



Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : Briefadvies *Wet op het bevolkingsonderzoek: tussentijds advies over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker*
Uw kenmerk : PG/OGZ-3151868
Ons kenmerk : I-1416-13/LvR/bp/894-A41 Publicatienr. 2013/06
Bijlagen : 2
Datum : 10 april 2013

Geachte minister,

Op 28 februari 2013 vroeg u in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) de Gezondheidsraad om advies over een vergunningaanvraag voor bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Deze aanvraag vloeit voort uit uw besluit van 25 mei 2011 om dit bevolkingsonderzoek vanaf september 2013 geleidelijk in te voeren. De aanvraag is onder regie van het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) van het RIVM door de vijf screeningsorganisaties opgesteld na twee jaar intensieve voorbereiding.

Daarnaast vroeg u om met spoed te adviseren over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Deze pilot is gepland voor de regio Zuid-West, telt 2.500 kandidaatdeelnemers, en zou nog dit voorjaar moeten beginnen. De pilot is bedoeld als procesevaluatie om mogelijke 'kinderziektes' te identificeren en deze nog voor september 2013 op te kunnen lossen.

De Commissie Bevolkingsonderzoek van de Gezondheidsraad toetst vergunningaanvragen aan de wettelijke criteria van de WBO. Zij onderstreept het belang van een dergelijke pilot voor een zo complexe interventie als een landelijk bevolkingsonderzoek. Hechtend aan een zorgvuldig adviesproces heeft de commissie besloten om voorrang te geven aan uw vraag over de pilot en het eerste deel van uw adviesvraag even te laten rusten. Deze brief kunt u daarom zien als een tussentijds advies, waarin zij zich richt op die onderdelen van de aanvraag waarin de pilot afwijkt van het advies dat de Gezondheidsraad in 2009 uitbracht over bevolkingsonderzoek naar darmkanker of waarover nog discussie zou kunnen bestaan.¹ Concreet spitst dit tussentijds advies zich toe op de gekozen ontlastingstest en op de informatievoorziening over het bevolkingsonderzoek aan de potentiële deelnemers.



Onderwerp : Briefadvies *Wet op het bevolkingsonderzoek: tussentijds advies over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker*
Ons kenmerk : I-1416-13/LvR/bp/894-A41 Publicatienr. 2013/06
Pagina : 2
Datum : 10 april 2013

De ontlastingtest

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat er een groot verschil bestaat in klinische validiteit tussen verschillende fecale immunochemische tests (FITs).² Voor het landelijk bevolkingsonderzoek heeft de Gezondheidsraad in 2009 geadviseerd een klinisch gevalideerde immunochemische ontlastingtest te gebruiken.¹ Op dat moment voldeed de OC-Sensor aan de kwaliteitseisen. De raad baseerde zich mede op de gunstige ervaring met deze test in de Nederlandse proefbevolkingsonderzoeken.

Uit de aanbestedingsprocedure voor de test is de FOBgold gekozen voor het bevolkingsonderzoek. De commissie vroeg zich af wat de klinische testeigenschappen zijn van deze FIT in bevolkingsonderzoek. Er is weinig over gepubliceerd: de commissie vond slechts vier *peer reviewed* publicaties. In Italiaans onderzoek met 4.133 mensen die ieder twee tests deden, bleef de (relatieve) sensitiviteit van de FOBgold achter bij de OC-Sensor.³ In Frans onderzoek vergeleek men de FOBgold in de ene regio met de OC-Sensor in een andere regio. Het percentage positieve ontlastingstesten was hoger en de positief voorspellende waarde lager met de FOBgold.^{4,5} Het Franse onderzoek is geen direct vergelijkend onderzoek en de interpretatie van de uitkomsten wordt bemoeilijkt door verschillen tussen de populaties van de regio's. In beide regio's werd naast een FIT ook een ander type ontlastingtest uitgevoerd: een (minder sensitieve) zogenoemde guajak fecaal occult bloed test (gFOBT). De gFOBT was in beide regio's identiek en met die gegevens konden de auteurs de uitkomsten van de FITs globaal corrigeren voor de regioverschillen. Zij relateerden in beide regio's het percentage positieve ontlastingstesten en de positief voorspellende waarde die gevonden werden met de FITs aan dezelfde percentages met de gFOBT. Na deze correctie bleken er met de FOBgold bijna 10% meer positieve testuitslagen te zijn en ook 10 tot 15% meer foutpositieven dan met de OC-Sensor. De verschillen tussen de populaties van de regio's kunnen de minder goede testeigenschappen van de FOBgold daarom niet geheel verklaren. Tot slot is er nog een laboratoriumonderzoek gepubliceerd naar de temperatuurstabiliteit van hemoglobine in het ontlastingmonster in de testbuizen. Hieruit bleek dat hemoglobine in de FOBgold beduidend minder stabiel was dan in de OC-sensor.⁶ Minder stabiel betekent dat hemoglobine in de ontlasting sneller denatureert, waardoor de structuur van het globinegedeelte wordt aangetast en de test, die daarop aangrijpt, minder goed werkt. De sensitiviteit gaat snel achteruit wanneer het testmonster wordt blootgesteld aan hogere temperaturen (kamertemperatuur en hoger), waardoor belangrijke afwijkingen gemist kunnen worden.⁷



Onderwerp : Briefadvies *Wet op het bevolkingsonderzoek: tussentijds advies over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker*
Ons kenmerk : I-1416-13/LvR/bp/894-A41 Publicatienr. 2013/06
Pagina : 3
Datum : 10 april 2013

De commissie concludeert dat de FOBgold klinisch onvoldoende gevalideerd is. De beschikbare gepubliceerde gegevens wijzen op een lagere klinische validiteit van de FOBgold dan van de OC-Sensor. Volgens die gegevens zullen méér deelnemers, en ook vaker ten onrechte, een tijd ongerust zijn met de FOBgold dan met de OC-Sensor. Er zullen meer coloscopieën moeten worden gedaan, waardoor meer deelnemers onnodig worden blootgesteld aan het risico daarvan en er meer druk komt op de krappe coloscopiecapaciteit. De kosten van het bevolkingsonderzoek kunnen door de extra coloscopieën hoger zijn en daar zullen, als er meer foutpositieven zijn, minder besparingen tegenover staan. De commissie ziet geen wetenschappelijke gronden om de FOBgold te verkiezen boven de OC-Sensor en conform de beschermingsdoelstelling van de WBO adviseert zij een bewezen klinisch gevalideerde test te gebruiken.

Kunnen er redenen zijn om de FOBgold te onderzoeken?

Hoewel de wetenschappelijke bewijskracht nu niet voldoende is om de FOBgold zonder meer in te voeren in het bevolkingsonderzoek, onderkent de commissie dat er redenen kunnen zijn voor onderzoek waarin de klinische testeigenschappen van de FOBgold en de OC-Sensor met elkaar worden vergeleken. Zo heeft de fabrikant van de FOBgold de minder goed werkende buffer-vloeistof vervangen. Uit gegevens van de fabrikant lijkt de nieuwe buffer hemoglobine beter te stabiliseren, maar die gegevens zijn niet gepubliceerd en het is alleen nog in het laboratorium onderzocht. Hoewel het aannemelijk is dat de nieuwe buffervloeistof de (klinische) sensitiviteit van de test ten goede komt, valt niet te schatten hoeveel beter de test daarmee is geworden. Bovendien is het lang niet zeker dat de nieuwe buffer de (klinische) specificiteit verbetert, want een verbetering van de stabiliteit leidt waarschijnlijk tot meer positieven en het is maar de vraag of dit terecht- of foutpositieven betreft. Of de klinische validiteit van de FOBgold nu even goed is als van de OC-Sensor, kan alleen blijken uit een vergelijkend proefbevolkingsonderzoek.

In 2009 heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om het bevolkingsonderzoek zo in te richten dat wetenschappelijk onderzoek aan het bevolkingsonderzoek zou kunnen worden gekoppeld, indien dat van belang is voor verdere verbetering van het bevolkingsonderzoek.¹ Vergelijkend onderzoek is goed in te passen in het bevolkingsonderzoek met een zogenoemd *paired sample design (for testing non-inferiority with partial verification)*, waarin deelnemers aan het onderzoek twee tests uitvoeren op dezelfde ontlasting.⁸ Daarvoor zijn de helft minder deelnemers nodig dan met een gerandomiseerde studie, waarin deelnemers (*at random*) ofwel de ene ofwel de andere test uitvoeren.



Onderwerp : Briefadvies *Wet op het bevolkingsonderzoek: tussentijds advies over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker*
Ons kenmerk : I-1416-13/LvR/bp/894-A41 Publicatienr. 2013/06
Pagina : 4
Datum : 10 april 2013

Overigens moeten alle onderdelen van het bevolkingsonderzoek, inclusief de test, tijdens het bevolkingsonderzoek voortdurend zorgvuldig worden gemonitord en zo nodig bijgesteld. De infrastructuur en database die in de pilot worden getest, voorzien in een dergelijke monitoring.

De informatievoorziening

De informatievoorziening bij de voorgestelde pilot is complex en bestaat uit tientallen voorlichtingsproducten, zoals folders, brieven en websites. De commissie heeft diverse kleinere en grotere problemen geconstateerd. In elk geval op de cruciale punten moet de informatievoorziening verbeterd worden voordat de pilot start. De commissie noemt er zes en geeft kort aanwijzingen waar aanpassingen nodig zijn:

- 1 De inhoud is niet consistent. De getallen die op verschillende plaatsen worden genoemd zijn niet overal gericht op de individuele deelnemer. Onder het kopje ‘De kans op darmkanker’ staan onjuiste getallen. Zo zal naar verwachting 6,5% van de testen positief zijn en worden daarom niet 50 maar 65 mensen van de 1000 uitgenodigd voor vervolgonderzoek. De term ‘iets ontdekt’ is vaag en onjuist, want er zal bij 80-90% ‘iets’ gevonden worden dat bloed in de ontlasting kan verklaren, bedoeld wordt waarschijnlijk ‘darmkanker of relevante poliepen’. Darmkanker komt vrijwel altijd voort uit poliepen, maar daarmee zijn poliepen niet per definitie een voorstadium van darmkanker. In de folder over een ongunstige uitslag is dit beter weergegeven. Hoeveel van deze 1000 mensen zullen naar verwachting nu niet aan darmkanker overlijden? Als voordelen in getal worden beschreven, moeten ook de nadelen – zoals de complicaties van het vervolgonderzoek – in getal worden beschreven.
- 2 In de folder staat onder het kopje ‘Voor wie?’ nu: ‘Het bevolkingsonderzoek is voor mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar’. Men zou door deze formulering kunnen denken ‘veilig’ te zijn tot de leeftijd van 55 en dat het na de 75 geen zin meer heeft om nog wat aan darmkanker te laten doen. In de uitnodigingsbrief staat het beter: ‘De meeste mensen met darmkanker zijn 55 jaar of ouder’.
- 3 Volgens het stappenplan kunnen er onleesbare tests zijn, maar op pagina 2 van de folder worden maar twee mogelijkheden genoemd: geen of wel bloed. De derde optie, onleesbaar, kan eenvoudig worden toegevoegd. Mogelijk moet dit ook in andere voorlichtingsmaterialen gebeuren.



Onderwerp : Briefadvies *Wet op het bevolkingsonderzoek: tussentijds advies over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker*
Ons kenmerk : I-1416-13/LvR/bp/894-A41 Publicatienr. 2013/06
Pagina : 5
Datum : 10 april 2013

-
- 4 De risico's van de coloscopie moeten in de eerste informatie kort maar compleet vermeld worden, voor details kan naar andere bronnen worden verwezen. De coloscopie is op zich al een risico omdat het vervelend en belastend is. De coloscopie als ingreep heeft risico's in de vorm van complicaties. De coloscopie als diagnostische test heeft risico's omdat er afwijkingen kunnen worden gevonden, waardoor verdere diagnostiek en ingrepen (zoals chirurgie) nodig zijn.
 - 5 Hoewel het wenselijk is dat een deelnemer die geen coloscopie wil ondergaan ook niet meedoet, kunnen er altijd zogenoemde spijtoptanten zijn. In de informatie en bij een ongunstige uitslag moet duidelijk worden gemaakt, dat men niet verplicht is het vervolgonderzoek te ondergaan.
 - 6 In de informatie staat: 'Als er bloed in uw ontlasting wordt gevonden, informeert de screeningsorganisatie uw huisarts hierover, tenzij u daartegen bezwaar heeft'. Deze optie komt in het antwoordformulier niet terug. Ook in de brief met een ongunstige uitslag ontbreekt een opmerking dat de huisarts niet wordt geïnformeerd als men dat niet wil. Integendeel, er staat dat de huisarts al op de hoogte is gesteld van de uitslag en dat van de patiënt wordt verwacht dat hij de gegevens over zijn voorgeschiedenis aan zijn huisarts vraagt. Er moet in alle voorlichtingsproducten consistent worden verwerkt dat de huisarts niet wordt geïnformeerd als de deelnemer daar bezwaar tegen heeft.

Advies

De commissie is van oordeel dat de FOBgold nog onvoldoende klinisch is gevalideerd voor gebruik in bevolkingsonderzoek naar darmkanker. De commissie onderkent dat er redenen kunnen zijn om de FOBgold te onderzoeken en in dat geval adviseert zij om opdracht te geven voor een klinisch valideringsonderzoek waarin de FOBgold wordt vergeleken met de OC-Sensor.

De commissie adviseert een vergunning voor de pilot te verlenen onder de volgende voorschriften en beperkingen:

- in de pilot wordt een bewezen klinisch valide test gebruikt
- de informatiematerialen worden verbeterd voordat de pilot start
- de resultaten van de pilot die relevant zijn voor de vergunningaanvraag voor bevolkingsonderzoek naar darmkanker worden tijdig aan de commissie aangeboden en de noodzakelijke aanpassingen worden verwerkt in een aangepaste vergunningaanvraag.

Gezondheidsraad

Health Council of the Netherlands



Onderwerp : Briefadvies *Wet op het bevolkingsonderzoek: tussentijds advies over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker*
Ons kenmerk : I-1416-13/LvR/bp/894-A41 Publicatienr. 2013/06
Pagina : 6
Datum : 10 april 2013

In het kader van een zorgvuldige procedure wil de commissie de aanpassingen in de opzet van de pilot verifiëren voordat deze van start gaat. Zij is bereid om mee te denken over een versnelde procedure hiervoor. Ook bij de aan te passen vergunningaanvraag voor het landelijke bevolkingsonderzoek wil de commissie – binnen de grenzen van zorgvuldigheid – meewerken aan een procedure om de planning van het bevolkingsonderzoek zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen.

Ik onderschrijf de bevindingen in dit tussentijdse advies van de Commissie Bevolkingsonderzoek.

Met vriendelijke groet,

prof.dr. W.A. van Gool,
voorzitter



Onderwerp : Briefadvies *Wet op het bevolkingsonderzoek: tussentijds advies over een pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker*
Ons kenmerk : I-1416-13/LvR/bp/894-A41 Publicatienr. 2013/06
Pagina : 7
Datum : 10 april 2013

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Den Haag: Gezondheidsraad; 2009: 2009/13.
- 2 Hundt S, Haug U, Brenner H. Comparative evaluation of immunochemical fecal occult blood tests for colorectal adenoma detection. *Ann Intern Med* 2009; 150(3): 162-169.
- 3 Rubeca T, Rapi S, Confortini M, Brogioni M, Grazzini G, Zappa M e.a. Evaluation of diagnostic accuracy of screening by fecal occult blood testing (FOBT). Comparison of FOB Gold and OC Sensor assays in a consecutive prospective screening series. *Int J Biol Markers* 2006; 21(3): 157-161.
- 4 Faivre J, Dancourt V, Denis B, Dorval E, Piette C, Perrin P e.a. Comparison between a guaiac and three immunochemical faecal occult blood tests in screening for colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2012; 48(16): 2969-2976.
- 5 Faivre J, Dancourt V, Manfredi S, Denis B, Durand G, Gendre I e.a. Positivity rates and performances of immunochemical faecal occult blood tests at different cut-off levels within a colorectal cancer screening programme. *Dig Liver Dis* 2012; 44(8): 700-704.
- 6 Guittet L, Guillaume E, Levillain R, Beley P, Tichet J, Lantieri O e.a. Analytical comparison of three quantitative immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(7): 1492-1501.
- 7 van Rossum LG, van Rijn AF, van Oijen MG, Fockens P, Laheij RJ, Verbeek AL e.a. False negative fecal occult blood tests due to delayed sample return in colorectal cancer screening. *Int J Cancer* 2009; 125(4): 746-750.
- 8 Lui KJ. Notes on testing non-inferiority under the partial verification design with a confirmatory procedure limited to screen positives. *Contemp Clin Trials* 2012; 33(3): 563-571.

De adviesaanvraag

Op 28 februari 2013 stuurde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderstaande brief (kenmerk PG/OGZ-3158142) aan de voorzitter van de Gezondheidsraad. Zijn tussentijdse advies aan de minister gaat alleen over haar tweede vraag in deze brief, namelijk die over de pilot bevolkingsonderzoek naar darmkanker (gekenmerkt met PG/OGZ-3151868).

Op 17 januari 2013 ontving ik, namens de vijf screeningsorganisaties, een aanvraag voor een vergunning voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek. Deze aanvraag is het sluitstuk van (bijna) twee jaar voorbereiding sinds de beslissing van 25 mei 2011 om het bevolkingsonderzoek in te voeren. Deze beslissing was zoals, u weet, gebaseerd op zowel het advies van uw Raad van 17 november 2009 (2009/13) over de wetenschappelijke onderbouwing van darmkankerscreening als de uitvoeringstoets van het RIVM over de praktische implementatie (225101003/2011). In die voorbereidingsperiode hebben de betrokken partijen, van patiëntenorganisaties tot MDL-artsen, van screeningsorganisaties tot pathologen, constructief samengewerkt om de randvoorwaarden die in uw advies zijn geschetst, verder uit te werken. Dat heeft, naast het opzetten van een (digitale) infrastructuur voor de uitvoering en monitoring, onder andere geresulteerd in kwaliteitseisen, protocollen, opleidingseisen en voorlichtingsmaterialen.

Ik ben van oordeel dat er sprake is van een vergunningplichtig bevolkingsonderzoek en acht de aanvraag voldoende gedocumenteerd. Ik leg u de aanvraag hierbij daarom voor ter toetsing aan de wettelijke criteria.

De complete set is digitaal aangeboden aan de secretaris van de commissie WBO (kenmerk PG/OGZ-3 15 187 1)

Daarnaast ontving ik op 17 januari 2013 een aanvraag voor een pilot in de regio Zuid-West voorafgaand aan de invoering van het bevolkingsonderzoek (kenmerk PG/OGZ-3151868). Op 20 februari 2013 is deze aanvraag nader aangevuld. Het betreft een onderzoek onder 2500 mannen en vrouwen die tot de eerste doelgroep van het bevolkingsonderzoek (65 en 75-jarigen) behoren. Zij krijgen als pilot het bevolkingsonderzoek naar darmkanker aangeboden om na te gaan of er in de praktijk knelpunten zijn in de hierboven geschetste infrastructuur. Daarbij gaat het niet alleen om de ICT, maar juist ook om de manier waarop potentiële deelnemers reageren op de test en de aansluiting tussen screening en zorg. Factoren die in de proefbevolkingsonderzoeken zijn onderzocht, maar in het zorgvuldig voorbereide bevolkingsonderzoek een onzekere factor zijn.

Ik besef dat de termijn bijzonder krap is, maar hecht grote waarde aan deze pilot en de mogelijkheid om eventuele knelpunten nog in de zomer te kunnen verhelpen. De toezegging van de voorzitter van de commissie bevolkingsonderzoek om de aanvragers – binnen de grenzen van zorgvuldigheid – ter wille te zijn en de goede afstemming met de secretaris, stel ik zeer op prijs. Daarom vraag ik u of het mogelijk is om voor de pilot een tussenadvies af te geven, zoals is gebeurd met de opzet van de prenatale screening. Dit zou de mogelijkheid geven om de (voorlopige) resultaten van de pilot mee te nemen in de advisering over (voorwaardelijke) vergunningverlening van het bevolkingsonderzoek. Ik verzoek dan ook vriendelijk om mij spoedig een (voorlopig) advies te geven.

Gehoord uw beoordeling besluit ik over vergunningverlening.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Publieke Gezondheid,
(w.g.) mw. dr. M.C.H. Donker

De commissie

-
- prof. dr. J.J.M. van Delden, *voorzitter*
hoogleraar medische ethiek, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - prof. dr. J. Gussekloo, *vice-voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
 - dr. E.A.M. Adang
hoofddocent gezondheidseconomie, Universitair Medisch Centrum St Radboud,
Nijmegen
 - dr. M. Boere-Boonekamp
hoofddocent Health Technology Services Research, Universiteit Twente, Enschede
 - prof. dr. M.C. Cornel,
hoogleraar community genetics en public health genomics, VU Medisch Centrum,
Amsterdam
 - dr. W.J. Dondorp
ethicus, Maastricht Universitair Medisch Centrum
 - prof. mr. J.C.J. Dute
hoogleraar gezondheidsrecht, Radboud Universiteit Nijmegen
 - dr. C.H. van Gils
epidemioloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - prof. dr. L.P. ten Kate
emeritus hoogleraar klinische genetica, VU medisch centrum, Amsterdam
 - prof. dr. I.M. van Langen
hoogleraar klinische genetica, Universitair Medisch Centrum Groningen
-

- prof. dr. B.J.C. Middelkoop
hoogleraar public health, Leids Universitair Medisch Centrum
- mr. dr. M.C. Ploem
gezondheidsjurist, Academische Medisch Centrum, Amsterdam
- W.A. van Veen
arts, Delft
- prof. dr. A.L.M. Verbeek
hoogleraar klinische epidemiologie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- prof. dr. G.J. van der Wilt
hoogleraar Health Technology Assessment, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
- mr. A. Rendering, *waarnemer*
ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- drs. E.A.M.J. van Eijk, *waarnemer*
Inspectie voor de Gezondheidszorg, Amsterdam
- dr. L.G.M. van Rossum, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.