ten tijde van het interim-advies pas tweehonderdduizend kuren waren, en het zijn er nu al drie miljoen en toegezegd is dat het er nog dit jaar vijf miljoen zullen zijn... dan volgt men onmiskenbaar voortvarend ons advies op. Overigens adviseren wij die vijf miljoen kuren op basis van wat de oudere wetenschappelijke literatuur ons leert. In het verleden werd bij een griepandemie gemiddeld dertig procent van de bevolking ziek.

Bent u, sinds het laatste advies uitkwam in 2005, al op literatuur gestuit die om een actualisatie van beide adviezen vraagt?

Er zijn sindsdien diverse publicaties verschenen over verschillende antivirale middelen. Niets daarin ondergraaft onze conclusies, dus een actualisatie op basis van literatuur is nog niet nodig. Maar in feite is wat wij adviseren nog nooit eer-

der geprobeerd. Er is nog geen pandemie geweest sinds er neuraminidaseremmers op de markt zijn. Zoals de Engelsen zeggen ‘*The proof of the pudding is in the eating*’. En dát hebben we nog niet gedaan!

Wat is voor u als commissievoorzitter de uitdaging op het moment dat u ermee instemt het voorzitterschap op u te nemen?

Het is al een uitdaging om zitting te hebben in een commissie, vanwege het bonte gezelschap deskundigen dat je er treft. Hoe kom je met een stel epidemiologen, huisartsen, statistici, virologen tot een advies waarover iedereen het eens is? Daarbij moeten de maatregelen die je voorstelt in lijn zijn met de ernst van wat je bestrijdt. Angst is daarbij een slechte raadgever. Het voorzitterschap van zo’n gezelschap biedt nog een extra uitdaging. Ik zie het als een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Op het moment dat men mij vraagt, ga ik eerst bij mezelf te rade: kan ik dat, ben ik voldoende geïnformeerd? Ik wil geen voorzitter zijn die niets van de inhoud weet. Tegelijkertijd wil ikzelf een bescheiden rol spelen in het adviesproces. Ik probeer zo neutraal mogelijk te zijn, al lukt dat niet altijd. Essentieel is verder of er een goede secretaris aan de commissie is verbonden. Voorzitter en secretaris horen elkaar voortdurend op de hoogte te houden en samen toe te werken naar een helder en bondig advies. ‘Eenvoud is een eindproduct’, zei mijn leermeester Dekking al.

Samenstelling commissie:

prof. dr J van der Noordaa, *voorzitter*; prof. dr GJ Bonsel; dr PJ van Dalen, *adviseur*; prof. dr JT van Dissel; dr GA van Essen; prof. dr JWM van der Meer; prof. dr ADME Osterhaus; dr RRR Huijsman-Rubingh, *adviseur*; prof. dr EJ Ruitenberg; prof. dr P Smits; dr EW Steyerberg; drs ACG Voordouw; dr K Groeneveld, *secretaris*.

4

Vergrijzen met ambitie

Er is nog volop ruimte voor ambitie om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van mensen tot op hoge leeftijd te bevorderen. Die boodschap ligt al besloten in de titel van het advies *Vergrijzen met ambitie* dat de Gezondheidsraad op 28 februari 2005 aanbood aan de themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer.

Eerste advies van de Gezondheidsraad aan de Tweede Kamer

Nog niet eerder adviseerde de Gezondheidsraad rechtstreeks aan de Tweede Kamer, een mogelijkheid die in 1997 in de wet is opgenomen. De themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer, ingesteld in september 2003, had tot opdracht het ontwikkelen van een visie op het ouderenbeleid voor de middellange en lange termijn. Ter voorbereiding daarvan vroeg de commissie in de loop van 2004 vier raden om advies over deelvragen op dit brede terrein: naast de Gezondheidsraad waren dit de VROM-raad, de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en de Sociaal Economische Raad. De vragen aan de Gezondheidsraad gingen in grote lijnen over de afhankelijkheid van en de vraag naar allerlei zorg- en welzijnsvoorzieningen. Ook wilde de Themacommissie weten hoe ouderen langer gezond en zelfstandig kunnen blijven, zodat het beroep op zulke voorzieningen tussen nu en 2030 te beheersen valt.

Het feit dat vier raden zich tegelijkertijd en onder hoge tijdsdruk met hetzelfde terrein bezig moesten houden, leidde tot herhaald overleg op secretariaats-



Materiepanelen van Nellie de Mulder uit Wamel.

niveau. Dit werd door alle partijen zeer positief ervaren. Tenslotte hebben de raden hun advies op 21 en 28 februari 2005 in twee zittingen aan de Themacommissie gepresenteerd, waarbij het Gezondheidsraadadvies met veel waardering werd ontvangen.

Kansen benutten, zorg garanderen

De Gezondheidsraad stelt in zijn advies vast dat de sterftcijfers – een goede afspiegeling van de gezondheidstoestand van ouderen – in ons land minder snel dalen dan in verscheidene andere geïndustrialiseerde landen. Er zijn echter tal van kansen om de gezondheid van ouderen te verbeteren en hun zelfstandigheid te bevorderen. Het advies geeft een overzicht van mogelijkheden op het gebied van preventie, behandeling en het tegengaan van beperkingen. Ook wijst de raad op de verantwoordelijkheid van het zorgsysteem voor het bevorderen van welzijn, in het bijzonder van ouderen die volledig van zorg afhankelijk zijn. Het advies doet aanbevelingen voor het benutten van de kansen voor de toekomst en benadrukt het belang van een inhaalslag in praktijk, beleid en kennisontwikkeling.

Verzilver de toekomst

Op 15 april 2005 organiseerde de themacommissie Ouderenbeleid in de vergaderzaal van de Tweede kamer een generatiedebat onder het motto *Verzilver de toekomst*. De adviesraden presenteerden hun bevindingen en onder leiding van SCP-directeur Paul Schnabel konden de aanwezigen discussiëren over stellingen die de themacommissie had geformuleerd. Onder de genodigden waren zowel ouderen als jongeren, en zowel professionals als burgers. Voor de Gezondheidsraad hield de voorzitter, prof. dr André Knottnerus, een publieksvriendelijke presentatie (zie ook *Graadmeter* 2005/1). Op 8 december 2005 bracht de themacommissie Ouderenbeleid haar rapport *Lang zullen we leven* uit aan de Tweede Kamer en kabinet.

Meer adviezen over zorg aan ouderen staan op de rol

Een betere zorg voor ouderen staat duidelijk op de agenda van het beleid. Mede in vervolg op het advies *Vergrijzen met ambitie* is de Gezondheidsraad om advies gevraagd over co-morbiditeit bij ouderen, waarvoor inmiddels een commissie is ingesteld (zie *Graadmeter* 2005/5). Ook het onderwerp specifieke preventieve mogelijkheden bij ouderen staat op het werkprogramma.

Het advies *Vergrijzen met ambitie* is, vanwege de grote tijdsdruk, voorbereid door een projectgroep uit het secretariaat en is uiteindelijk uitgebracht onder verantwoordelijkheid van de Beraadsgroep Geneeskunde.

Samenstelling Beraadsgroep Geneeskunde:

prof. dr JA Knottnerus, *voorzitter*; prof. dr HR Büller, *vice-voorzitter*; prof. dr ID de Beaufort; prof. dr DJ Gouma; prof.dr JDF Habbema; prof. dr JJ Heijmans; drs FrCA Jaspers; prof. dr JH Kingma, *adviseur*; prof. dr ALM Lagro-Janssen; dr M van Leeuwen, *adviseur*; prof. dr WPTM Mali; prof. dr JWM van der Meer; prof. dr HGM Rooijmans; prof. dr JJ Sixma; prof. dr P Smits; prof. dr SP Verloove-Vanhorick; prof. dr M de Visser; prof. dr EGE de Vries; prof. dr JW Wladimiroff; prof. dr FG Zitman.

De projectgroep van het secretariaat van de Gezondheidsraad bestond uit de secretarissen dr PMM Beemsterboer, DCM Gersons-Wolfensberger, *arts*, dr JND de Neeling en drs EJ Schoten.

5

Rust geen remedie voor chronische vermoeidheid

Patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS), ook wel bekend als ME, lijden aan een aandoening die niet algemeen als zodanig wordt erkend. In een advies dat op 25 januari 2005 verscheen, wil de Gezondheidsraad een einde maken aan die controverse. De raad noemt CVS een ernstig invaliderende aandoening. De precieze oorzaken ervan zijn nog niet bekend, maar vaststaat dat het gaat om een samenspel van lichamelijke en psychosociale factoren. De beste behandeling is niet totale rust, maar een geleidelijke opbouw van lichamelijke activiteit. Cognitieve gedragstherapie kan daarbij helpen.

Een controversiële aandoening

Nederland telt naar schatting tussen de dertig- en veertigduizend patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom. Ruim driekwart van hen is vrouw. CVS-patiënten voelen zich voortdurend moe en uitgeput en hebben daarbij ook allerlei andere lichamelijke klachten. Hun werk valt hen vaak te zwaar, evenals hun sociale leven. CVS is een controversiële aandoening. Zowel binnen als buiten de medische wereld zijn er mensen die wel en mensen die niet in het bestaan ervan geloven. Dat heeft onder meer tot grote meningsverschillen geleid over het vermogen van CVS-patiënten om arbeid te verrichten en daarmee over het recht op een uitkering.

Er is nog weinig bekend over het ontstaan en de oorzaken van CVS. Diagnostische tests zijn er niet. Voor de Gezondheidsraad staat vast dat CVS niet is af

te doen als een ziekte die louter psychische oorzaken heeft. CVS is één van de vele syndromen met lichamelijk onverklaarde klachten, waartoe bijvoorbeeld ook fibromyalgie en het prikkelbaredarmsyndroom behoren. Het klachtenpatroon bij deze aandoeningen duidt op een ontregeling van regelsystemen of van de communicatie tussen regelsystemen. De ontregeling lijkt terug te voeren op eenzelfde grondpatroon: een langdurige en ernstige verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en belasting.

Moeheid is in het algemeen een signaal om het kalmer aan te doen, maar totale rust doet de conditie geen goed en houdt de klachten uiteindelijk in stand. ‘Rust roest’ is daarom de rode draad in het beleid bij vermoeidheidsklachten. CVS-patiënten moeten het advies krijgen te doen wat ze nog kunnen, zo nodig na aanpassing van werk(tijden) in overleg met de bedrijfsarts. Verder blijkt cognitieve gedragstherapie een effectieve behandeling te zijn. Patiënten leren hun mogelijkheden optimaal te benutten en hun lichamelijke activiteit geleidelijk op te bouwen met als doel herstel van functioneren en werkhervatting.

Voor een adequate zorgverlening is uitbreiding van de behandelcapaciteit nodig. Cognitieve gedragstherapie bij CVS is alleen structureel beschikbaar in Nijmegen, maar daar staan ruim driehonderd patiënten op de wachtlijst. De commissie stelt daarom dat er meer centra gevormd zouden moeten worden die zich speciaal op CVS richten of meer in het algemeen op onderzoek en behandeling van stressgebonden aandoeningen. Wat betreft de kennis over CVS: deze vertoont grote hiaten. De zoektocht naar één specifieke oorzaak van CVS is niet vruchtbaar gebleken en zal vermoedelijk ook in de toekomst niet leiden tot een verklaring van het scala van symptomen en verschijnselen. Een daadwerkelijke vergroting van het inzicht in de oorzaken en de behandeling van CVS vergt een multidisciplinaire aanpak.

Discussie tussen kamerleden en minister

Naar aanleiding van het advies stelden de kamerleden Arib en Bussemaker op 31 januari – zes dagen na het uitkomen van het advies – vragen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en zijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Op 4 februari lag de reactie van de minister van VWS er, deels mede namens zijn SZW-collega. Op 5 april volgde een Algemeen Overleg van de vaste kamercommissie van VWS met de minister. De minister zette zijn antwoorden op de toen gestelde vragen van de kamerleden nog eens op een rij in een brief van 9 juni 2005. Een tweede Algemeen Overleg van minister en vaste kamercommissie volgde op 22 juni 2005.



De ets *Toscanini* van Jos van der Meer, Nijmegen.

De discussie spitste zich toe op de vraag of het chronische-vermoeidheidsyndroom als een 'eigenstandige aandoening' beschouwd kon worden, zoals de Gezondheidsraad om praktische redenen stelde. De minister was het niet eens met die opvatting. De kamerleden die zich in het debat mengden, schaarden zich achter de beoordeling van de raad en vroegen de minister om dat ook te doen. Hoewel de minister zo ver niet wilde gaan, kwam hij volgens het verslag van het laatste Algemeen Overleg tegemoet aan de kritiek van de kamerleden door te

herhalen dat het aan de individuele arts is om te bepalen of iemand ziek is. Ook wees hij op het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, waarin staat dat iemand ook ziek kan zijn als zijn klachten niet een duidelijke lichamelijke origine hebben.

De definitiekwestie werd zo belangrijk gevonden vanwege vermeende consequenties voor het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor mensen met CVS. De minister onderstreepte echter dat het voor het bepalen van een recht op uitkering niet essentieel is of het om een erkende ziekte gaat. De arts moet bepalen of een persoon ziek is en daarbij is het goed mogelijk dat een persoon als ziek wordt bestempeld zonder dat er een verklaring is voor zijn klachten. Naar aanleiding van een motie van kamerlid Vendrik, die op 28 april 2005 was aangenomen en die uniformering van keuringsregels bepleit, stuurde de minister van SZW op 29 april een brief naar het UWV. Daarin staat dat mensen met CVS niet van een uitkering kunnen worden uitgesloten, maar ook dat zij niet automatisch rechten kunnen laten gelden op grond van hun klachten. Bij de beoordeling van de klachten zal niet voor alle patiënten steeds dezelfde conclusie getrokken worden. Bepaalde kamerleden houden moeite met wat zij zien als willekeur. Ze vragen de ministers om snel te komen met een circulaire voor arbo-artsen als eerste stap in de uniformering van de regels voor de keuring van mensen met CVS. De minister merkte op dat het opstellen van uniforme regels nu nog moeilijk is, maar dat door hem te financieren onderzoek van ZonMw daarin wellicht verandering brengt.

De minister onderschreef de constatering van de raad dat cognitieve gedragstherapie tot nu toe de enige behandelvorm is met een behoorlijk succespercentage. Ook het feit dat de behandeling gericht is op activering van patiënten en op hun reïntegratie in het arbeidsproces, past goed in het beleid van de minister. Diverse leden van de vaste kamercommissie van VWS wezen erop dat cognitieve gedragstherapie niet voor iedereen geschikt is. Zij pleitten, evenals de commissie, voor onderzoek naar diverse behandelvormen en naar preventie.

Samenstelling commissie:

dr E Borst-Eilers, *voorzitter*; prof. dr JM Bensing; prof. dr G Bleijenberg; dr CF Dagnelie; prof. dr MHW Frings-Dresen; prof. dr JJ Heijnen; dr AM van Hemert; prof. dr B van Houdenhove; dr H Kroneman; prof. dr SJW Lamberts; prof. dr JWM van der Meer; dr B Terluin, huisarts; drs PC Groeneveld, *adviseur*; drs IMJ Pieters, *adviseur*; dr YA van Duivenboden, *secretaris*.

6

Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid heeft verbetering nodig. Ontwikkeling van overkoepelende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding ('3B-richtlijnen') die door alle betrokken beroepsgroepen gedragen worden, kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren. De verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming kan bovendien ondersteund en verder ontwikkeld worden door de opbouw van 'mediprudentie'. Dat was de kern van het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* dat de Gezondheidsraad in juli 2005 uitbracht aan de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hulpmiddelen bij de claimbeoordeling

In januari 2005 vroegen de ministers – in het kader van de invoering van de nieuwe wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) op 1 januari 2006 – de Gezondheidsraad om advies over 'wetenschappelijke onderbouwde hulpmiddelen bij de claimbeoordeling'. Ze vroegen om een overzicht van de stand van wetenschap op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid, om een 'basis-stramien' voor de te ontwikkelen 'hulpmiddelen' en om een 'plan van aanpak' voor de ontwikkeling ervan.

Een half jaar later verscheen het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden*. De Gezondheidsraadcommissie WIA beval daarin aan een vanuit de betrokken



Zonnebloem, schilderij van Carla van Uum uit Tiel.

disciplines samengestelde stuurgroep in te stellen die de regie zou moeten voeren in de ontwikkeling en herziening van de overkoepelende 3B-richtlijnen. Daarop vooruitlopend zouden al op de korte termijn, op basis van bestaande curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen, protocollen ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming ontwikkeld kunnen worden. Naderhand zouden die in de voorbereiding van volwaardige 3B-richtlijnen kunnen worden ingebracht. Voorts pleitte de commissie voor de continue en cumulatieve opbouw van mediprudentie, naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht. Ook daarmee zou op korte termijn een begin gemaakt kunnen worden. De commissie stelde voor om op basis van dossiers van reeds afgeronde claimbeoordelingen, een aantal concrete beoordelingscasus te beschrijven, te analyseren en te becommentariëren, zodat een reeks casusbeschrijvingen met expliciete argumentering en weging van de claimbeoordeling beschikbaar zou komen.

Positieve reactie

Krap twee maanden later zond minister De Geus, namens het kabinet, zijn reactie op *Beoordelen, behandelen, begeleiden* aan de Tweede Kamer. Hij sprak zijn waardering uit voor het snel totstandgekomen en gedegen advies en concludeerde, geheel in overeenstemming met het advies, dat de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming beter ondersteund zou kunnen worden door ‘verzekeringsgeneeskundige protocollen’ dan door de ‘indicatieve lijst van ziekten met hersteltermijnen’, waarvan in het wetsvoorstel WIA sprake was. Hij meldde de Gezondheidsraad al gevraagd te hebben om op korte termijn zulke ‘verzekeringsgeneeskundige protocollen’ te ontwikkelen voor tien verschillende aandoeningen. Ook het plan om snel een begin te maken met de opbouw van mediprudentie, voor dezelfde tien aandoeningen, nam hij over. Hij kondigde aan de Tweede Kamer in het eerste kwartaal van 2006 te zullen inlichten over de besluitvorming omtrent de aanbevelingen voor de lange termijn.

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Intussen was de voorbereiding van de eerste twee verzekeringsgeneeskundige protocollen al gestart. Er werden twee werkgroepen van deskundigen ingesteld. Samen met de bestaande commissie WIA fungeerden deze als de verantwoordelijke commissie voor het advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Specifieke lage rugpijn, Hartinfarct*, dat verscheen op 30 november 2005.

In haar advies wijst de commissie op het bijzondere karakter van deze eerste twee verzekeringsgeneeskundige protocollen, die enerzijds gebaseerd zijn op

recente curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen, anderzijds op de deskundigheid van de commissieleden. De protocollen onderscheiden zich daarmee van de gebruikelijke adviezen van de Gezondheidsraad, die in de regel berusten op een geheel eigen wetenschappelijke beoordeling.

In het commentaar dat de protocollen begeleidt gaat de commissie in op de wijze waarop de nu gepresenteerde protocollen zich verhouden tot de eerder aanbevolen ontwikkeling van '3B-richtlijnen' en de opbouw van 'mediprudentie'. Zij vestigt tevens de aandacht op het spanningsveld dat kan ontstaan wanneer er tekorten zijn aan zorgvoorzieningen die volgens de protocollen voor een adequate behandeling noodzakelijk zijn. Ook wijst zij, net als in *Beoordelen, behandelen, begeleiden*, op het belang van wetenschappelijk onderzoek voor een betere onderbouwing van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

Vervolg in 2006

In de eerste maanden van 2006 doet het UWV ervaring op met de toepassing van de protocollen. De Gezondheidsraad wint intussen commentaar in van partijen die in de praktijk met de protocollen te maken krijgen. Het is niet uitgesloten dat op grond hiervan de reeds gepubliceerde protocollen nog in de loop van 2006 zullen worden herzien. Bovendien zal de Gezondheidsraad de set van tien, waar de minister om gevraagd heeft, compleet maken met nog eens acht verzekeringsgeneeskundige protocollen, gewijd aan het chronische-vermoeidheidssyndroom, borstkanker, depressie, angststoornissen, stressgerelateerde stoornissen, cerebrovasculaire aandoeningen, whiplash en hernia nuclei pulposi.

Parallel aan de ontwikkeling van deze protocollen, en in wisselwerking daarmee, zal de Gezondheidsraad een aanzet geven tot de ontwikkeling van mediprudentie voor in elk geval zes van de tien aandoeningen waarvoor protocollen zijn of worden opgesteld. In dit traject werkt een nieuw ingestelde werkgroep Mediprudentie van de commissie WIA samen met focusgroepen van verzekeringsartsen, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging van Verzekeringsartsen, in samenwerking met TNO Kwaliteit van leven. In het najaar van 2006 zal ook dit project uitmonden in een advies aan de minister.

Initiatief van KNMG

Tegen het eind van 2006 zal de Gezondheidsraad zo een substantieel begin hebben gemaakt met de uitvoering van de twee belangrijkste aanbevelingen die de raad in het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden* zelf formuleerde. Daarmee zal de rol van de Gezondheidsraad in de ontwikkeling van verzekeringsge-

neeskundige protocollen, als opmaat voor de ontwikkeling van overkoepelende 3B-richtlijnen, en van mediprudentie (voorlopig) zijn afgerond. Bij de aanbieding van het advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen* aan de ministers van SZW en VWS schrijft raadsvoorzitter Knottnerus de betrokkenheid van de Gezondheidsraad bij de ontwikkeling van hulpmiddelen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling 'uitdrukkelijk als tijdelijk' te beschouwen en erop te vertrouwen dat de rol van de raad door de betrokken beroepsgroepen zal worden overgenomen.

De voortekenen dat het inderdaad die kant op gaat zijn gunstig. KNMG-voorzitter Holland heeft Knottnerus in een brief van 10 februari 2006 laten weten dat de beroepsverenigingen van huisartsen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch specialisten – LHV, NVAB, NVVG en Orde van Medisch Specialisten – 'verheugd zijn over de analyse en aanbevelingen in het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden* van de Gezondheidsraad'. De vier verenigingen zijn bereid een actieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van 3B-richtlijnen. Een gezamenlijk initiatief in die richting is binnenkort te verwachten, aldus Holland in zijn brief.

Als commissie voor dit advies fungeren:

de werkgroep Lage rugklachten en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol Aspecifieke lage rugpijn; de werkgroep Myocardinfarct en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol Hartinfarct; de commissie WIA, voor de hoofdstukken 1, 2 en 3.

Samenstelling Commissie WIA:

prof. dr JA Knottnerus, *voorzitter*; prof. dr WJJ Assendelft; drs WEL de Boer; dr E Borst-Eilers (*vanaf 1 november 2005*); prof. dr MHW Frings-Dresen; prof. dr JW Groothoff; prof. dr JWM Hazes; dr JLL van der Klink; dr H Kroneman; prof. dr E Lindeman; prof. dr AH Schene; prof. dr ir T Smid; dr B Sorgdrager; prof. dr JHBM Willems; drs L van Rossum du Chattel, *adviseur*; dr JND de Nee-ling, *secretaris*; AHJM Sterk, *secretaris*.

Samenstelling Werkgroep Lage rugklachten:

prof. dr BW Koes, *voorzitter*; prof. dr RA de Bie; dr AW Chavannes; drs H Miedema; dr TM Pal; NKM van der Plas; JTM Steinebach; dr JHAM Verbeek; dr

PCAJ Vroomen; AE de Wind; dr JND de Neeling, *secretaris*; AHJM Sterk, *secretaris*.

Samenstelling Werkgroep Myocardinfarct:

prof. dr WJJ Assendelft, *voorzitter*; prof. dr FWHM Bär; dr M Bouma; JL van Dijk; dr IM Hellemans; dr TM Pal; NKM van der Plas; dr FH Rutten; JTM Steinebach; AE de Wind; AHJM Sterk, *secretaris*; dr JND de Neeling, *secretaris*.

7

Adviezenreeks over blootstelling aan stoffen op de werkplek afgesloten

Op 5 december 2005 werd een omvangrijk project van de Gezondheidsraad, i.c. de Commissie Updating of Occupational Exposure Limits, afgesloten. Op die datum werden de laatste zestien van een reeks adviezen gepubliceerd over chemische stoffen waaraan mensen op hun werk kunnen worden blootgesteld en die schadelijk voor de gezondheid zouden kunnen zijn. Op diezelfde dag overhandigde de voorzitter van de Gezondheidsraad, prof. dr André Knottnerus, de complete reeks van adviezen aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), de heer HAL van Hoof.

Twijfels over de gezondheidsbescherming

In 1997 verzocht de staatssecretaris van SZW de Gezondheidsraad om de in de jaren zeventig uit de VS overgenomen werkplekgrenswaarden te evalueren. Rond 1990 werden vraagtekens gezet bij de mate van gezondheidsbescherming van die normen. Internationaal gebeurde dat in wetenschappelijke artikelen, en nationaal in een proefschrift van Paul Ulenbelt getiteld *Omgaan met blootstelling aan chemische stoffen* en op een conferentie georganiseerd door de Universiteit van Amsterdam (Chemiewinkel, Coronel, Studiecentrum Arbeid en Gezondheid) en de Rijksuniversiteit van Leiden (wetenschapswinkel) met als titel *MAC-waarden op de arbeidsplaats: een confrontatie van wetenschap, beleid en praktijk*.

De kritiek was voor het ministerie van SZW indertijd aanleiding om TNO op te dragen om door middel van een globale toetsing na te gaan of de uit het buiten-

land afkomstige grenswaarden voldoende bescherming boden voor de gezondheid van blootgestelde werknemers. Het onderzoek leverde 196 stoffen op waarvan de validiteit van de waarden voor de Maximaal Aanvaarde Concentratie (MAC) werd betwijfeld. Over deze stoffen werd het advies van de Gezondheidsraad gevraagd, die voor deze opdracht een speciale commissie samenstelde met deskundigen uit Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Ierland, de Verenigde Staten, Zweden en Nederland.

Reeks van 161 adviezen

Uiteindelijk heeft de commissie op basis van de wetenschappelijke literatuur over 161 stoffen adviezen gepubliceerd. Voor 67 stoffen kon zij een gezondheidskundige grenswaarde afleiden, hetgeen in 90 procent van die gevallen een voorstel voor aanscherping van de vigerende MAC-waarden betekende. Voor de overige 94 stoffen oordeelde de commissie dat er onvoldoende valide gegevens waren om een gezondheidskundige grenswaarde te kunnen vaststellen. Wel kon de commissie voor 33 van de stoffen uit deze laatste categorie een oordeel vellen over de mate waarin de huidige MAC-waarde bescherming zou kunnen bieden. Voor 6 stoffen zou de huidige MAC-waarde voldoen, voor 26 stoffen is deze waarschijnlijk te hoog en voor 1 stof waarschijnlijk te laag. Voor een 35-tal stoffen heeft de commissie geen definitief oordeel afgegeven om uiteenlopende redenen, zoals ‘verdacht kankerverwekkend’, ‘al in behandeling in Europees verband’, of ‘te complex of omvangrijk voor dit project’.

Drietrapsprocedure

Inmiddels heeft een groot aantal van de beoordeelde stoffen de drietrapsprocedure doorlopen volgens welke in Nederland MAC-waarden tot stand komen. Deze procedure wordt gekenmerkt door een gescheiden beoordeling van wetenschappelijke factoren in de Gezondheidsraad en technische en economische aspecten in de Sociaal-economische Raad. In de laatste stap stelt de staatssecretaris van SZW op basis van beide beoordelingen een wettelijke grenswaarde vast. Dit heeft er toe geleid dat in de Nederlandse MAC-lijst een aantal van de waarden waarvoor de Gezondheidsraad een advies had afgegeven, is aangepast en een wettelijke status hebben verkregen. Een aantal van de stoffen waarvoor de Gezondheidsraad geen waarde kon adviseren, is uit de lijst verwijderd.



Foto die Sies Dogger, Hilversum, maakte in Thailand.

Terugblik

De afronding van dit project was voor de voorzitter van de Gezondheidsraad aanleiding om mensen die op enigerlei wijze betrokken waren, uit te nodigen voor een feestelijke bijeenkomst op 16 januari 2006. Tijdens deze bijeenkomst werd kort teruggeblikt door de voorzitter van de Gezondheidsraad, prof. dr André Knottnerus, de waarnemend commissievoorzitter, prof. dr Vic Feron, en één van de wetenschappelijk secretarissen van de commissie, drs Hans Stouten. Daarbij werd onder meer gewezen op het belang en het internationale karakter van deze ‘klus’, die ook in het buitenland veel waardering heeft geogst. Ook werd nog stil gestaan bij het feit dat gedurende het project twee commissie leden, prof. dr Jan Noordhoek, tevens voorzitter, en Philip Chambers, zijn overleden. Na de terugblik nodigde prof. Knottnerus de genodigden uit om onder het genot van een hapje en een drankje nog eens na te praten. Hiermee werd op geanimeerde wijze het project afgesloten.

In de commissie, die inmiddels officieel door de voorzitter van de Gezondheidsraad is ontbonden, hadden zitting:

prof. dr J Noordhoek, *voorzitter* (overleden); prof. dr VJ Feron, *waarnemend voorzitter*; dr A Aitio; PL Chambers (overleden); prof. dr H Greim; dr U Hass; prof. dr CJ Högberg; dr G de Mik; A Moses; prof. dr W Seinen; dr GMH Swaen; dr WMD Wagner; RD Zumwalde; drs LCMP Hontelez, *adviseur*; prof. dr WF Passchier, *waarnemer*; dr CA Bouwman, *secretaris*; drs JTJ Stouten, *secretaris*.

8

Elektromagnetische velden en gezondheid

Regelmatig wordt in de media bericht over onderzoek naar gezondheidsschade door mobiele telefoons, hoogspanningslijnen of andere bronnen van elektromagnetische velden. De commissie Elektromagnetische velden van de Gezondheidsraad volgt de wetenschappelijke ontwikkelingen op dit gebied op de voet en brengt daar geregeld advies over uit.

Briefadvies

Op 11 januari 2005 heeft de Engelse National Radiological Protection Board (NRPB) het rapport *Mobiele telefoons en gezondheid 2004* uitgebracht. De berichtgeving over dit rapport heeft de vraag of het gebruik van mobiele telefoons negatieve gevolgen voor de gezondheid kan hebben, met name voor kinderen, weer in de publieke belangstelling gebracht. In een briefadvies aan de staatssecretaris van VROM heeft de Gezondheidsraad een reactie van zijn commissie Elektromagnetische velden gegeven op het Engelse rapport.

De raad wijst er in de brief op dat in het advies *Mobiele telefoons; een gezondheidkundige analyse* uit 2002 is aangegeven dat er, op grond van de gegevens over de ontwikkeling van het hoofd en hersenen bij kinderen, geen reden is om te veronderstellen dat er vanaf een leeftijd van circa twee jaar nog belangrijke verschillen in gevoeligheid zijn in vergelijking met volwassenen. Een in juni 2004 door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) georganiseerd congres over kinderen en blootstelling aan elektromagnetische velden kwam tot



Drieluik van Bert van Santen uit Tiel.

dezelfde conclusie. De Gezondheidsraad concludeerde dat er op grond van de stand van wetenschap geen gezondheidkundige reden is om het gebruik van mobiele telefoons door kinderen boven de leeftijd van twee jaar te beperken.

Elektromagnetische velden: *Jaarbericht 2005*

Op 23 november 2005 bracht de Gezondheidsraad het *Jaarbericht 2005* uit. Daarin beoordeelt de commissie Elektromagnetische velden een reeks wetenschappelijke publicaties op dit terrein die zijn verschenen in de periode van mei 2003 tot oktober 2005. Voor een deel blijkt het onderzoek geen conclusies toe te laten, omdat er te veel methodologische tekortkomingen zijn. Ander onderzoek is wel goed opgezet.

Het *Jaarbericht 2005* behandelt zes thema's op het gebied van elektromagnetische velden en gezondheid. Steeds wordt nagegaan of nieuw onderzoek van voldoende kwaliteit is om conclusies op te baseren. Op die manier wordt de ontwikkeling van de wetenschappelijke kennis op de voet gevolgd.

Het eerste thema is zendmasten voor mobiele telefoons als mogelijke oorzaak van kanker. In de verslagperiode zijn daarover twee artikelen gepubliceerd. Helaas zijn beide onderzoeken niet goed opgezet en uitgevoerd. Zo zijn de onderzochte populaties niet goed samengesteld en is de daadwerkelijke blootstelling niet bepaald.

Recent onderzoek over andere typen zenders, met name voor radio en televisie, lijkt te wijzen op meer gevallen van leukemie nabij dergelijke zenders. Een grondige beoordeling laat echter zien dat tussen die clusters geen statistisch verband kan worden gevonden.

Dan de mobiele telefoons. In een internationaal project wordt onderzocht of er verband is tussen intensief gebruik van mobiele telefoons en tumoren in het hoofd. De onderzoeksopzet is goed. In de tot nu toe gepubliceerde gegevens zijn geen verhoogde risico's geconstateerd. Alleen bij het gebruik van oudere, analoge telefoons is in één onderzoek een beperkt effect te zien op goedaardige gezwellen van de gehoor- en evenwichtszenuw. Nieuwe gegevens komen binnenkort. Dat zal de betrouwbaarheid van alle bevindingen verder vergroten.

Het *Jaarbericht 2005* behandelt ook de mogelijke relatie tussen borstkanker en blootstelling aan extreem laagfrequente velden. Onderzoek naar beroepsmatige blootstelling toont geen verband. Onderzoek bij hoogspanningslijnen laat een licht verhoogd risico zien. Verschillende relevante variabelen zijn echter niet meegewogen (bijvoorbeeld of vrouwen wel of geen borstvoeding hebben gegeven). Er kunnen daarom geen conclusies worden getrokken uit deze bevindingen.

Verder is in een internationaal project met geïsoleerde lichaamcellen onderzocht of elektromagnetische velden DNA-schade kunnen veroorzaken. De aanwijzingen daarvoor zijn zwak en afkomstig van slechts één onderzoeksgroep.

Het laatste thema is 'elektrische overgevoeligheid'. Sommige mensen schrijven gezondheidsklachten toe aan blootstelling aan elektromagnetische velden. Er zijn op dit moment geen wetenschappelijke aanwijzingen voor een oorzakelijk verband, maar nader onderzoek is gewenst.

Onderzoeksprogramma

Mede op aanbeveling van de Gezondheidsraad heeft de regering besloten een onderzoeksprogramma elektromagnetische velden en gezondheid op te zetten. De staatssecretaris van VROM heeft de Gezondheidsraad gevraagd aan te geven wat voor onderzoek in het kader van dit programma in Nederland zou kunnen worden uitgevoerd. De commissie Elektromagnetische velden is momenteel bezig een advies daarover op te stellen.

De commissie Elektromagnetische velden bestaat uit:

prof. dr EW Roubos, *voorzitter (tot 11 februari 2005)*; dr GC van Rhoon, *voorzitter (vanaf 11 februari 2005)*; dr LM van Aernsbergen, *adviseur*; prof. dr ir G Brussaard; dr J Havenaar; drs FBJ Koops; dr H Kromhout; prof. dr ir FE van Leeuwen; dr HK Leonhard, *adviseur*; dr MM Sitskoorn; dr GMH Swaen (tot 31 december 2004); prof. dr WJ Wadman (vanaf 15 april 2005); DHJ van de Weerdt; prof. dr ir APM Zwamborn; dr E van Rongen, *secretaris*.

9

Ethische bouwstenen voor beleidsagenda

Op 28 juni 2005 verscheen het rapport *Signalering ethiek en gezondheid 2005*, dat is opgesteld door het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG). Dit centrum heeft als taak om ethische kwesties te signaleren die samenhangen met ontwikkelingen in de biomedische wetenschappen of in de zorg. Het Centrum voor ethiek en gezondheid is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Signalering ethiek en gezondheid 2005* bevat zes signalementen. De eerste drie vallen onder verantwoordelijkheid van de Gezondheidsraad. Het vierde signalement, over screening in de huisartspraktijk, is een gezamenlijk product van beide raden. Het vijfde en zesde signalement zijn bijdragen van de RVZ.

Embryonale stamcellen zonder morele pijn?

Dit voorjaar lieten Koreaanse onderzoekers weten embryonale stamcellen te hebben verkregen uit menselijke embryo's die waren ontstaan via klonering. Hoewel inmiddels duidelijk is geworden dat die claim op bedrog berustte, is de hoop nog altijd dat men uiteindelijk uit dergelijke stamcellen patiëntspecifiek celmateriaal zal kunnen kweken voor de behandeling van allerlei aandoeningen. Vanwege de embryo's die daarbij ontstaan en de eicellen die er voor nodig zijn, is dat onderzoek echter controversieel. Er bestaat dan ook veel belangstelling voor de zoektocht naar moreel onbelaste manieren om dezelfde patiëntspecifieke stamcellen te verkrijgen. Veel van de daarbij als 'embryosparend' gepresenteerde voorstel-

len gaan er van uit dat niet-levensvatbare embryo's geen embryo's zijn en dat het kweken en leeghalen ervan dus ook geen moreel probleem kan opleveren. De vraag is of dat niet een al te gemakkelijke redenering is. Wat is eigenlijk de status van niet-levensvatbare embryo's? Het lijkt ongewenst de discussie daarover al in de definitie van een embryo te beslissen. Maar in de huidige Embryowet gebeurt dat wel. Bij de evaluatie van deze wet dient daarom ook de vraag aan de orde te komen wat precies onder een embryo moet worden verstaan.

Ethische aspecten van kostenutiliteitsanalyse

Bewaking van de kosten voor de gezondheidszorg maakt het noodzakelijk keuzes te maken bij de toelating van voorzieningen tot het verstrekkingenpakket. Het instrument van de kostenutiliteitsanalyse (KUA) is ontwikkeld om dat te kunnen doen op grond van een uniforme kwantitatieve vergelijking van de doelmatigheid van zorgvoorzieningen over de volle breedte van de gezondheidszorg. De KUA-systematiek houdt echter geen rekening met overwegingen van rechtvaardigheid. Kritiek daarop heeft zowel geleid tot het voorstel die systematiek uit te breiden, als tot de stelling dat KUA, ook als daarin niet alle relevante overwegingen zijn verdisconteerd, toch in ieder geval als basis voor de besluitvorming kan dienen. Wat in die beide benaderingen uit het oog wordt verloren, is dat de diverse onzekerheden en onvolkomenheden van KUA zelf al allerlei (verborgen) verdelingseffecten kunnen hebben. Onderkenning daarvan betekent dat KUA hoogstens hulpmiddel kan zijn in een op zorgvuldige en democratische procedures gebaseerde besluitvorming. Dat is van belang in verband met de plannen om, deels naar Brits model, te komen tot een 'nationale beoordelingsstructuur' voor pakketbeslissingen.

Nu met bacteriën! Voedingsmiddelen met gezondheidsclaims

Een nieuwe trend in de supermarkt zijn voedingsmiddelen waaraan een gezondheidsclaim is verbonden. In dit signalement worden de ethische aspecten van deze ontwikkeling onderzocht. Kloppen de claims wel? Zijn de middelen veilig? Dragen deze voedingsmiddelen bij aan het vergroten van de maatschappelijke tweedeling? Hoe kunnen consumenten het best worden geholpen bij de samenstelling van een verantwoord voedingspakket? En hoe te voorkomen dat hun daarbij de ruimte wordt ontnomen om zelf invulling te geven aan wat zij verstaan onder 'het goede leven'? Een belangrijke constatering is dat er nog onvoldoende waarborgen zijn voor de wetenschappelijke onderbouwing van de aan voedings-



Rusland, schilderij in gemengde technieken van Maud Quaedvlieg uit Breda.

middelen verbonden gezondheidsclaims. Het is nog onzeker of en op welke termijn nieuwe Europese regelgeving hier verandering in kan brengen.

Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk

Er komen steeds meer mogelijkheden voor vroege opsporing gericht op preventie van ziekte door tijdige behandeling of aanpassing van de leefstijl. In dit signalement wordt aandacht gevraagd voor de rol van de huisarts in die ontwikkeling. Vroege opsporing (screening) is gericht op mensen die nog geen specifieke klachten ervaren. En voor die groep is de huisarts de enige arts met wie zij al een lopende relatie hebben. Het ongevraagde karakter van screening betekent wel dat sprake moet zijn van een duidelijke meerwaarde voor de personen die er mee worden benaderd. Ook is essentieel dat zij niet door het aanbod worden overvallen. Juist de huisarts is echter in staat op de persoon in kwestie toegesneden informatie te bieden en toe te zien op een weloverwogen besluitvorming. Dat stelt wel hoge eisen, niet alleen aan deskundigheid en communicatieve vaardigheden, maar ook in termen van organisatie en tijdsbeslag. Veel mensen staan positief tegen een meer nadrukkelijke rol van hun huisarts op dit terrein. Maar huisartsen zelf zijn vaak terughoudend. Dat is deels een kwestie van capaciteit en prioriteit, maar het heeft ook te maken met uiteenlopende opvattingen over de rol van de huisarts. Moet de huisarts pro-actief zijn en de gezondheid van de patiënt ‘bewaken’, of juist een zorgverlener op afstand zijn, die pas in beeld komt wanneer het nodig is?

Zorgverlener én opsporingsambtenaar?

Stel dat Volkert van der G aan de politie was ontkomen en hij meldt zich nadien bij een psychiater. Moet de psychiater dit melden aan de politie? Volgens de huidige wetgeving niet: de hulpverlener is gebonden aan zijn beroepsgeheim. Uit het signalement ‘Zorgverlener én opsporingsambtenaar?’ blijkt echter dat de opvattingen die aan deze wetgeving ten grondslag liggen onder druk staan. Steeds vaker wordt aan zorgverleners gevraagd mee te werken aan het verstrekken van patiënteninformatie in verband met een publiek belang – zoals de opsporing van misdrijven. Dit kan gevolgen hebben voor de vertrouwensrelatie en de toegankelijkheid van de zorg. Maar het roept ook vragen op over de grenzen van de waarschuwingsplicht van zorgverleners.

Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen

Omdat in de zorg zoveel morele kwesties spelen, is het van belang dat zorgverleners beschikken over de vaardigheden om hiermee om te gaan. Uit het signalement ‘Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen’ blijkt echter dat veel zorgverleners te weinig ethische basiskennis en morele vaardigheden hebben. Dit kan in de praktijk leiden tot misverstanden, morele en communicatieproblemen en een niet optimale kwaliteit van zorg. Toch is de mate waarin instellingen actief aan ethiek doen, nog uiterst bescheiden. Voor wat betreft het onderwijs in de ethiek blijkt er met name op het MBO nauwelijks aandacht voor ethiek te zijn. Het is dan ook of de vraag of met dit aanbod de wettelijke eindtermen – waarin ethiek expliciet genoemd wordt – gehaald kunnen worden.

10

GR Digitaal

Met grote regelmaat verschijnen er nieuwe publicaties van de Gezondheidsraad. Ook vindt er een actieve planning plaats van de nog uit te komen adviezen. Als men zich goed wil informeren over de stand van zaken vormt de website van de raad een makkelijk toegankelijke bron van informatie. Het adres is:

www.gr.nl

Sinds kort zijn er op de website twee diensten beschikbaar die beide tot doel hebben de belangstellenden zo snel en volledig mogelijk te attenderen op het laatste nieuws van de Gezondheidsraad: de Nieuwsbrief en de *RSS-feed*.

Via de optie ‘Aanmelden Nieuwsbrief’ in de linkermarge van de startpagina van de website, kan men zich abonneren op een elektronische nieuwsbrief die per e-mail wordt verzonden. Deze verschijnt zodra er nieuwe publicaties op de website worden vermeld en bevat een directe link naar die publicaties. Ook wordt er aandacht besteed aan de adviezen die in de komende periode zullen worden aangeboden.

Dezelfde informatie is beschikbaar voor degenen die gebruik maken van *RSS-readers*. RSS staat voor *Really Simple Syndication*. *RSS-readers* zijn (meestal gratis) programmaatjes die worden gebruikt in de strijd tegen de informatieovervloed. De gebruiker krijgt dan, op commando, een overzicht van alle veranderingen van de ingestelde websites, zonder deze zelf te hoeven bezoeken.

Voorwaarde is wel dat de website over een zogenoemde *RSS-feed* beschikt, te herkennen aan een dergelijk vignet:



Deze service treft men steeds vaker aan op internet, en biedt een snelle en doeltreffende manier om op de hoogte te blijven. De website van de Gezondheidsraad beschikt sinds enige tijd ook over een dergelijke voorziening, en de hierop aanwezige informatie is nu dus ook via deze technologie toegankelijk.

11

Enkele getallen

- Voorzitter: 1 (deeltijd)
 - Vice-voorzitters: 2 (deeltijd)
 - Leden van de Gezondheidsraad op 1 januari 2005: 192 leden, onder wie 34 vrouwen
 - Leden van de Gezondheidsraad op 31 december 2005: 183 leden, onder wie 31 vrouwen
 - Ereleden: 5
 - Beraadsgroepen: 8; m.i.v. mei 2005: 7 (Beraadsgroep Ecotoxicologie is opgeheven)
 - Leden beraadsgroepen: 147
 - Commissies: 48
 - Commissieleden: 578 (inclusief adviseurs en secretarissen)
 - Commissievergaderingen: 112
 - Workshops en hoorzittingen: 11
 - Lezingen en colloquia: 5
-



Het inpakken van *Graadmeter* – het periodiek van de Gezondheidsraad – door medewerkers van het secretariaat.

Secretariaat:

- Leden management op 1 januari 2005: 4
- Leden management op 31 december 2005: 3
- Wetenschappelijke stafleden op 1 januari 2005: 36
- Wetenschappelijke stafleden op 31 december 2005: 29
- Logistieke stafleden op 1 januari 2005: 29
- Logistieke stafleden op 31 december 2005: 22
- In 2005 door de Gezondheidsraad uitgebrachte adviezen: 44 (waaronder 16 adviezen herevaluatie oude MAC-waarden)

12

Publicaties 2005

Publicatienr.	Titel publicatie	datum uitgebracht
2005/01	Mutageniteitstests met reportergenen bij dieren/The use of reporter genes for mutagenicity testing in animals	24-01-2005
2005/02	Het chronische-vermoeidheidssyndroom	25-01-2005
2005/02E	Chronic fatigue syndrome	29-03-2005
2005/03	Briefadvies Mobiele telefoons en gezondheid	14-01-2005
2005/04	Briefadvies Europees Actieplan Milieu en Gezondheid 2004-2010	27-01-2005
2005/04E	Letter report European Environment and Health Action Plan 2004-2010	27-04-2005
2005/05	Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een griep pandemie	14-02-2005
2005/05E	Use of antiviral agents and other measures in an influenza pandemic	14-02-2005
2005/06	Vergrijzen met ambitie	28-02-2005
2005/07	Signalering ethiek en gezondheid 2005	29-06-2005
2005/08	Signalering van betekenisvolle ontwikkelingen in de zorg: Herkenning van nieuwe en veranderende technologie	23-08-2005
2005/09	Protocollen asbestziekten: longkanker	26-07-2005
2005/10	Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid	22-07-2005
2005/11	Neonatale screening	22-08-2005
2005/11E	Neonatal screening	22-08-2005
2005/12	Kwaliteit en kwantiteit van allogene stamceltransplantaties bij kinderen	24-08-2005
2005/13	Vaccinatie van zuigelingen tegen pneumokokken	25-10-2005
2005/14	Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2005 / Electromagnetic Fields: Annual Update 2005	23-11-2005
2005/15	Verzekeringsgeneeskundige protocollen	30-11-2005

2005/01WBO	Wet bevolkingsonderzoek: vormen van screening op darmkanker	27-04-2005
2005/02WBO	Wet bevolkingsonderzoek: Kalkscore en hart- en vaatziekten	27-04-2005
2005/03WBO	Wet bevolkingsonderzoek: proefbevolkingsonderzoek naar darmkanker	03-11-2005
2005/04WBO	Wet bevolkingsonderzoek: dunnelaagcytologie en geautomatiseerde screening op baar- moederhalskanker	17-11-2005
2005/01OSH	Dacarbazine; Health-based calculated occupational cancer risk values	19-04-2005
2005/02OSH	2-Nitronaphthalene	19-04-2005
2005/03OSH	Cisplatin; Health-based calculated occupational cancer risk values	19-04-2005
2005/04OSH	4-Chloro-o-phenylenediamine; Health-based calculated occupational cancer risk values	19-04-2005
2005/05OSH	Glutaraldehyde; Health-based recommended occupational exposure limit	12-05-2005
2005/06OSH	Tin and inorganic tin compounds; Health-based recommended occupational expo- sure limit	09-06-2005
2000/15OSH/143 t/m 2000/15OSH/158	Herevaluatie van oude mac-waarden: Broom; Butaanthiol; Diboriumtrioxide; Dife- nylether; Ethyleendinitraat; Glyceroltrinitraat; Hydroxypropylacrylaten; 2,2'-imino- diethanol; 2,2'-iminodi(ethylamine); Methylcyclohexaan; Mierenzuur; Natriumbisulfiet; Nonaan; Octaan; 4,4'-thiobis (6-tert-butyl-m-cresol); Tributylfos- faat	05-12-2005
A05/01	Ethical Aspects of Cost-utility Analysis. 4th Forum of National Ethics Councils in EU Countries, Amsterdam, 22 December 2004. Presentations and discussion	04-04-2005
A05/02	Health Council of the Netherlands reports 2004 : executive summaries	12-04-2005
A05/03	Jaarverslag Gezondheidsraad 2004	31-03-2005
A05/04	Sociaal jaarverslag van het secretariaat Gezondheidsraad 2004	juli 2005
A05/05	Werkprogramma 2006 Gezondheidsraad / RGO	20-09-2005
A05/05E	Work Programme 2006 Health Council of the Netherlands / Advisory Council on Health Research	20-09-2005

Jaarverslag 2005
Raad voor Gezondheidsonderzoek

Publicatienummer 52, Den Haag, 30 maart 2006

-
- 1 Inleiding
 - 2 Patiëntveiligheid
 - 3 Mensen met een verstandelijke beperking
 - 4 Tussenrapportage over universitaire responsiviteit
 - 5 Kennisinfrastructuur farmaceutische zorg
 - 6 Commissie Overleg Sectorraden
 - 7 Samenstelling van de Raad voor Gezondheidsonderzoek

Deel II

1

Inleiding

Tot en met 2004 bracht de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) zijn jaarverslag gelijktijdig uit met het werkprogramma voor de daaropvolgende jaren. In 2005 is het Werkprogramma 2006 van de RGO voor het eerst gezamenlijk uitgebracht met het werkprogramma van de Gezondheidsraad, in één publicatie. Het ligt dan voor de hand ook de jaarverslagen gezamenlijk uit te brengen, als een stap naar de samenvoeging van de RGO en de Gezondheidsraad, die in 2006 zijn beslag zal krijgen.

In 2005 heeft de RGO een groot deel van zijn voorgenomen activiteiten uitgevoerd. De publicaties die de raad heeft uitgebracht zullen kort de revue passeren in dit jaarverslag. Een belangrijk punt bij het uitbrengen van adviezen is de tijdigheid: komt zo'n advies op tijd beschikbaar, of is het moment waarop de overheid met de aanbevelingen aan de slag kan al gepasseerd? Op dat punt was 2005 een goed jaar. Twee van de drie adviezen die de raad in 2005 heeft uitgebracht hebben nog in hetzelfde jaar tot vervolgacties geleid, een reactie op het derde advies wordt verwacht in 2006. Bij de bespreking van de adviezen komen die reacties kort aan de orde.

Op personeel gebied was 2005 een jaar van afscheid nemen. Na tien jaar werkzaam te zijn geweest als algemeen secretaris van de RGO heeft drs Hans Benneker gebruik gemaakt van een regeling voor vervroegd pensioen. Per 1 december 2005 heeft hij de RGO verlaten. Zodra de samenvoeging een feit is zal de algemeen secretaris van de Gezondheidsraad deze functie gaan vervullen. In

december moest het secretariaat ook afscheid nemen van zijn systeembeheerder, Take Alberts. De heer Alberts heeft vanaf de oprichting van de RGO de zorg gedragen voor het computernetwerk van het secretariaat. Deze functie is overgenomen door de medewerkers van de afdeling Informatievoorziening en -ondersteuning (IVO) van de Gezondheidsraad. Door het verstrijken van de benoemingstermijn of het aanvaarden van nieuwe functies moesten enkele leden van de RGO hun lidmaatschap in de loop van 2005 neerleggen. Twee vacatures zijn in de loop van het jaar opgevuld, voor de andere loopt inmiddels de benoemingsprocedure.

Per 31 december 2005 ten slotte liep ook de benoemingstermijn van de voorzitter van de RGO, prof. dr Harry Rooijmans ten einde. Zijn opvolger, prof. dr Paul van der Maas, zal per 1 april 2006 aantreden als de nieuwe voorzitter van de RGO. Ter gelegenheid van het afscheid van prof. Harry Rooijmans organiseerde de RGO in januari 2006 het symposium *Sturen in het Gezondheidsonderzoek*.



Prof. dr Harry Rooijmans.

Wat 2006 verder zal brengen kan niemand met zekerheid zeggen, maar één ding is duidelijk: het wordt een jaar van veranderingen. De samenvoeging van de RGO met de Gezondheidsraad zal in 2006 zijn beslag krijgen. Ook kan de RGO in dat jaar een grote bezuiniging verwachten. Die zal het moeilijker maken alle voorgenomen activiteiten in één jaar te voltooien, maar het streven van de RGO blijft het werkprogramma 2006 ten uitvoer te brengen.

2

Onderzoek patiëntveiligheid

Na verschijnen van het Amerikaanse rapport *To Err is Human* en rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de onveiligheid in onze eigen gezondheidszorg is de belangstelling voor dit onderwerp sterk gegroeid. Tegen deze achtergrond ontving de RGO een vraag van de minister over de noodzaak van onderzoek naar de (on)veiligheid in de ziekenhuissector. De RGO werd gevraagd aan te geven waar de belangrijkste prioriteiten van onderzoek liggen en op welke wijze het benodigde onderzoek het beste zou kunnen worden ingericht.

Bij het opstellen van zijn advies heeft de RGO geconstateerd dat, ondanks de sterk gegroeide belangstelling, in ons land nog betrekkelijk weinig wetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd. Voor zover dit onderzoek überhaupt wordt verricht, is dit vooral het werk van individuele onderzoekers met weinig onderling contact. Voorts is het de raad gebleken dat de technische universiteiten, waar relatief nog het meeste onderzoek plaatsvindt, een ingang in de kliniek missen voor nader onderzoek naar de door hun ontwikkelde innovaties. Ten slotte blijken de registraties die behulpzaam zouden kunnen zijn bij het verhogen van de veiligheid in de gezondheidszorg niet structureel te leiden tot (vervolg)onderzoek.

Het onderzoek op het terrein van patiëntveiligheid moet in ons land nog vrijwel volledig van de grond worden getild; daarin verschilt ons land overigens niet van de meeste landen om ons heen. Om die reden heeft de RGO zich vooral gericht op de manier waarop de aanwezige expertise verder kan worden uitge-

bouwd. Gekozen is hierbij voor een model waarin het onderzoek de eerstkomende zes jaren wordt geconcentreerd in een drietal 'zwaartepunten' waarin wordt samengewerkt tussen centra met expertise op het onderhavige terrein, en de entree in de kliniek (of: samenwerking tussen onderzoekers en medici) kan worden gewaarborgd. Met het oog op een verdeling van het onderzoek onder de zwaartepunten zijn drie onderwerpen geformuleerd die bij voorrang nader onderzoek vergen: 'De veiligheid van medicatie', 'Rapportage- en analysesystemen' en 'Het veiliger maken van complexe zorg en communicatie'. Een betrekkelijk bescheiden fonds voor goede onderzoeksvoorstellen van onderzoekers/zorgverleners buiten de drie zwaartepunten stimuleert hen na te blijven denken over en activiteiten te ontwikkelen voor veiligheid in de gezondheidszorg. Voor de effectivering van zijn voorstellen bepleit de RGO de instelling van een projectgroep Patiëntveiligheid bij ZonMw.

De RGO heeft zijn advies januari 2005 aan de minister aangeboden. Deze heeft daarop ZonMw gevraagd een programma van onderzoek in te stellen. Dit wordt een deelprogramma van het ZonMw-programma Patiëntveiligheid. In het programma zullen de aanbevelingen van de RGO zoveel mogelijk als uitgangspunt dienen. Het uitgewerkte programma wordt begin 2006 verwacht.

Het advies is opgesteld door een commissie bestaande uit:

prof. dr DJ Gouma, *voorzitter*; prof. dr CJ de Blaey; prof. dr AE Meinders; prof. dr mr BAJM de Mol; dr TW van der Schaaf; drs WMLCM Schellekens; dr C de Visser; prof. dr FCB van Wijmen; drs HW Benneker, *waarnemer*; mr GJ Buijs, *waarnemer*; drs JMM Hansen, *waarnemer*; prof. dr HGM Rooijmans, *waarnemer*; drs LM de Vries, *waarnemer*; dr R van der Sande, *secretaris*.

3

Onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking

In Nederland leven naar schatting 111 750 mensen met een verstandelijke beperking. Hiervan maakt iets minder dan de helft gebruik van een vorm van ondersteund wonen, de andere helft woont zelfstandig of thuis. Er is momenteel een trend waarneembaar waarbij steeds meer mensen uit de instellingen verhuizen naar kleinschalige woonvoorzieningen met de benodigde ondersteuning en begeleiding. Tevens is te zien dat het aantal mensen met een verstandelijke beperking in de afgelopen tijd is gestegen door een stijging van de levensverwachting. Dit levert tal van urgente maatschappelijke en wetenschappelijke vragen op. Bijvoorbeeld vragen rond verouderingsaandoeningen: wat zijn de consequenties voor deze kwetsbare groep mensen, die voor hun functioneren afhankelijk zijn van anderen? Wat zijn de gevolgen van een voortgaande deinstitutionalisering? Hoe kunnen problemen in de continuïteit en toegankelijkheid van zorg ondervangen worden?

Tot op heden hebben deze vragen in wetenschappelijk onderzoek weinig aandacht gekregen. Dit komt vooral omdat de infrastructuur van het onderzoek op dit terrein een aantal belangrijke knelpunten kent. De RGO heeft aandacht besteed aan deze problematiek in het advies *Beperkingen en mogelijkheden; onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Dit advies verscheen in maart 2005. Uit een door de RGO gemaakte inventarisatie blijkt dat de omvang van het (universitaire en buitenuniversitaire) medisch- en gedragswetenschappelijk onderzoek beperkt is. De raad concludeert dat het vooral ontbreekt aan

onderzoek naar veroudering en naar deïstitutionalisering. Het onderzoek is nu versnipperd over vele thema's, er ontbreekt een overkoepeling. Er is sprake van vele, in omvang kleine onderzoeksgroepen, die voor het overgrote deel worden gefinancierd op projectbasis. Financiering van onderzoek is zeer moeilijk en veel onderzoek is kortlopend. Structurele of multidisciplinaire samenwerking vindt nauwelijks plaats. Ouder- en cliëntenverenigingen geven aan ten onrechte nauwelijks betrokken te zijn bij de signalering van onderzoeksvragen.

Volgens de RGO is verbetering te bereiken via een stimuleringsprogramma dat zes tot acht jaar duurt. Dit programma zou € 7 à 8 miljoen moeten kosten, te financieren door VWS en de zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Met iets meer dan de helft van dit bedrag zou een onderzoeksprogramma bij ZonMw moeten worden gerealiseerd, bestaande uit promotietrajecten en *bottom up* onderzoeksvorstellen rond één thema 'Levensloop en levensfasen'. Tevens zou voor het gewenste langdurige vervolgonderzoek een systematische gegevensverzameling moeten worden opgezet. Essentieel is verder een verbreding en versterking van het wetenschappelijk draagvlak binnen de beroepsgroepen. Daarom dient tenminste één leerstoel voor de medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking structureel te worden, met het bijbehorende wetenschappelijk personeel. In het advies gaat de RGO ervan uit dat een substantieel gedeelte (40 tot 50 procent) van het totale programma wordt gefinancierd door de zorginstellingen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland).

In vervolg op dit advies heeft de RGO in samenwerking met Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) een conferentie georganiseerd op 28 juni 2005 over kennis en kennisbeleid in de gehandicaptenzorg. De conferentie 'De krachten bundelen' was bedoeld om het RGO-advies *Beperkingen en mogelijkheden; onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking* en het later in het jaar verschenen advies over kennisbeleid van de VGN te bundelen en afspraken te maken over hoe met kennis en kennisbeleid binnen de gehandicaptenzorg verder te gaan. Staatssecretaris van VWS Ross-van Dorp was een van de sprekers tijdens deze conferentie. Inmiddels heeft VWS aan ZonMw opdracht gegeven een programma te starten, waarvoor het departement € 2 miljoen beschikbaar heeft gesteld. Nadere invulling van thema's wordt door VGN, VWS en ZonMw verzorgd. Binnen de sector gehandicaptenzorg zal in navolging van het advies van de VGN gewerkt worden aan een structuur van regie en samenwerking met als doel professionalisering. De VGN stelt hiervoor € 1,2 miljoen beschikbaar. Deze investeringen zijn een mooi begin, maar naar verwachting niet genoeg. Alleen de

toekomst zal ons leren of alle ambities uit deze twee adviezen kunnen worden waargemaakt.

Het advies is opgesteld door een commissie bestaande uit:

prof. dr TJ Heeren, *voorzitter*; prof. dr JM Bensing; dr M Mootz; dr C Smit; prof. dr C van Weel; prof. dr FCB van Wijmen; drs HW Benneker, *waarnemer*; prof. dr HGM Rooijmans, *waarnemer*; dr CH Bakker, *secretaris*.

4

Universitaire responsiviteit

Het begrip 'universitaire responsiviteit' dook voor het eerst op in 2003, in een verzoek van VWS aan de RGO te adviseren over diverse onderwerpen. De grondslag voor de vraag aan de RGO was de indruk dat in het universitaire onderzoek sommige onderwerpen met relatief veel onderzoekscapaciteit worden bediend en andere onderwerpen niet tot marginaal. En inderdaad, het is waar dat de RGO in zijn adviezen met regelmaat onderwerpen noemt die niet de aandacht krijgen die maatschappelijk gewenst is.

Het onderwerp is voor de RGO aanleiding geweest tot levendige discussies, met name over de vraag hoe het begrip geïnterpreteerd moet worden en op wiens behoeften universiteiten zouden moeten reageren. De weerslag van die discussies is te vinden in de *Tussenrapportage Universitaire responsiviteit*, in mei 2005 uitgebracht als een discussiestuk voor de ministeries van VWS en OCW.

In zijn tussenrapportage maakt de RGO een analyse van het begrip 'universitaire responsiviteit'. Dit begrip is niet eenduidig. Als het wordt opgevat als 'de mate waarin universitair onderzoek een reactie is op (maatschappelijke) behoeften aan kennis', dan blijkt bij nadere beschouwing dat die behoeften pluriform zijn. Verschillende maatschappelijke partijen hebben belang bij universitair onderzoek: onder anderen patiënten en professionals in de zorg. Er is geen centrale spreekbuis voor deze groepen. Onderzoekprogramma's kunnen in diverse opzichten responsief zijn. Ze kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op typen gezondheidsproblemen of patiëntengroepen, maar ook op functies of sectoren van de

gezondheidszorg of op disciplines. Als gevolg van deze pluriformiteit is ook niet onmiddellijk één maatstaf beschikbaar om vast te kunnen stellen of de UMC's in voldoende mate 'responsief' zijn. UMC's willen in de praktijk overigens wel degelijk responsief zijn, getuige onder andere hun missiedocumenten.

De tussenrapportage noemt enkele factoren die naar verwachting een rol spelen bij het tot stand komen van de universitaire onderzoeksagenda. Zowel interne als externe factoren spelen een rol. De meeste van deze factoren lijken slechts in beperkte mate stuurbaar. Een doorslaggevende externe sturingsfactor is de financiering: meer dan de helft van het onderzoek dat binnen UMC's wordt uitgevoerd, vindt plaats met externe financiering. Dat heeft onmiskenbaar invloed op de onderwerpen waar onderzoek naar gedaan wordt. Maar geld is niet de enige factor. Wellicht zijn er andere mogelijkheden om de responsiviteit van UMC's nog te verbeteren.

Naar aanleiding van de tussenrapportage heeft de RGO overleg gevoerd met vertegenwoordigers van de ministeries van VWS en OCW. De uitkomst daarvan is dat de RGO in 2006 een vervolgrapportage over dit onderwerp zal uitbrengen, met een aangescherpte vraagstelling.

De tussenrapportage is opgesteld door een commissie bestaande uit:

prof. dr JPMackenbach, *voorzitter*; prof. dr JM Bensing; dr A Boer; prof. dr TJ Heeren; prof. dr HM Pinedo; dr C Smit; prof. dr C van Weel; drs HW Benneker, *waarnemer*; prof. dr HGM Rooijmans, *waarnemer*; dr CH Langeveld, *secretaris*.

5

Kennisinfrastructuur farmaceutische zorg

De geneesmiddelenvoorziening en farmaceutische zorg zijn onderwerpen die in 2005 bijna wekelijks in het nieuws waren. Dat had voor een deel te maken met de stelselwijziging en de introductie van marktwerking in de zorg, en het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening. Een belangrijk hulpmiddel bij dat streven is een effectieve beschikbaarheid van objectieve informatie en kennis. De direct betrokkenen (zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars) dienen over die kennis te kunnen beschikken. Maar hebben de instituten en professionals die hiervoor zorgdragen toegang tot en de beschikking over de juiste kennis om doelmatig te kunnen functioneren? Dat is de kern van de vraag die de minister van VWS aan de RGO stelde.

In het advies *Kennisinfrastructuur Farmaceutische Zorg* heeft de RGO de bestaande kennisinfrastructuur en de kennisbehoefte van de verschillende partijen in de geneesmiddelenvoorziening en in de farmaceutische zorg in kaart gebracht. De kennisinfrastructuur is redelijk, zo luidt de conclusie van de RGO, maar is verdeeld over te veel organisaties. Het advies bevat aanbevelingen om vereenvoudiging te bereiken. Samenvoeging van de organisaties in de geneesmiddelenvoorziening zal eenduidigheid en effectiviteit ten goede komen. In de farmaceutische zorg dienen patiëntenorganisaties een meer centrale rol te krijgen bij de informatievoorziening aan consumenten en patiënten.

Een ander punt is de kennis over de werkzaamheid en bijwerkingen van geneesmiddelen op wat langere termijn, nadat zij op de markt zijn gebracht. De raad constateert een ernstige lacune in de kennis over de daadwerkelijke effectiviteit en over de bijwerkingen van geneesmiddelen in de algemene bevolking. Onderzoek hiernaar dient geïnitieerd te worden onder verantwoordelijkheid van zowel de overheid als verzekeraars en industrie. Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen is met dit type onderzoek zeer gediend.

Het advies werd in november 2005 aangeboden aan het ministerie van VWS. In vervolg hierop is een bijeenkomst afgesproken waarin medewerkers van de RGO nog een nadere toelichting op het advies geven voor de directie Geneesmiddelen en Medische Technologie. VWS werkt nu aan een reactie op het advies.

Het advies is opgesteld door een commissie bestaande uit:

prof. dr WG van Aken, *voorzitter*; prof. dr JM Bensing; dr A Boer; prof. dr TJ Heeren; dr ir AM Henken; dr C Smit; dr C de Visser; prof. dr C van Weel; drs HW Benneker, *waarnemer*; drs JMM Hansen, *waarnemer*; drs AAW Kalis, *waarnemer*; drs M van der Maten, *waarnemer*; prof. dr HGM Rooijmans, *waarnemer*; dr I Meijer, *secretaris*; dr ir VWT Ruiz van Haperen, *secretaris*.

6

Commissie Overleg Sectorraden

De RGO maakt samen met andere sectorraden en sectorraad-achtige organisaties deel uit van de Commissie Overleg Sectorraden (COS). Onder auspiciën van de COS kunnen de leden van de COS diverse gezamenlijke activiteiten ondernemen. Medewerkers van de RGO waren in 2005 betrokken bij enkele van deze activiteiten.

Dr Ingeborg Meijer maakte deel uit van een stuurgroep die het project rond gentechnologie begeleidde. Dit project is geïnitieerd door Stichting Toekomstbeeld der Techniek (STT) en resulteerde in de uitgave *Genomics 2030; Part of everyday life* (STT publicatie 70). Op 5 oktober 2005 werd het eerste exemplaar tijdens het KIVI NIRIA congres *Technology cares* overhandigd aan de minister van VWS. Tijdens dit congres vond een debat plaats over het onderwerp 'De dokter en de ingenieur', georganiseerd door de RGO (dr Véronique Ruiz van Haperen) in samenwerking met KIVI NIRIA, de Nederlandse beroepsvereniging van ingenieurs. De uitkomsten van dit debat worden verwerkt in een afzonderlijke publicatie over de communicatie tussen deze twee zeer verschillende beroepsgroepen.

In 2005 was dr Kees Langeveld betrokken bij de voorbereiding van het tweede deeladvies *Natuur en gezondheid*. De Raad voor ruimtelijk, milieu- en natuuronderzoek (RMNO) is de trekker van deze activiteit. Het eerste deel van dit tweeluik was een product van de Gezondheidsraad in samenwerking met de RMNO. Het verscheen in 2004 onder de titel *Natuur en gezondheid; Invloed van*

natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden (zie Jaarverslag Gezondheidsraad 2004). Het tweede deeladvies wordt verwacht in 2006.

De COS is dit jaar een gezamenlijke activiteit van alle COS-leden gestart, een pilotproject getiteld *Horizon Scan*. Vanuit de RGO neemt dr Rob van der Sande hier aan deel. Deze activiteit richt zich op nieuwe, zich ontwikkelende inzichten en technologieën, naar het voorbeeld van de Engelse *foresight* organisatie Office for Science and Technology.

Ten slotte verscheen in 2005 het eindrapport *Mental Capital; an exploratory study of the psychological dimension of economic development*. Grote veranderingen in de Nederlandse economie (transitie naar kenniseconomie, toenemende internationale concurrentie, stagnatie publieke sector) lijken gepaard te gaan met een snelle toename van psychische problematiek (*stress, burn-out, arbeidsongeschiktheid*). Deze verkenning beschrijft uitvoerig in hoeverre en hoe deze twee ontwikkelingen met elkaar verband houden. De studie is uitgevoerd door MERIT (dr Rivka Weehuizen), in opdracht van de RGO. Op basis hiervan is aansluitend een aantal toekomstige onderzoeksvragen geformuleerd. Hierover zal medio 2006 met experts een conferentie worden georganiseerd.

De publicaties die verschijnen onder auspiciën van de COS zijn te vinden op de website www.toekomstverkennen.nl.

7

Samenstelling van de Raad voor Gezondheidsonderzoek

Leden:

prof. dr HGM Rooijmans, *voorzitter*
prof. dr C van Weel, *vice-voorzitter*
prof. dr JM Bensing
dr A Boer
prof. dr DJ Gouma (tot 1-3-2005)
prof. dr JWM Hazes (vanaf 1-9-2005)
prof. dr TJ Heeren
dr ir AM Henken (tot 31-12-2005)
prof. dr JP Mackenbach
dr M Mootz (tot 1-9-2005)
dr C Smit
dr LJ van 't Veer
dr C de Visser (tot 31-12-2005)
prof. dr R Vos (vanaf 1-9-2005)

Adviseurs:

dr ir CM Vos, VWS
drs J Lelij, OCW
ir MW Horning, EZ

Waarnemers:

prof. dr HM Pinedo, ZonMw
(drs HJ Smid, plaatsvervangend, ZonMw)
prof. dr B Löwenberg, RMW-KNAW

Secretariaat:

dr CH Bakker, *secretaris*
drs HW Benneker, *algemeen secretaris*
dr CH Langeveld, *plaatsvervangend algemeen secretaris*
dr I Meijer, *secretaris*
dr ir VWT Ruiz van Haperen, *secretaris*
dr R van der Sande, *secretaris*
AJH Bakker-van Leeuwen, *secretaresse*
AH Hakkers, *secretaresse*