
Honderd jaar Gezondheidsraad: een dozijn bespiegelingen



Voorwoord

De Gezondheidsraad laat zijn eerste eeuw achter zich en treedt de volgende binnen. Zijn kerntaak is en blijft het aanreiken van de best beschikbare wetenschappelijke inzichten ten behoeve van het volksgezondheidsbeleid. Hoe die taak in de eerste honderd jaar is ingevuld, en hoe de wetenschappelijke advisering van de Gezondheidsraad zich in de toekomst zal ontwikkelen: dat is het onderwerp in de twaalf artikelen die hier bijeen zijn gebracht.

In de afgelopen honderd jaar heeft het wetenschappelijk veld zijn kennis, ervaring en toekomstvisie ingezet voor de publieke zaak. Juist dankzij deze inzet kon de Gezondheidsraad zich ontwikkelen tot brug tussen wetenschap, beleid en samenleving, en ruim 2100 adviezen uitbrengen over geneeskunde en zorg, preventie en public health, arbeid, leefmilieu, voeding, en ethisch-maatschappelijke vraagstukken.

Het leek de Gezondheidsraad dan ook op zijn plaats om bij zijn eeuwfeest wetenschappers uit te nodigen hun visie te geven op de rol die de raad op hun terrein gespeeld heeft, en verwachtingen en uitdagingen voor de toekomst te schetsen. Daarbij lag het voor de hand aansluiting te zoeken bij prominente nationale wetenschappelijke tijdschriften die gezamenlijk het brede aandachtsgebied van de Gezondheidsraad dekken. Deze hebben immers vaak oog gehad voor de implicaties van de raadsadvisering voor beleid, praktijk en volksgezondheid in Nederland. Na het gebruikelijke proces van *peer review* werd aldus in het najaar van 2002 in verschillende tijdschriften een dozijn bespiegelingen gepubliceerd.

Die bespiegelingen zijn nu bij elkaar gebracht in deze bundel. In de twaalf bijdragen komt het werk van de raad in al zijn facetten naar voren, met bijzondere aandacht voor de vooruitziende blik van toen, nu en straks. Het jubileum-motto 'De ervaren toekomst' is al met al duidelijk te herkennen.

De Gezondheidsraad is de auteurs en de tijdschriftredacties erkentelijk voor het mogelijk maken van deze uitgave, en hoopt de lezer hiermee bij aanvang van een nieuwe eeuw wetenschappelijke advisering een aantal boeiende uren te bezorgen.

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

Prof. dr JA Knottnerus

Honderd jaar Gezondheidsraad: een dozijn bespiegelingen

Nr A03/02, Den Haag, 8 april 2003

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, Natuurbeheer & Visserij. 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 multidisciplinair samengestelde commissies van—op persoonlijke titel benoemde—Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



INAHTA

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

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

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Honderd jaar Gezondheidsraad: een dozijn bespiegelingen.
Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr A03/02.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 90-5549-476-3

Inhoud

Honderd jaar Gezondheidsraad. I. Inleiding 9

Honderd jaar Gezondheidsraad. II. 'Public health' 17

Honderd jaar Gezondheidsraad. III. Ziekenhuiszorg en onderzoek 29

Honderd jaar Gezondheidsraad. IV. Infectieziekten 39

Honderd jaar Gezondheidsraad. V. Ethisch-maatschappelijke vraagstukken 45

Honderd jaar Gezondheidsraad. VI. Coördinatiemechanismen
en het gezag van de Gezondheidsraad 55

Honderd jaar Gezondheidsraad. VII. Hersenbeïnvloeding in de toekomst 65

Hulde aan een Haagse dame 73

Een eeuw Gezondheidsraad (1902-2002). De betekenis van de Gezondheidsraad
voor de Openbare Gezondheidszorg 77

De Gezondheidsraad en het milieubeleid. Signaleren, onderbouwen en oordelen over de wetenschappelijke basis van het milieubeleid 93

De Gezondheidsraad: honderd jaar adviezen over gezondheid en milieu 103

100 jaar Gezondheidsraad; een adviescollege van parlement en regering over de stand van de wetenschap 107

Auteurs 113

Honderd jaar Gezondheidsraad. I. Inleiding

GHM ten Velden en JA Knottnerus
Ned Tijdschr Geneesk 2002; 146: 1887-90

Samenvatting

De Gezondheidsraad is een onafhankelijk, wettelijk adviescollege van de regering. De gevraagde en ongevraagde adviezen betreffen het hele terrein van de curatieve en preventieve gezondheidszorg, voeding en voedselvoorziening, en arbeids- en milieuhygiëne en komen tot stand op basis van wetenschappelijke inzichten. De raad bestaat sinds 1 augustus 1902. De huidige vorm is vastgesteld in de Gezondheidswet van 1956 en opnieuw in 1997. Om zijn taak uit te voeren, installeert de raad per onderwerp een multidisciplinaire commissie van deskundigen die op persoonlijke titel worden benoemd; er zijn steeds circa 30 commissies tegelijk aan het werk. Gedurende de 100 jaar van zijn bestaan heeft de raad meer dan 2000 adviesrapporten gepubliceerd.

Op 1 augustus 2002 bestond de Gezondheidsraad, adviescollege van de regering op het gebied van volksgezondheid en milieuhygiëne, een eeuw. In dit artikel gaan wij in op de geschiedenis van de raad, zijn taak en werkwijze, en zijn internationale activiteiten. Het artikel is een inleiding op een serie artikelen die in het Tijdschrift zullen verschijnen, waarin diverse auteurs aandacht besteden aan belangrijke aandachtsgebieden waarop de raad in de eeuw van zijn bestaan adviezen uitbracht.

Op weg naar wetenschappelijke advisering

De uitvoerige geschiedkundige analyse van de historicus dr RBM Rigter, waarin de lotgevallen van de raad in de periode 1902-1985 de revue passeren, laat zien dat het college – op 1 augustus 1902 als Centrale Gezondheidsraad ingesteld bij de Gezondheidswet van 1902 – het in zijn bestaan vaak niet gemakkelijk heeft gehad.¹ De raad, die ging zetelen in Utrecht, werd niet alleen geacht de regering van advies te dienen, maar diende ook leiding te geven aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Vier hoofdinspecteurs van het Staatstoezicht vormden een meerderheid in het toen zeven leden tellende college, waardoor het Staatstoezicht in feite zichzelf controleerde. Er bestond nog geen ministerie van Volksgezondheid. Dit beleidsterrein was, voorzover de rijksoverheid zich er al mee bemoeide, ondergebracht bij het ministerie van Binnenlandse Zaken.^{1 2} Vermoedelijk ook daardoor nam de Centrale Raad deels werkzaamheden op zich die eerder bij een ministerie passen. Adviseren en besturen bleken moeilijk samen te gaan. Interne conflicten vielen de raad al spoedig ten deel. Op 23 juli 1910 diende minister Heemskerk van Binnenlandse Zaken bij de Tweede Kamer een ontwerp tot wijziging van de Gezondheidswet in, omdat hij zag dat de raad in zijn bestuurlijke taak faalde. Hoewel de positie van het college herhaaldelijk onder vuur lag, was de raad in de eerste periode van zijn bestaan (1902-1920) toch in staat om ruim 250 rapporten uit te brengen, waaronder complete wetsontwerpen. Behalve adviezen over besmettelijke ziekten (tuberculose, mijnwormziekte, cholera en pokken) of uitoefening van de geneeskunde (bevoegdheden van vroedvrouwen en bestrijding van de kwakzalverij) hadden deze rapporten betrekking op uiteenlopende zaken, zoals drinkwatervoorziening, woonomstandigheden (Woningwet), hygiëne op scholen, het conserveren van eet- en drinkwaren en het toezicht op de kwaliteit van vlees (Vleeskeuringswet).

Met de inwerkingtreding op 1 september 1920 van de nieuwe Gezondheidswet werd de Centrale Gezondheidsraad tot Gezondheidsraad omgedoopt en behield het college nog slechts een adviestaak, namelijk de regering te adviseren over alle – niet alleen wetenschappelijke – aangelegenheden op het terrein van de volksgezondheid. Het Staatstoezicht ging zelfstandig verder. De raad verhuisde naar Den Haag ter wille van een directer contact met het ministerie van Binnenlandse Zaken en zou voortaan (gemiddeld) zo'n 70 leden tellen. Zijn brede, dus ook maatschappelijke, adviestaak stond niet in de weg dat de adviezen steeds vaker op een wetenschappelijke leest werden geschoeid. In de commissies werden gaandeweg vrijwel uitsluitend wetenschappelijke deskundigen benoemd. De

raad won aan gezag en bracht in de jaren tussen de beide wereldoorlogen, ondanks een groot aantal bezuinigingen, ruim 300 adviezen uit, waarvan eenderde op het vlak van ‘preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten’ en ‘uitoefening van de geneeskunde’. In de Tweede Wereldoorlog richtte de raad zich vooral op de slechter wordende voedingstoestand van de bevolking. Ruim 70% van de toen uitgebrachte 112 adviezen kwam dan ook op rekening van de Gezondheidsraadscommissie inzake de Voeding. Deze adviezen leidden onder meer tot verbetering van de voedseldistributie, de instelling van centrale keukens en extra voedseltoewijzing voor zieken.

Ontwikkeling en uitbouw

Na de Tweede Wereldoorlog leek de raad aanvankelijk slachtoffer te worden van zijn eerdere wetenschappelijke profilering. Bij de noodzakelijke wederopbouw van het land bestond vooral aandacht voor maatschappelijke problemen en werd de behoefte aan wetenschappelijke advisering vrijwel nihil. Daarnaast was in 1945 de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid (bestaande uit vertegenwoordigers van overheid en maatschappelijke groeperingen) ingesteld, waardoor de maatschappelijke adviestaak bij de Gezondheidsraad was weggehaald; overigens was de toenmalige voorzitter van de Gezondheidsraad tevens voorzitter van deze commissie. Hoewel in 1954 verdere inperking van het adviesterrein volgde door de instelling van de Voedingsraad, groeide bij de rijksoverheid inmiddels weer de behoefte aan wetenschappelijke advisering. Dit kreeg zijn formele beslag in de Gezondheidswet van 1956, waaraan de raad zijn huidige wetenschappelijke adviestaak dankt. Bij dezelfde wet werd de Centrale Commissie omgevormd tot de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: de latere Nationale Raad voor de Volksgezondheid, thans Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

In de daaropvolgende jaren slaagde de raad erin het wetenschappelijke adviesterrein te verbreden. Behalve preventie en bestrijding van infectieziekten adviseerde de raad onder meer over onderwerpen als: roken en longkanker, drinkwaterfluoridering, tandheelkundige voorzieningen, de gevaren van radioactieve straling, ziekteverzuim- en uitkeringsstatistiek. In de jaren zestig en zeventig verschenen, naast de rapporten op het vlak van uitoefening van de geneeskunde en de openbare gezondheidszorg, steeds meer adviezen over de risico's van blootstelling aan stoffen voor mens en milieu. In deze periode werden diverse milieuwetten ingevoerd, waarin de vastgelegde normen onder meer waren gebaseerd op adviezen van de raad. Vanaf medio jaren zeventig plaatsten de ontwikkelingen in de medische wetenschap de regering steeds vaker voor

lastige vraagstukken. Als gevolg daarvan adviseerde de raad in toenemende mate op het gebied van medische ethiek (transseksualiteit, ethiek van de erfelijkheidsvoorlichting, euthanasie, hersendoodcriteria, foetaal weefsel en kunstmatige voortplanting), topklinische zorg (computertomografie, hemodialyse, transplantatiegeneeskunde, hartchirurgie en radiotherapie), biotechnologie, toxicologie en stralingshygiëne.

Herziening adviesstelsel

Vooral de laatste 15 jaar van de vorige eeuw betekenden een stormachtige tijd voor de raad en zijn secretariaat. De raad zag steeds meer werk op zich afkomen – onder meer op het terrein van hart- en vaatziekten en van kanker en genetica –, maar voelde zich ook in zijn bestaan bedreigd omdat de regering het aantal externe adviesorganen wilde beperken. In 1987 adviseerde de staatscommissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de ‘Commissie-Dekker’) de regering over kostenbeheersing in de gezondheidszorg en herziening van het verzekerings- en adviesstelsel.³ De structuur van advisering aan de overheid moest sterk worden vereenvoudigd: met uitzondering van de Gezondheidsraad konden verschillende adviescolleges elders worden ondergebracht of in afgeslankte vorm worden voortgezet. In 1990 verscheen opnieuw een advies aan de regering over de adviesstructuur in de volksgezondheid.⁴ Hierin viel te lezen: ‘Meestal is goede raad duur, in het geval van de Gezondheidsraad niet (. . .). Weinig reden dus om verandering aan te brengen in dit hardwerkende en zijn bestaan dagelijks bewijzende advieslichaam.’ De relatief gunstige beoordelingen namen niet weg dat in genoemd jaar de toenmalige voorzitter van de Tweede Kamer het startsein gaf voor een proces van staatkundige, bestuurlijke en staatsrechtelijke vernieuwing. Daarbij zou, onder meer, goed gekeken worden naar het nut van de externe adviesorganen. Hun aantal was sinds de jaren zestig sterk gegroeid. Verschillende wetten waren nodig om de herzieningsoperatie vorm te geven, zoals de Wet Afschaffing Adviesverplichting, de Herzieningswet Adviesstelsel (berucht geworden als de ‘woestijnwet’) en de Aanpassingswet Herziening Adviescolleges. Als sluitstuk werd op 3 juli 1996 de Kaderwet Adviescolleges vastgesteld die op 1 januari 1997 formeel in werking trad.⁵ Het doel: versobering en transparantie van het adviesstelsel, scheiding van advies en overleg en een betere aansturing van de (op)nieuw ingestelde adviescolleges. Voor de Gezondheidsraad was deze wet van cruciale betekenis voor zijn voortbestaan. Bij de wijziging van de Gezondheidswet op 30 januari 1997 werd de raad opnieuw ingesteld.⁶ Deze wetwijziging had een bijzonder karakter, omdat voor de Gezondheidsraad een

aantal uitzonderingen werd gemaakt. Zo gold niet de in artikel 10 van de Kaderwet Adviescolleges opgenomen bepaling dat deze colleges naast een voorzitter ten hoogste 14 leden mogen hebben: de raad telt nu ongeveer 200 door de Kroon benoemde leden. Ook werd in afwijking van de Kaderwet vastgesteld dat bij de Gezondheidsraad ten hoogste 2 vice-voorzitters kunnen worden benoemd.

In de jaren negentig werden de taken van de Gezondheidsraad geleidelijk uitgebreid. Zo werd in 1994 bij de raad de 'Commissie-WGD' ingesteld voor het beoordelen van de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan stoffen. Deze commissie zette de werkzaamheden voort van de voormalige Werkgroep van deskundigen (WGD) van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Voorts werd in 1995 de 'Commissie-WBO' (Wet Bevolkingsonderzoek) ingesteld om de overheid van advies te dienen over programma's voor vergunningsplichtig bevolkingsonderzoek. Op 1 januari 1996 werd vervolgens de Voedingsraad opgeheven, waarna de advisering op het desbetreffende terrein weer bij de Gezondheidsraad terechtkwam (hiertoe werd tevens in dat jaar de Beraadsgroep Voeding bij de raad ingesteld). Tenslotte werd in 1999 de 'Commissie-VNV' (Veiligheidsbeoordeling Nieuwe Voedingsmiddelen) in het leven geroepen.

Huidige taak en werkwijze

Artikel 22 van de huidige Gezondheidswet⁶ omschrijft de taak van de Gezondheidsraad als volgt: 'De Gezondheidsraad heeft tot taak Onze Ministers en de beide kamers der Staten-Generaal voor te lichten over de stand der wetenschappen aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid, door middel van het uitbrengen van rapporten.' Voorlichten over de stand van wetenschap houdt in dat wetenschappelijke beoordeling centraal staat. Het aandachtsgebied 'volksgezondheid' wordt daarbij breed opgevat en betreft het gehele terrein van de curatieve en preventieve gezondheidszorg, voeding en voedselvoorziening, en arbeids- en milieuhygiëne.⁷ De raad brengt dan ook vooral adviezen uit aan de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM), Landbouw, Natuurbeheer en Visserij (LNV), en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe). Soms adviseert hij ook aan andere leden van de regering, zoals de bewindslieden van Verkeer en Waterstaat (medische geschiktheid voor verkeersdeelname) of van Justitie (bijvoorbeeld over hersendoodcriteria voor de Wet op de Orgaandonatie). Advisering geschiedt meestal op grond van een adviesaanvraag, maar de raad kan ook 'ongevraagd' adviseren. Het betreft dan het signaleren van belangrijke

ontwikkelingen of problemen. De afgelopen jaren zagen 40 tot 50 adviezen per jaar het daglicht.

Aan het omvangrijke advieswerk van de Gezondheidsraad nemen, behalve ongeveer 200 leden, nog zo'n 200 door de voorzitter van de raad daartoe uitgenodigde experts deel. Het leeuwendeel van het raadswerk geschiedt in de per adviesaanvraag ingestelde, multidisciplinaire ad-hoccommissies, waarin de raadsvoorzitter de verschillende deskundigen, leden en niet-leden van de raad, à titre personnel benoemt. Alleen persoonlijke, wetenschappelijke deskundigheid telt. Afvaardiging namens een organisatie of een belangengroepering is niet mogelijk. Gemiddeld zijn steeds zo'n 30 commissies actief. Ze worden bijgestaan door een secretariaat dat bestaat uit circa 65 wetenschappelijke stafleden en ondersteunende personeelsleden. Voordat de voorzitter of één van de vicevoorzitters van de raad een advies aanbiedt aan de regering, vindt peer review plaats: de conceptadviesteksten worden getoetst door permanente beraadsgroepen van deskundigen die het brede terrein van de raad dekken (er zijn in totaal 8 beraadsgroepen). Op basis van hun commentaar worden de adviezen zo nodig bijgesteld.

De Gezondheidsraad met zijn vele commissies vormt voor de regering in feite een wetenschappelijke 'spreekbuis' van topdeskundigen op het gebied van de volksgezondheid en milieuhygiëne. Door de inbreng van deskundigen die zonder last of ruggespraak aan het commissiewerk deelnemen, streeft de raad naar het verkrijgen van kwalitatief optimale, multidisciplinair gedragen aanbevelingen en, mede daardoor, de totstandkoming van een inhoudelijk en professioneel draagvlak. Dit geldt ook als het gaat om voor het wetenschappelijk, zorg- of beleidsveld lastige uitkomsten. Men denke bijvoorbeeld aan kritische uitspraken over de effectiviteit van ingeburgerde medische handelingen of de te hanteren grenswaarden voor blootstelling aan stoffen in de omgeving.

Internationale samenwerking

De voortgaande internationalisering in wetenschap en beleid heeft, tenslotte, invloed op het werk van de raad.⁸ Enerzijds maakt de raad in zijn commissiewerk regelmatig gebruik van internationale experts (soms zijn zij lid van een commissie; in andere gevallen vindt intensieve consultatie plaats), anderzijds leveren de raad en zijn secretariaat sinds geruime tijd een bijdrage aan internationale samenwerking en kennisuitwisseling. Dit geldt onder meer voor de aandachtsgebieden beoordeling van medische technologie ('health technology assessment'), ethiek, voeding, milieu- en arbeidshygiëne. Zo is de Gezondheidsraad lid van de in 1985

opgerichte International Society of Technology Assessment in Health Care, waarvan de raad in het 2e en 3e jaar ook het secretariaat voerde. Daarnaast is de raad medeoprichter van het in 1993 gevormde International Network of Agencies for Health Technology Assessment en van het in 1998 gestarte European Information Network on New and Changing Health Technologies. Doel van deze beide netwerken is om ondersteuning te bieden bij het opstellen van nationaal 'evidence based' beleid op het vlak van de gezondheidszorg. Op het terrein van gezondheidsethiek en bio-ethiek participeert de Beraadsgroep Gezondheids-ethiek en Gezondheidsrecht van de raad sinds medio jaren negentig in het internationale overleg van nationale commissies via deelname aan de World Summits of National Bioethics Committees en de Conferentie van Nationale Ethiekcommissies in landen behorend tot de Raad van Europa. Voorts werkt de Gezondheidsraad op het gebied van arbeidsomstandigheden en milieu nauw samen met Scandinavische expertgroepen, het Amerikaanse National Institute of Occupational Safety and Health en de eveneens Amerikaanse National Council on Radiation Protection and Measurement. Tenslotte vinden op het terrein van de voeding internationale, met name Europese coördinatie en afstemming van werkzaamheden plaats van de verschillende nationale adviesorganen. In dit verband is vooral het werk te noemen van de 'Commissie-VNV' (Veiligheidsbeoordeling Nieuwe Voedingsmiddelen) van de raad. Europese regelgeving verplicht alle lidstaten om een dergelijke beoordelingsautoriteit te hebben (verordening 'Novel foods': EG 258/97). Vanaf eind jaren negentig heeft Nederland voor 15 van de 37 door voedingsmiddelfabrikanten bij de beoordelingsautoriteiten ingediende dossiers de wetenschappelijke veiligheidsbeoordeling in Europees verband uitgevoerd.

Beschouwing

De geschiedenis laat zien dat de (Centrale) Gezondheidsraad in de loop van zijn bestaan nogal eens moeilijke tijden doormaakte. Het aantal opgelegde advies-taken vertoonde wisselend krimp en groei. Adviesopdrachten en gezaghebbendheid moesten zeker in de beginperiode bevochten worden en liepen in latere jaren gevaar, omdat bezuinigingen de raad niet bespaard bleven. Desondanks publiceerde de raad in de eeuw van zijn bestaan ruim tweeduizend adviezen.

Beziet men de werkzaamheden van het adviescollege, dan valt te constateren dat deze voor een groot deel in het teken van de openbare gezondheidszorg hebben gestaan. Het advieswerk heeft vrijwel de gehele 20e eeuw bestreken, een eeuw van belangrijke maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelin-

gen.^{2 9-12} In deze 100 jaar is de volksgezondheid – deels waarschijnlijk ook door toedoen van de raad – drastisch verbeterd: de zuigelingensterfte is van ongeveer 17% tot onder de 1% gedaald en de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte is met ongeveer de helft toegenomen. Was de advisering van de raad in de eerste decennia vooral gericht op grote volksgezondheidsvraagstukken – op het vlak van woonomstandigheden, drinkwaterkwaliteit, riolering en voedingshygiëne – , in de loop der jaren is de aandacht geleidelijk verschoven naar, voornamelijk, meer ‘subtiele’ onderwerpen. Het adviesspectrum bestrijkt nu thema’s die variëren van kwaliteit van leven, doelmatige zorg en ethische en gezondheidsrechtelijke aspecten tot allerlei risicofactoren voor ziekte.

Literatuur

- 1 Rigter RBM. Met Raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Rotterdam: Erasmus Publishing; 1992.
- 2 Rigter H, Rigter RBM. Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek. Een analyse toegespitst op de sociaal-democratie. Gewina 1993;16:1-17.
- 3 Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (Commissie ‘Dekker’). Bereidheid tot verandering. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties; 1987.
- 4 Fortuyn WSP. Ordening door ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid. Rijswijk: Ministerie van WVC; 1990.
- 5 Wet van 3 juli 1996, houdende algemene regels over advisering in zaken van algemeen verbindende voorschriften of te voeren beleid van het Rijk (Kaderwet adviescolleges). Den Haag: Staatsblad 1996 (378):1-7.
- 6 Wet van 30 januari 1997, houdende wijziging van de Gezondheidswet in verband met de continuering van de Gezondheidsraad. Den Haag: Staatsblad 1997(104):1-3.
- 7 Knottnerus JA. De Gezondheidsraad, geschiedenis en taak. Voordracht voor de ‘Open huis’ bijeenkomst van de Gezondheidsraad voor de Sectie Toxicologie en Risicobeoordeling van de Nederlandse Vereniging voor Toxicologie. Rijswijk: Gezondheidsraad; 1998.
- 8 Gezondheidsraad. Werkprogramma 2002. Publicatienr A2001/03. Den Haag: Gezondheidsraad; 2001.
- 9 Gezondheidsraad. Medische technologie. Publicatienr 1987/13. Den Haag: Gezondheidsraad; 1987.
- 10 Gezondheidsraad 1902-1992. Verslag van de tweede plenaire vergadering op 2 oktober 1992. Publicatienr A93/03. Den Haag: Gezondheidsraad; 1993.
- 11 Maas PJ van der, Mackenbach JP, redacteuren. Volksgezondheid en gezondheidszorg. 2e dr. Maarssen: Elsevier; 1999.
- 12 Marinker M, Peckham M, redacteuren. Clinical futures. Londen: BMJ Books; 1998.

Honderd jaar Gezondheidsraad. II. 'Public health'

PJ van der Maas en JP Mackenbach

Ned Tijdschr Geneeskd 2002; 146: 1890-5

Samenvatting

In zijn 100-jarig bestaan (1902/2002) heeft de Gezondheidsraad een belangrijke rol gespeeld bij de introductie van effectieve maatregelen op het gebied van de public health en daarmee een grote bijdrage geleverd aan de verbetering van de volksgezondheid. De grootste aantallen adviezen betreffen vaccinaties (van vóór 1900 tot circa 1985), bestrijding van infectieziekten (vanaf circa 1900), veiligheid van de werkplek (vanaf circa 1900), moeder- en kindzorg (vanaf circa 1900) en veiliger en gezonder voedsel (vanaf circa 1920). Succesfactoren voor het tot uitvoering komen van een advies zijn de mate waarin er op voorhand politiek draagvlak voor is, de evidentie waarop het is gebaseerd, economische gevolgen bij de uitvoering ervan, ethische implicaties en de mate waarin maatschappelijke dan wel wetenschappelijke ontwikkelingen aanleiding vormen tot het advies.

'Public health' is, volgens de definitie die tegenwoordig het gangbaarst is: 'de wetenschap en de kunst om ziekte te voorkomen, het leven te verlengen en gezondheid te bevorderen, door georganiseerde inspanningen van de maatschappij.' Hiervoor is eigenlijk geen goede Nederlandse term. De kernachtige definitie verwijst zowel naar het wetenschapsgebied als naar het werkterrein¹. Door ze op deze manier aan elkaar te verbinden wordt direct duidelijk dat de wetenschap en de toepassing hier hun legitimatie aan elkaar ontlelen. Deze van een Engelse

staatscommissie afkomstige definitie weerspiegelt de brede opvatting over de identiteit van public health. Aan het andere uiterste van het spectrum ligt de smalle interpretatie, waarin public health samenvalt met preventieve gezondheidszorg. Aangezien vrijwel alle adviezen van de Gezondheidsraad beogen bij te dragen aan de georganiseerde inspanningen van de maatschappij om ziekte te voorkomen, het leven te verlengen en de gezondheid te bevorderen, valt te betogen dat de taak van de Gezondheidsraad bij uitstek op het brede gebied van de public health ligt. In het navolgende zal blijken dat dit in de praktijk inderdaad het geval is.

Successen. Om het grote aantal Gezondheidsraadadviezen op dit terrein te ordenen, maken wij gebruik van een classificatie die de Centers of Disease Control maakten voor hun publicatie betreffende de 10 grote successen op het gebied van de public health van de 20^e eeuw in de Verenigde Staten (tabel 1).² Daarbij zijn de auteurs uitgegaan van een brede omschrijving van het vakgebied en worden de successen zelf ook tamelijk breed omschreven, waardoor er hier en daar zeker wel dubbel wordt geteld. Ook het door de auteurs aangevoerde bewijsmateriaal voor het effect van sommige maatregelen op de volksgezondheid laat nog wel wat kritische kanttekeningen toe. Niettemin zullen ook sceptici moeten toegeven dat deze 10 successen stuk voor stuk grote klappers waren. De in tabel 1 genoemde maatregelen hebben een enorme bijdrage geleverd aan de verbetering van de volksgezondheid, niet alleen in de Verenigde Staten, maar grotendeels ook in Nederland. Een uitzondering is misschien de fluoridering van drinkwater, die in Nederland uiteindelijk niet is geaccepteerd, maar andere maatregelen (fluortabletten) hebben dat deels gecompenseerd.

Over elk van de in tabel 1 genoemde onderwerpen heeft de Gezondheidsraad in de loop van de jaren wel één of meer adviezen gepubliceerd. Om een volledig beeld te kunnen schetsen van de Gezondheidsraadadvisering hebben wij nog 4 categorieën toegevoegd: screening, milieu, overige public health en de categorie andere terreinen dan de public health.

Adviezen van de gezondheidsraad op het gebied van de public health

Tabel 2 geeft een overzicht van de aantallen adviezen van de Gezondheidsraad, onderverdeeld naar de genoemde 14 groepen. Tevens is deze ‘eeuw van de Gezondheidsraad’ onderverdeeld in 5 perioden van elk 20 jaar (met uitzondering van de eerste, die 18 jaar, en de laatste, die 22 jaar omvat). In zijn eerste 100 jaar bracht de Gezondheidsraad in totaal 2046 adviezen uit, waarvan 1844 betrekking hebben op 1 of meer van de 13 genoemde categorieën. Adviezen betreffende het

milieu laten wij hier verder buiten beschouwing (het grootste aantal adviezen dat werd uitgebracht); er resteert dan een totaal aantal van 1428. Dat de tabel 255 adviezen meer bevat, is een gevolg van het feit dat sommige adviezen alleen recht kon worden gedaan door ze in twee categorieën onder te brengen. Ze uit één van beide categorieën weg te laten zou een ernstiger vertekening van het profiel van de Gezondheidsraadadvisering tot gevolg hebben dan acceptatie van deze dubbeltellingen.

Voedingsadviezen nemen qua frequentie de 2e plaats in. Hier is een duidelijke piek in de periode 1940-1960, met name als gevolg van 76 adviezen die uitgebracht werden gedurende de bezettingstijd. Adviezen over de distributie van levertraan (1941), de voorraad rijst, de consumptie van beukennootjes (1944), de vervangende voedingsmiddelen tulpenbollen en dahliaknollen (1944) en over de extra voedselverstrekkingen aan nachtverpleegsters (1944) zijn dramatische tijdsdocumenten.

De 3e en de 5e plaats worden ingenomen door adviezen over de bestrijding van infectieziekten en over vaccinaties. Deze 2 categorieën tezamen namen in de periode tot 1940 ongeveer eenderde (37%) van alle adviezen voor hun rekening, welk aandeel in de afgelopen 20 jaar is gedaald tot 13%. Tot 1940 is het aantal adviezen over infectieziektebestrijding beduidend groter dan over vaccinaties, terwijl vanaf 1960 deze verhouding duidelijk is omgekeerd. De eerste adviezen over de bestrijding van infectieziekten stammen uit 1902 ('Uitvoering epidemiewet' en 'Bouw quarantaine-inrichting op Vlieland'). Naast onderwerpen die in Nederland op dit moment gelukkig niet meer actueel zijn zoals de verspreiding van de pestbacterie door ratten en vlooiën (1914), de wettelijke regeling preventie en bestrijding van lepra (1904), de afkondiging van buitengewone maatregelen tegen cholera (1905) en het aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders (1905), komen wij ook al vroeg nog immer actuele onderwerpen tegen zoals preventie van longtuberculose (1905) en de preventie van nekkramp (1906). De reeks vaccinatieadviezen geeft een fascinerend overzicht van de ontwikkeling van het Nederlandse vaccinatiebeleid vanaf het begin van de vorige eeuw. De adviezen tot 1920 hebben betrekking op pokkenvaccinatie, in 1921 komt het eerste difterieadvies, adviezen over influenzavaccinatie beginnen vanaf 1946 te verschijnen, om vanaf 1975 tot en met 1998 jaarlijks te verschijnen. Vanaf 1985 wordt jaarlijks advies uitgebracht over het rijksvaccinatieprogramma.

Tabel 1 De tien grote successen op het gebied van public health van de 20e eeuw in de VS.²

Vaccinaties (van vóór 1900 tot circa 1985)

Vaccins tegen pokken, difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, mazelen, bof, rubella, *Haemophilus influenzae* type b. Reductie van aangegeven gevallen: 95-100%

Bestrijding van infectieziekten (vanaf circa 1900)

Schoon drinkwater, riolering, voedselveiligheid, vuilnisafvoer, voorlichting over hygiënisch gedrag, ziektecontroleprogramma's (onder andere tuberculose, geslachtsziekten), ongediertebestrijding, vaccinaties, antibiotica. Reductie van de sterfte aan infectieziekten: meer dan 90%

Veiligheid van de werkplek (vanaf circa 1900)

Verbeterde productiemethoden, verbeterde arbeidsomstandigheden, betere opleiding van personeel. Reductie van aantal dodelijke ongevallen per 100.000 werkers: meer dan 90%

Gezondere moeders en baby's (vanaf circa 1900)

Bestrijding van infectieziekten (zie boven), hoger opleidingsniveau van moeders, betere anticonceptie, betere prenatale, verloskundige en neonatale zorg, consultatiebureaus en schoolgezondheidszorg. Reductie van zuigelingensterfte: meer dan 90%; reductie van maternale sterfte: 99%

Veiliger en gezonder voedsel (vanaf circa 1920)

Pasteurisatie van melk, koelkasten, voorschriften voor en toezicht op voedselveiligheid, bestrijding voedingsdeficiënties, bestrijding vet eten. Reductie van de sterfte aan voedselinfecties: meer dan 95%; vrijwel eliminatie van voedingsdeficiënties als struma, rachitis en pellagra

Gezinsplanning (vanaf circa 1920 en vanaf 1965)

Voorlichting over anticonceptie, invoering van veilige anticonceptiemethoden. Daling van gemiddeld aantal kinderen per vrouw van meer dan 3 tot minder dan 2

Fluoridering van drinkwater (vanaf circa 1945)

Toevoeging van fluor aan drinkwater. Reductie van prevalentie van cariës: circa 30%

Veiligheid van motorvoertuigen (vanaf circa 1965)

Betere motorvoertuigen, snelwegen, wetgeving en handhaving op het gebied van alcohol, veiligheidsgordels, kinderzitjes en helmen. Reductie van aantal doden per miljoen voertuigmijlen: 90%; reductie van aantal doden per 100.000 van de bevolking: circa 40%

Daling van sterfte aan hartziekte en beroerte (vanaf circa 1965)

Bestrijding van sigarettenroken, opsporing en behandeling van hoge bloeddruk, betere voedingsgewoonten, verbeteringen in medische zorg. Reductie van de sterfte aan ischemische hartziekte: meer dan 50%

Bestrijding van tabaksgebruik (vanaf circa 1965)

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, restrictie van reclame, hogere accijns, verbod op roken in publieke ruimte. Daling van het percentage rokers: 40%

In de loop van de jaren zijn er 217 adviezen over de veiligheid van de werkplek uitgebracht. 78 daarvan zijn adviezen die vanaf 1994 door de werkgroep Deskundigen Occupational Safety and Health zijn uitgebracht betreffende

gezondheidskundige advieswaarden voor blootstelling aan stoffen op de werkplek. In de beginperiode van de Gezondheidsraad was het aantal adviezen op het gebied van arbeid en gezondheid eveneens relatief hoog. Hier komen wij adviezen tegen over nog steeds actuele onderwerpen zoals de preventie van caissonziekte (1904), beroepsziekten (1908) en het gebruik van vergiften in de landbouw (1921), naast gedateerde onderwerpen zoals ‘Verontreiniging dienstlokalen door spuwen’ (1909) en ‘De gezondheidstoestand van personen die regelmatig rijwioldiensten uitoefenen’ (1930). Sinds het advies betreffende voorwaarden voor het gebruik van röntgenstraling in de geneeskunde (1926) is het onderwerp stralenbescherming duurzaam aanwezig op de agenda van de Gezondheidsraad.

Over de gezondheid van moeder en kind werden in de loop van de jaren 168 adviezen uitgebracht, waarvan het eerste reeds in het eerste jaar van de Gezondheidsraad: dit betrof het voorstel van de Nederlandse Vereniging voor Pediatrie om een hoogleraar Pediatrie te benoemen (1902) terwijl het recentste advies cochleaire implantatie bij kinderen betrof (2001). In de tussenliggende periode werd over een breed scala aan onderwerpen geadviseerd, waaronder een aantal adviezen over roken door kinderen (1913, 1915, 1922), over bedsteden (1924), seksuele opvoeding en voorlichting (1923) en het rapport ‘Psychedellic sound bij beat music’ (1967).

Over screening werden in totaal 59 adviezen uitgebracht, vrijwel allemaal na 1980. Meer dan de helft daarvan zijn adviezen die samenhangen met de uitvoering van de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) door de commissie WBO van de Gezondheidsraad.

Sinds 1970 brengt de Gezondheidsraad gemiddeld bijna jaarlijks een advies uit op het terrein van de hart- en vaatziekten. Het eerste advies op dit gebied betrof de uitwendige hartmassage (1969), het recentste de toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland (2002).

Bij advisering op het gebied rond gezinsplanning heeft de Gezondheidsraad een zeer bescheiden rol gespeeld, evenals op het gebied van veiligheid van motorvoertuigen. De 8 adviezen op dit laatste gebied hebben uitsluitend betrekking op de medische aspecten van rijgeschiktheid. Ook op het gebied van de bestrijding van tabaksgebruik werden in de loop van 100 jaar weinig adviezen uitgebracht, namelijk 7, waarvan 4 sinds het bekend worden van de grote gezondheidsrisico's van roken. Op de betekenis van deze schijnbare discrepantie tussen ernst van een volksgezondheidsprobleem en adviesfrequentie zullen wij nog ingaan.

Tabel 2 Aantallen Gezondheidsraadadviezen 1902-2001^a

onderwerp	1902-1919	1920-1939	1940-1959	1960-1979	1980-2001	1902-2001
vaccinaties	9	42	36	49	64	200
infectieziekten	101	84	40	17	52	294
veiligheid werkplek	30	26	16	35	110	217
moeder/kind	18	29	34	33	54	168
voeding	31	27	124	68	61	311
gezinsplanning	2	1	0	2	7	12
fluoridering	0	0	2	6	1	9
motorvoertuigen	0	0	0	3	5	8
hartziekten/beroerte	0	0	0	12	19	31
tabaksgebruik	2	1	2	1	1	7
milieu	8	10	10	134	255	417
screening	0	1	1	4	53	59
overig	31	33	18	10	18	110
op ander gebied dan maatschappelijke gezondheidszorg	41	105	66	62	184	458
totaal	273	359	349	436	884	2 301

^a De Gezondheidsraad bracht in deze periode in totaal 2046 adviezen uit. Deze tabel bevat 255 dubbelstellingen.

De categorie overige adviezen op het gebied van de public health bevat een enorme variatie aan onderwerpen. Naast curiositeiten, zoals de ‘Gewenste afmeting van spoorwegwachterswoningen’ en ‘Gevaar leefwijze Gayelord Hauser voor de volksgezondheid’ (1953) en ‘Platanen langs snelwegen’ (1923), vormt advisering over drugsgebruik in zijn verschillende verschijningsvormen over de gehele periode een voortdurend aanwezig onderwerp. Zo goed als afwezig is het onderwerp geestelijke volksgezondheid, zij het dat daarin met een aantal recente adviezen mogelijk een kentering is waar te nemen: ‘Opsporing en behandeling van adolescenten met schizofrenie’ (1999), ‘Doelmatig gebruik van benzodiazepines’ (1998), ‘Diagnostiek en behandeling van ADHD’ (2000) en ‘Langdurige psychotherapie’ (2001).

Bijdrage aan verbetering van de volksgezondheid

Volksgezondheid kan eenvoudig worden omschreven als ‘de omvang en verdeling van sterfte, ziekte en handicap in de bevolking’.³ Verbetering van de volksgezondheid kan dan worden gemeten aan de verschuiving in de omvang en verdeling van bovengenoemde 3 kenmerken. In de inleiding bleek reeds dat interventies op het gebied van de public health een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan sterftereductie en de afname van sommige ziekten in zowel de Verenigde Staten als Nederland. Waar de Gezondheidsraad in de loop van de jaren over vrijwel alle in tabel 2 genoemde specifieke onderwerpen heeft geadviseerd in de lijn van de op dat moment beschikbare wetenschappelijke kennis, kunnen wij dus zonder meer stellen dat de Gezondheidsraad een bijdrage moet hebben geleverd aan de introductie van dergelijke effectieve maatregelen.

Het achterhalen van het effect van de verschillende adviezen, zoals Rigter voor de periode tot 1985 ten dele heeft gedaan,⁴ is een fascinerende bezigheid, die tot gepaste bescheidenheid aanleiding geeft. Wij zien professionals, wetenschappers en beleidsmensen enerzijds gedreven door de noodzaak om oplossingen te vinden voor actuele volksgezondheidsproblemen of door wenkende perspectieven vanuit het wetenschappelijk onderzoek en anderzijds gevangen tussen tegengestelde belangen of onverenigbare ethische noties.

Succesfactoren. Wat bepaalt eigenlijk het succes van Gezondheidsraadadviezen, gemeten aan de mate waarin een advies ook consequenties in de praktijk heeft? Men zou een taxonomie van Gezondheidsraadadviezen kunnen opstellen aan de hand van de volgende 5 kenmerken: mate waarin er op voorhand politiek draagvlak voor het advies is, kracht van evidentie waarop het advies is gebaseerd, economische gevolgen bij uitvoering van het advies, ethische implicaties, en de mate waarin maatschappelijke dan wel wetenschappelijke ontwikkelingen aanleiding vormen tot het advies.

Voor veel adviezen op het gebied van infectieziekten bestaat bijna op voorhand een groot draagvlak, tenzij er belangrijke ethische aspecten aan het onderwerp zitten, bijvoorbeeld op het terrein van aids. Zo is advisering op het gebied van het Rijksvaccinatieprogramma bijna op voorhand geaccepteerd, ook wanneer het de invoering van een nieuwe vaccinatie betreft, zoals die tegen *Haemophilus influenzae* type b (Hib).⁵ Vaccinatie tegen Hib werd op grond van een Gezondheidsraadadvies uit 1991 in 1993 in het Rijksvaccinatieprogramma opgenomen. Sindsdien is het jaarlijks aantal ernstig invasieve Hib-infecties gedaald van 700 naar 8 in 1997. Daardoor zijn enige tientallen kinderlevens

gered en is voor een veel groter aantal kinderen duurzame gezondheidsschade voorkomen. Overigens is de mate van politiek draagvlak een niet geheel op zichzelf staand criterium, maar wordt deze in hoge mate mede bepaald door de andere 4 kenmerken.

Het gewicht van beschikbare wetenschappelijke evidentie speelt een bijzondere rol. Naarmate deze evidentie overtuigender is, zullen interventies vanzelfsprekender in de gezondheidszorg worden geaccepteerd, zonder dat daar een Gezondheidsraadadvies aan te pas hoeft te komen. Adviesvragen zullen vooral komen wanneer de evidentie minder sterk is of tegenstrijdig wordt geïnterpreteerd, of wanneer ondanks overtuigende evidentie er belangrijke ethische of economische implicaties aan interventies zitten.

De 3 adviezen over roken uit 1956, 1957 en 1975 vormen een treffende illustratie. In 1954 vroeg de toenmalige directeur-generaal van de Volksgezondheid en latere staatssecretaris en hoogleraar Sociale Geneeskunde P Muntendam advies over de buitenlandse literatuur over het verband tussen roken en longkanker, en indien de raad een dergelijk verband aannemelijk zou achten, over de mogelijkheden tot beperking van het roken. In 1956, toen naar de huidige epidemiologische maatstaven dit verband in feite overtuigend was aangetoond, kwam de commissie tot een uiterst terughoudend advies. De leden van de desbetreffende commissie waren het eens over het bestaan van een samenhang tussen roken en het optreden van longkanker, maar ‘sommige leden, en voornamelijk enkele medici onder hen, zijn door de resultaten van de verschillende onderzoeken allerminst van een causaal verband overtuigd, en zij kunnen dit ook niet aannemen, al willen zij de mogelijkheid niet uitsluiten’. De commissie wijdt verschillende vergaderingen aan de vraag of er van overheidswege een waarschuwing tegen het roken mag uitgaan. Uiteindelijk wordt de commissie het eens over de volgende aanbeveling ‘welke de jeugd langs verschillende kanalen zou dienen te bereiken’: ‘De regering heeft met bezorgdheid kennis genomen van de snelle toeneming van longkanker, welke zich de laatste decennien heeft voltrokken. In de medische- en ook in de lekenpers wordt veelal gesteld, dat sterk roken, in het bijzonder dat van sigaretten, het ontstaan van longkanker bevordert. De Regering heeft zich op dit punt door deskundigen laten voorlichten. Deze hebben als hun mening gegeven, dat, hoewel het bewijs van een causaal verband in bovengenoemde zin begrijpelijkerwijs niet geleverd kan worden, er geen afdoende argumenten verzameld werden tegen de aanname van een dergelijk verband’.

Behalve wetenschappelijke, heeft de commissie ook nogal strategische overwegingen voor deze terughoudende formulering: ‘De commissie is er zich van

bewust, dat een Regeringsverklaring, die zich, hoe zacht ook, richt tegen het roken van sigaretten, van de zijde der betreffende industrie met scherpzinnige en zelfs spitsvondige critiek zal worden ontvangen. Zij was in haar ontwerp daarom uiterst voorzichtig en zegde minder dan althans de meerderheid der leden voor hun persoonlijke verantwoording had willen nemen. De autoriteiten gelieven zich derhalve niet te laten misleiden door de tamme inhoud, daaruit abusievelijk afleidende, dat de zaak zulk een vaart niet loopt'. In een advies dat slechts 1 jaar later verschijnt blijven al deze beschouwingen achterwege en wordt geadviseerd over voorlichting aan de jeugd over de gevaren van het roken, waarbij systematisch een achttal professionele groeperingen en organisaties worden aangesproken. Het advies van 1975 vormt een respectabele tegenpool voor het advies uit 1956. Dit advies pleit voor een langetermijnplan, met een looptijd van bijvoorbeeld 15 jaar, dat in etappes zou moeten worden uitgevoerd. Het omvat 13 concrete punten waarvan een aantal voorlichtings- en onderwijsprogramma's betrof, maar ook een verbod voor artsen om in het bijzijn van patiënten te roken, rookverboden in wachtkamers en te zijner tijd in openbare gebouwen en gemeenschappelijke werkruimten, een reclameverbod, etikettering van rookwaren en dergelijke. Dit programma was zo ambitieus en realisering van het merendeel van de aanbevelingen heeft zo lang geduurd, dat het begrijpelijk is dat de Gezondheidsraad sinds 1975 geen advies over roken meer heeft uitgebracht, met uitzondering van het advies over passief roken in 1990.

Naarmate het opvolgen van een advies grotere consequenties op andere maatschappelijke terreinen dan de volksgezondheid zal hebben, en dus op de daarmee samenhangende beleidsterreinen, is de kans kleiner dat een dergelijk advies volledig tot uitvoering komt. Volksgezondheidsbelangen hebben niet een vanzelfsprekend primaat, maar kunnen worden afgewogen tegen andere belangen, met name economische. Public health, en vooral primaire preventie, opereert vanouds in een dergelijk spanningsveld. Behalve de genoemde rookadviezen vormen verschillende adviezen op het gebied van arbeid en gezondheid en milieu hier goede illustraties van.

Naarmate over het onderwerp waarover wordt geadviseerd sterkere en uiteenlopendere ethische opvattingen bestaan, is de mate waarin het advies zal worden toegepast onzekerder. Op het gebied van preventie doen zich vaak vraagstukken van dwang en drang voor. Het is dan ook niet verwonderlijk dat van de vroegste adviezen van de Gezondheidsraad er verschillende betrekking hebben op dwang en drang bij pokkenvaccinatie. Een recenter voorbeeld betreft de fluoridering van drinkwater, door de CDC in tabel 1 aangemerkt als één van de 10 grote successen op het gebied van public health in de Verenigde Staten. Deze

onbetwistbaar effectieve methode van cariëspreventie is in Nederland verlaten vanwege het onvrijwillige karakter ervan.

Een andere illustratie vormt het advies 'Geslachtskeuze om niet medische redenen' (1995). Aanleiding hiertoe was de aankondiging dat de Stichting Gender Preselection een kliniek voor preconceptionele geslachtskeuze in Nederland wilde openen, hetgeen tot aanzienlijke publieke opwinding leidde. Het advies behelst dat er geen aanleiding bestaat voor wettelijke maatregelen die het aanbieden van preconceptionele geslachtskeuze om niet-medische redenen in ons land onmogelijk zouden maken. De overheid dient immers de reproductieve vrijheid in beginsel te respecteren en mag daarvan slechts afwijken om te voorkomen dat de belangen van anderen worden geschaad. Van het laatste is volgens het advies geen sprake. Naast deze ethisch-juridische overwegingen beargumenteert de commissie dat een dergelijke kliniek in Nederland waarschijnlijk niet tot grote demografische onevenwichtigheid zal leiden. Op dezelfde dag waarop het advies uitkwam, stuurde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport haar standpunt aan de kamer, waarin zij aankondigt stappen te zullen ondernemen om deze 'praktijk te voorkomen'. Deze snelheid is opvallend afwezig bij het rapport over prenatale screening (2001). Ruim een jaar na verschijnen van dit rapport heeft de overheid hierover nog steeds geen standpunt kunnen innemen.

Veel adviezen van de Gezondheidsraad pogen antwoord te geven op waargenomen of verwachte bedreigingen van de volksgezondheid en hebben daarmee een directe maatschappelijke aanleiding. Veel adviezen hebben ook betrekking op de manier waarop geaccepteerde interventies georganiseerd en aangeboden moeten worden en hebben daarmee eveneens een maatschappelijke aanleiding. Er zijn echter ook veel adviezen als gevolg van de beschikbaarheid van nieuwe interventiemethoden, waarbij het de vraag is of en hoe een dergelijke nieuwe interventie beschikbaar moet komen voor de Nederlandse populatie of een speciale doelgroep daaruit.

Conclusies

In zijn 100-jarig bestaan heeft de Gezondheidsraad een belangrijke rol gespeeld bij de introductie van effectieve maatregelen op het gebied van de public health en daarmee een grote bijdrage geleverd aan de verbetering van de volksgezondheid. Dat de Gezondheidsraad zijn rol het pregnantst op dit gebied heeft gespeeld, is begrijpelijk. De zorg voor de volksgezondheid door middel van dergelijke maatregelen is immers in hoge mate een overheidstaak, en in het eerder geschetste spanningsveld waarin ze een plaats moeten vinden, is een onaf-

hankelijke en belangeloze advisering van grote waarde. Naarmate rond een onderwerp grote tegengestelde belangen en uiteenlopende ethische opvattingen bestaan, wordt een dergelijke onafhankelijke advisering belangrijker.

Dat adviezen die zich in een dergelijk spanningsveld bewegen minder vaak direct en volledig zullen worden opgevolgd en soms helemaal niet, is onontkoombaar en doet aan het belang van dergelijke advisering niet af. Sterker nog: wanneer alle adviezen van de Gezondheidsraad zouden worden opgevolgd, zou men kunnen concluderen dat hij zich kennelijk met de verkeerde onderwerpen bezighoudt, dan wel te gevoelig zou zijn voor de actuele politieke windrichting. 100 jaar Gezondheidsraad betekent tevens 100 jaar waardevolle documentatie van public health en volksgezondheidsbeleid in Nederland.

De ordening en de kwantificering van de adviezen zoals weergegeven in tabel 2 en de in de tekst genoemde voorbeelden werden verzorgd door het secretariaat van de Gezondheidsraad.

Literatuur

- 1 Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. Public health in England. Londen: HMSO; 1988.
- 2 Centers for Disease Control. Ten great public health achievements – United States, 1900-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999; 48:241-3.
- 3 Maas PJ van der, Mackenbach JP. Volksgezondheid en gezondheidszorg. 2e dr. Maarssen: Elsevier/Bunge; 1999.
- 4 Rigter RBM. Met Raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Rotterdam: Erasmus Publishing; 1992.
- 5 Conyn-van Spaendonck MAE, Veldhuijzen IK, Suijkerbuijk AWM, Hirasing RA. Sterke daling van het aantal invasieve infecties door *Haemophilus influenzae* in de eerste 4 jaar na de introductie van de vaccinatie van kinderen tegen *H. influenzae* type b. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000; 144:1069-73.

Honderd jaar Gezondheidsraad. III. Ziekenhuiszorg en onderzoek

JW Wladimiroff

Ned Tijdschr Geneeskd 2002; 146: 1895-8

Samenvatting

In 1983 werd ingevolge artikel 18 van de wet Ziekenhuisvoorzieningen een Algemene Maatregel van Bestuur ingesteld op grond waarvan het voor een aantal topklinische voorzieningen verboden werd deze zonder vergunning van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uit te oefenen. Volgend op het rapport 'Grenzen aan de zorg' van de Gezondheidsraad in 1986, droeg de overheid in 1989 de Gezondheidsraad op een beleidscyclus te ontwikkelen waarin de stand van zaken voor bepaalde artikel-18-functies is weergegeven, alsmede voorstellen te doen voor ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek. Dit leidde tot de zogenaamde jaaradviezen van de raad die een centrale rol hebben gespeeld bij een evenwichtige invoering en spreiding van bijzondere voorzieningen. In 1995 werden de jaaradviezen beëindigd wegens onduidelijkheid over de beeldvorming van een aantal adviezen. In 1997 werden alle topklinische functies onder het regime gebracht van artikel 2 Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Hierdoor bestond geen adviesverplichting meer voor de overheid. De Gezondheidsraad heeft zijn belangrijke adviestaken echter onder de WBMV kunnen voortzetten. Voorbeelden daarvan zijn de praktijkvoering voor *in-vitro*-fertilisatie en de totstandkoming van de Embryowet aan de hand van adviezen van de Gezondheidsraad.

De wijze waarop spreiding en concentratie van diagnostische en therapeutische technologieën de laatste decennia in Nederland hebben plaatsgevonden, is succesvol geweest en heeft als voorbeeld gediend voor andere landen binnen Europa.

In dit artikel zal ik, na een korte beschrijving van de voorgeschiedenis, de initiële wetgeving beschrijven rond de regulering van de topklinische zorg (artikel 18 Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)) en de rol van de Gezondheidsraad in zijn advisering van de overheid. In 1997 werd de klinische topzorg onder het regime van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) gebracht. Tot slot zal ik aan de hand van een tweetal voorbeelden de betekenis van Gezondheidsraadadviezen voor het beleid illustreren, voor zowel de klinische topzorg als het onderzoek.

Voorgeschiedenis

De gezondheidszorg heeft de afgelopen decennia grote technologische ontwikkelingen doorgemaakt. Het aantal medische voorzieningen nam sterk toe en daarmee stegen de kosten van de gezondheidszorg. Er ontstond een noodzaak tot concentratie van specialistische medische verrichtingen en de daarmee samenhangende aanschaf van kostbare apparatuur. Daartoe werd in mei 1971 door de overheid de WZV vastgesteld met daarin de bepaling (artikel 18) dat dergelijke voorzieningen of functies aan een vergunningsplicht zouden worden onderworpen. De kern van de artikel-18-regeling was dat met een vergunningensysteem een beheerste invoering van daartoe aangewezen verrichtingen mogelijk werd. De wet werd in april 1976 van kracht. De Gezondheidsraad kreeg de taak te adviseren of topklinische functies al dan niet onder de werking van het wetsartikel moesten worden gebracht, en zo ja, onder welke voorwaarden (zoals eisen te stellen aan centra).

In 1983 werd om het wetsartikel uit te voeren een Algemene Maatregel van Bestuur ingesteld, op grond waarvan het voor een tiental functies verboden werd deze zonder vergunning van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) uit te oefenen. Het betrof: dialyse, niertransplantatie, radiotherapie, neurochirurgie, hartchirurgie, nucleaire geneeskunde, postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek, hartkatheterisatie, computertomografie en intensieve zorg voor zieke pasgeborenen; in 1988 werd *in-vitro*fertilisatie hieraan toegevoegd. Sindsdien stelt de minister via een planningsbesluit voor elk van de 'artikel-18-WZV-functies' de behoefte vast voor een bepaalde periode, evenals de wijze waarop in die behoefte kan worden voorzien. Interessant is dat acade-

mische ziekenhuizen in eerste instantie niet onder het regime van dit wetsartikel vielen. Dit werd pas in 1990 het geval.

Regulering klinische topzorg en de rol van de Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad bracht in 1986 het advies ‘Grenzen van de gezondheidszorg’ uit met het voorstel de regering ieder jaar via een ‘jaaradvies’ te adviseren over nieuwe of bestaande zaken die in aanmerking komen voor wetenschappelijke toetsing op gezag van de overheid.¹ De raad zou zich niet alleen richten op deze signalering van relevante ontwikkelingen, maar zou voortaan ook met voorstellen komen voor onderzoek op het vlak van de beoordeling van technische vernieuwingen in de gezondheidszorg (of: ‘medical technology assessment’). Extra nadruk kreeg de rol van het jaaradvies in de wijziging van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1989), waarin de regering deze signalering door de raad als eerste fase aanmerkte in de toen gestarte beleidscyclus ‘Ontwikkelingsgeneeskunde’.

Op deze wijze ontstond tevens een taakverbreding voor de raad bij de advisering over topklinische zorg: naast afzonderlijke adviezen gericht op planningsbesluiten voor artikel-18-voorzieningen kon de raad voortaan, in zijn jaaradviezen, adviseren over bijstelling, toewijzen of ontnemen van functies. Daarbij werden als criteria gehanteerd: kwaliteit (concentratie van zorg, deskundigheid, ervaring, infrastructuur), maatschappelijke gevolgen (waaronder ethische en gezondheidsrechtelijke aspecten) en stimulering (bevorderen van kostbare functies waaraan een hoge prioriteit werd toegekend).

Deze adviesprocedure was gekozen omdat de regering regelmatige evaluatie nodig achtte van ontwikkelingen die een redelijke kans hadden om op termijn in de standaardzorg te worden opgenomen, maar ook van bestaande vormen van zorg waarvan de waarde geheel of gedeeltelijk achterhaald leek. De jaaradviezen kregen daarom de vorm van een drieluik: (a) thematische signalering van relevante ontwikkelingen in de gezondheidszorg (hoofdthema’s waren onder meer: preventieve zorg; infectieziekten, voortplanting, wachtlijsten); (b) advisering over topzorg; (c) voorstellen voor toegepast zorgonderzoek (waaronder ontwikkelingsgeneeskunde).²

Het eerste jaaradvies (1989) besteedde ruim aandacht aan de kwaliteit van de zorg (variatie in medisch handelen, kwaliteitsverschillen tussen instellingen) en de inhoud van de zorg (onder meer: traumazorg; intensivecaregeneeskunde)³ Daarnaast werd in dit advies de doelstelling van artikel 18 WZV nader omschreven: (a) evenwichtige spreiding over het land van kostbare en/of zeer

gespecialiseerde voorzieningen die niet in elke regio aangeboden kunnen worden; (b) regulering van bijzondere voorzieningen die zonder ingrijpen een te ruime verspreiding zouden krijgen (kwaliteitsbewaking en beteugeling).

Met de invoering van het begrip ‘ontwikkelingsgeneeskunde’ eind jaren tachtig kreeg het doelmatigheidsonderzoek in de zorg een sterke stimulans.⁴ Het fonds Ontwikkelingsgeneeskunde werd ingesteld met gelden van de toenmalige Ziekenfondsraad en een bijdrage van het ministerie van Onderwijs en Wetenschap. De commissie Ontwikkelingsgeneeskunde beoordeelde onderzoeksvoorstellen op het gebied van zowel nieuwe als bestaande diagnostische en therapeutische voorzieningen, met het oogmerk deze te doen opnemen in de verzekering danwel ze daaruit te verwijderen.

In de daaropvolgende jaaradviezen (en ook in afzonderlijke adviezen) werd het beleid onder artikel 18 WZV op het gebied van kwaliteit en kosten verder aangescherpt. Toepassing van dit artikel was aangewezen voor vormen van diagnostiek en therapie. Het gevaar was dat zonder bescherming van artikel 18 er een onaanvaardbaar risico zou bestaan dat de kwaliteit onvoldoende gegarandeerd zou zijn. De kwaliteit zou anders onvoldoende of zelfs in het geheel niet gegarandeerd zijn, met name vanwege het kostbare karakter van die functies. Enkele voorbeelden zijn: levertransplantatie, hartchirurgie en interventiecardiologie voor kinderen en klinisch genetisch onderzoek. Tevens sprak de Gezondheidsraad tezamen met het College van Ziekenhuisvoorzieningen zijn zorg uit over de beperkte reikwijdte van de werking van artikel 18 WZV. Dit dekde namelijk niet een aantal nieuwe vormen van zorgverstrekking zoals privé-klinieken, commerciële centra en specialistenpraktijken. Het voorstel was alle instellingen binnen de gezondheidszorg – indien nodig – te binden aan de vergunningsvereisten. In 1993 bracht de toenmalige staatssecretaris voor Volksgezondheid een directe koppeling tot stand tussen het door het fonds Ontwikkelingsgeneeskunde gesubsidieerd evaluatieonderzoek en de sturing van topzorg van bewezen waarde op grond van artikel 18 WZV. Ook hier werd aan de Gezondheidsraad een zware adviserende rol toegekend. Dit gold eveneens voor nieuwe zorgvoorzieningen waarvan de doelmatigheid nog niet was aangetoond. De raad zou dan vroeg om advies gevraagd moeten worden of zou zelf – uit hoofde van zijn signaleringstaak – ongevraagd moeten kunnen adviseren inzake voorzieningen die onderzoeksfase III hadden bereikt.

In 1995 publiceerde de Gezondheidsraad zijn 5e en laatste jaaradvies.⁵ De publicatie van de jaaradviezen werd beëindigd omdat onvoldoende duidelijkheid was ontstaan over de beleidsvorming van de overheid rond adviezen inzake artikel-18-WZV-voorzieningen. Voorbeelden zijn de adviezen over de positron-

emissietomografie (PET)-diagnostiek en pancreas- en beenmergtransplantatie. Intussen was de overheid reeds aan het werk aan de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Zij vond de artikel-18-WZV-regeling te star en te traag. De regulering van bijzondere voorzieningen moest adequater worden. De aanleidingen waren de eerdergenoemde accentverschuiving van de regeling van bewezen klinische topzorg naar het eerste patiëntgebonden onderzoek en het onder het vergunningsregime brengen van privé-klinieken. Bovendien was de WZV met name gericht op de planning van infrastructuur en de regulering van nieuwbouw, terwijl voor het kunnen uitvoeren van een topklinische verrichting meestal geen bouw nodig is. In 1997 werden alle topklinische functies overgeheveld van artikel 18 WZV naar artikel 2 WBMV.

De Wet bijzondere medische verrichtingen en de rol van de Gezondheidsraad

De aanloop tot de WBMV hield een tegenstrijdigheid in. Enerzijds streefde de overheid deregulering na via de Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet Kwaliteit Zorginstellingen: dus meer eigen verantwoordelijkheid in het zorgveld. Anderzijds betekende de WBMV een strengere, meer centralistische benadering met een moratorium, nuloptie of verbod als instrumenten van beteugeling van topklinische functies. De impact van de WBMV op de activiteiten van de Gezondheidsraad was dat advisering inzake klinische topzorgfuncties niet meer verplicht werd (dit gold ook voor de toenmalige Ziekenfondsraad (nu: College voor zorgverzekeringen) en voor het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (nu: College Bouw)). Verder hadden planningsbesluiten niet meer een looptijd van 4 jaar; deze was variabel geworden.

Op grond van het voorgaande wees de voorzitter van de Gezondheidsraad in 1997 de overheid op het feit dat er zich een spanningsveld ontwikkelde tussen behoud van doelmatigheid en kwaliteit enerzijds en deregulering van overheidswege anderzijds.⁶ Als voorbeelden werden de ontwikkelingen op het gebied van de beenmergtransplantatie en de implicaties van de toenmalige regeling voor hartchirurgie en interventiecardiologie genoemd. De raad wees op de in meer dan 14 jaar opgebouwde ervaring met artikel 18 WZV. Dit regime had tot een grotere mate van concentratie geleid, had kwaliteit en doelmatigheid bevorderd en had naast kostenbeheersing nuttige gegevens gegenereerd inzake effectiviteit, kosteneffectiviteit, volumeontwikkeling en indicatieontwikkeling. Ook in het buitenland was grote waardering ontstaan voor de besturingsfilosofie in de topzorg, de beheerste introductie en groei en het hoge kwaliteitsniveau. Dit gold tevens voor de koppeling met ontwikkelingsgeneeskunde. Hoewel in de WBMV

geen adviesverplichting meer voor de overheid bestond, lag het voor de hand de besluitvorming rondom topfuncties te blijven baseren op een gedegen oordeel over relevante aspecten. Een Gezondheidsraadadvies behelste immers een analyse van de stand van wetenschap die via draagvlak en wetenschappelijke consensus in het veld tot stand kwam, hetgeen de kans op implementatie van een aanbeveling aanzienlijk verhoogde. Hoewel uiteindelijk raad en overheid niet wezenlijk van mening verschilden over het concentratiebeleid, was er wel een meningsverschil over de instrumentatie, in het bijzonder het zelfregulerend vermogen van het veld.

Gelukkig heeft de Gezondheidsraad zijn belangrijke adviestaken ook onder de WBMV kunnen voortzetten. Enkele voorbeelden van meer recent uitgebrachte adviezen zijn die over xenotransplantatie, DNA-diagnostiek en intensive care rond de geboorte en het ‘Planningsbesluit IVF’. Daarnaast brengt de raad korte signalementen uit.

Regulering topzorg: werking in de praktijk

Het Gezondheidsraadadvies over in-vitrofertilisatie (IVF). Na de start van IVF in Nederland begin jaren tachtig, bracht de Gezondheidsraad in 1984 zijn eerste advies uit. De nadruk lag hierin op indicatiestelling en technische en organisatorische aspecten van IVF. Dit heeft geleid tot een voorlopige planningsregeling. In 1989 verscheen het eerste ‘Planningsbesluit IVF’.

In 1994 vroeg de toenmalige staatssecretaris van VWS de Gezondheidsraad om een wetenschappelijke actualisering van het uit 1989 daterende ‘Planningsbesluit IVF’. Het advies van de Gezondheidsraadcommissie ‘Herziening planningsbesluit IVF’ volgde begin 1997.⁷ In een brief van de staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer in datzelfde jaar worden de aanbevelingen van de Gezondheidsraadcommissie grotendeels gesteund. Opvallend is echter dat met oog op de deregulering door de overheid en de introductie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de overheid de reikwijdte van de vergunningsplicht wenste te beperken. Gesteld werd dat in het planningsbesluit de spreiding en de behoefte werden aangegeven, dat de kwaliteitseisen door de Gezondheidsraad geformuleerd, gehandhaafd werden en dat de ethische aspecten geregeld werden in het wetsvoorstel inzake handelingen met geslachtscellen en embryo’s.

Voor het daaropvolgend ontwerp-planningsbesluit werd commentaar gevraagd aan de raad. Deze constateerde dat slechts in beperkte mate gebruik werd gemaakt van de mogelijkheid om aan een vergunningsverlening kwaliteitseisen

te verbinden. De raad meende dat als IVF mede om redenen van kwaliteit vergunningsplichtig diende te blijven, dezelfde redenen het opnemen van nadere vergunningsvoorwaarden in het planningsbesluit rechtvaardigden. Verder benadrukte de raad nogmaals het grote belang van een uniform indicatiebeleid en een uniforme verslaglegging. In het definitieve 'Planningsbesluit IVF', uitgebracht in 1998, stelt de minister van VWS dat: 'uitgaande van de wenselijkheid zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij het veld te leggen, een regeling op hoofdlijnen is getroffen'. De vergunningsplicht betreffende IVF is beperkt gehouden tot uitsluitend de laboratoriumfase. Wij kunnen concluderen dat het advies van de Gezondheidsraad in 'Herziening planningsbesluit IVF' grotendeels is opgevolgd. De wens van de overheid tot een zekere vorm van deregulering alsmede de toepassing van de Kwaliteitswet Zorginstellingen heeft tot een minder vergaande hantering van het vergunningsstelsel geleid dan waarvoor de Gezondheidsraad zich had uitgesproken.

Embryo-onderzoek. De Gezondheidsraad heeft in totaal 6 adviezen uitgebracht inzake het embryo-onderzoek, te weten: het 'interimadvies inzake IVF' (1984), het advies 'Kunstmatige voortplanting' (1986), het advies 'Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij' (1989), het signalement 'Onderzoek met embryonale stamcellen' (1997), het advies 'IVF: afrondende advisering' (1998) en het advies 'Celkerntransplantatie bij mutaties in het mitochondriale DNA' (2001).

De aanvaardbaarheid van onderzoek met in de IVF-praktijk ontstane restembryo's klinkt in al deze adviezen door. De argumentatie daarvoor is vanaf het begin geweest dat menselijke embryo's een intrinsieke waarde hebben, maar dat deze waarde niet zo groot is dat ze niet door andere, moreel gewichtiger belangen kan worden overtroffen. Strikte voorwaarden dienen echter te worden gehanteerd. Reeds in 1986 wees de Gezondheidsraad op de noodzaak van ethische beoordeling van onderzoekprotocollen op nationaal niveau (nu de Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO)) wanneer van instrumenteel gebruik van menselijke restembryo's sprake is.

In de loop van de tijd werd verschillend gedacht over de aanvaardbaarheid van het doen ontstaan van embryo's voor onderzoek en de aard van het gezondheidsbelang dat daarmee gediend zou zijn. In het advies 'IVF: afrondende advisering' werd voor het eerst een rechtvaardiging voor het gebruik van speciaal tot stand gebrachte embryo's uitgesproken.⁸ Het gaat om onderzoek dat niet met restembryo's kan worden uitgevoerd en waarvan het belang voor de gezondheid van mensen boven iedere twijfel is verheven. Met deze stellingname nam de desbetreffende raadscommissie niet alleen afstand van eerdere adviezen, maar ook van het kabinetstandpunt uit 1995 dat het doen ontstaan van embryo's voor

onderzoek verbod. De Gezondheidsraad adviseerde de regering terug te komen op het voornemen speciaal kweken van embryo's voor onderzoekdoeleinden te verbieden en om bij ratificatie van het Verdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde van de Raad van Europa dat een dergelijke verbodsbepaling bevat, een voorbehoud te maken. Deze aanbeveling is onder frequente verwijzing naar het Gezondheidsraadadvies in de Memorie van Toelichting in de Embryowet overgenomen. Het verbod op het doen ontstaan van embryo's voor onderzoek is nog steeds van kracht, maar dit verbod heeft het karakter van een moratorium. Het kan bij Koninklijk Besluit binnen 5 jaar worden opgeheven.

Conclusie

Gedurende de laatste 20 jaar heeft eerst onder het regime van artikel 18 WZV en later artikel 2 WBMV een beheerste invoering van topklinische voorzieningen en functies plaatsgevonden. Adviezen van de Gezondheidsraad aan de overheid hebben daarin een centrale beleidsvormende rol gespeeld. Dit geldt ook voor de koppeling met Ontwikkelingsgeneeskunde. Ons land heeft daarmee een koploperfunctie vervuld. De overheid is ermee gediend om, ondanks het zelfregulerend vermogen van het veld, de adviezen van de Gezondheidsraad steeds weer bij haar besluitvorming te blijven betrekken.

Prof. dr HR Büller en prof. dr DW Erkelens, internisten, prof. dr HKA Visser, kinderarts, alsmede dr W Dondorp, ethicus, en dr G ten Velden, arts, van de Gezondheidsraad, gaven commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Grenzen van de Gezondheidszorg. Publicatienr. 1986/29. Den Haag: Gezondheidsraad; 1986.
 - 2 Velden GHM ten. The identification of new health care technologies by the Health Council of the Netherlands. *Int J Technol Ass Health Care* 1998;14:671-9.
 - 3 Gezondheidsraad. Jaaradvies Gezondheidszorg 1989. Publicatienr A89/03. Den Haag: Gezondheidsraad; 1989.
 - 4 Boer A. Assessment and regulation of health care technology. The Dutch Experience. *Int J Technol Ass Health Care* 1999;15:638-48.
 - 5 Gezondheidsraad. Jaaradvies Gezondheidszorg 1994/1995. Publicatienr 1995/13. Den Haag: Gezondheidsraad; 1995.
 - 6 Gezondheidsraad. Brief van de Voorzitter inzake advisering topzorg 7 april 1997. Rijswijk: Gezondheidsraad; 1997.
-

- 7 Gezondheidsraad. Het Planningsbesluit IVF. Publicatienr 1997/03. Rijswijk: Gezondheidsraad; 1997.
- 8 Gezondheidsraad. IVF: afrondende advisering. Publicatienr 1998/08. Rijswijk: Gezondheidsraad; 1998.

Honderd jaar Gezondheidsraad. IV. Infectieziekten

J Huisman

Ned Tijdschr Geneesk 2002; 146: 1945-7

Samenvatting

Veel van de adviezen welke de Gezondheidsraad de afgelopen eeuw uitbracht, handelen direct of indirect over infectieziekten. Een voorbeeld daarvan is vaccinatie tegen pokken. In het begin van de vorige eeuw was advisering hieromtrent belangrijk: vaccinatie was aanvankelijk wettelijk verplicht, maar men werd zich steeds bewuster van bijwerkingen ervan. Een tweede voorbeeld is poliomyelitis acuta anterior, waartegen tijdens de jaren vijftig vaccinatie mogelijk werd. Het ging bij de advisering ook om de vraag voor welk vaccin moest worden gekozen: het geïnactiveerde 'dode' (Salk) of het verzwakte 'levende' (Sabin). Vooral door een goede landelijke organisatie en een daarbij passende logistiek werd (en wordt) een hoge vaccinatiegraad bereikt en verdween de klinische ziekte 'polio' uit het land. Een derde voorbeeld vormen voedselinfecties. Het effect van de door de raad uitgebrachte adviezen op dit terrein (vanaf 1960) is beperkt geweest, voor een belangrijk deel door de grote economische consequenties van de voorstellen voor de slachtveehouderij. Door de ontwikkelingen op het gebied van infectieziekten, de immunologie en de vaccinologie en door maatschappelijke ontwikkelingen lijkt het waarschijnlijk dat ook in de komende jaren vaak een beroep op de raad zal worden gedaan op het gebied van infectieziekten en hun bestrijding.

Wie kennisneemt van de lange reeks adviezen die de Gezondheidsraad in de eerste eeuw van zijn bestaan aan de regering heeft uitgebracht, kan het niet ontgaan dat verreweg de meeste, direct of indirect, handelen over de preventie en bestrijding van (besmettelijke) infectieziekten.¹ Op dit gebied besloegen de werkzaamheden van de raad een breed scala van onderwerpen. Ze variëren van een advies over de ‘verspreiding van besmettelijke ziekten via postvervoer’ uit 1905 (overigens weer een actueel onderwerp) tot een nog uit te brengen advies over het ‘Rijksvaccinatieprogramma in de 21^e eeuw’. De grote aandacht van de rijksoverheid voor besmettelijke ziekten weerspiegelt de grote betekenis, ook in emotioneel opzicht, nu en in het verleden, die deze groep ziekten heeft voor de gezondheid van de bevolking.

Voor dit artikel maakte ik een keuze uit deze bonte rij van adviezen en ik beperk mij daarbij tot de volgende onderwerpen: de vaccinatie tegen pokken, het vaccinatiebeleid voor kinderverlamming en het probleem van de advisering over enkele door voedsel overgedragen infecties in de laatste 40 jaar.

Vaccinatie tegen pokken

Vooraf in de eerste 75 jaar van het bestaan van de raad (1902-1977) speelde de vaccinatie van kinderen tegen pokken in de advisering een grote rol, mede omdat er een, sterk omstreden, wettelijke indirecte vaccinatiedwang bestond, die na lange tijd door de regering – ondanks een negatief advies van de raad ter zake – werd ingetrokken. Dat was in 1929. Men was zich meer en meer bewust geworden van de betekenis van de bijwerkingen van deze inenting, hetgeen was geculmineerd in de problematiek van de encephalitis postvaccinalis. Na 10 jaar kwam een nieuwe Inentingswet tot stand (1939), waarin – gezien de complicaties – een belangrijke vrijheid voor ouders of verzorgers werd geregeld over het wel of niet vaccineren van hun kinderen. Door de feitelijke uitroeiing van pokken in de wereld (in 1977 werd in Somalië de laatste pokkenpatiënt geregistreerd) verviel de noodzaak van deze inenting en werd de Inentingswet, na veel discussie in de raad, in 1975 ingetrokken: na 35 jaar vaccinatiedrang was het aantal zuigelingen-vaccinaties gedaald tot vrijwel nul en daarmee kwam tevens een einde aan de iatrogene epidemie van complicaties van de inenting tegen pokken. De raadscommissie die zich vanaf 1929 vooral bezighield met het (nooit opgeloste) vraagstuk van de encephalitis postvaccinalis werd in 1976 ontbonden.

Volgens de huidige inzichten in de bestrijding van exotische infectieziekten – wat pokken was na de laatste grote epidemie van 1870/’71 – is routinematige massavaccinatie van hele jaarklassen kinderen niet aangewezen: theoretisch en

(vooral) achteraf gezien had massavaccinatie na de laatste grote epidemie achterwege kunnen blijven. Naast isolatie van patiënten zou men hebben kunnen volstaan met ‘ringvaccinatie’ van contacten van pokkenpatiënten bij import van variola. Het is bizar te moeten constateren dat in een recent advies van de raad over de ‘verdediging tegen bioterrorisme’ helaas met het gebruik van (al dan niet gemuteerd) variolavirus rekening moet worden gehouden.²

Vaccinatie tegen kinderverlamming

Tijdens de jaren vijftig van de vorige eeuw ontstond ook in Nederland een wetenschappelijke discussie over de inmiddels mogelijk geworden vaccinatie tegen poliomyelitis acuta anterior. De Gezondheidsraad bracht tot nu toe 17 adviezen uit over deze ziekte, vooral toegespitst op het te voeren vaccinatiebeleid. De vaak heftige discussies in de raad gingen aanvankelijk over de vraag of voor de Nederlandse situatie moest worden gekozen voor het geïnactiveerde poliovaccin volgens Jonas Salk (het ‘dode’ vaccin) of voor het verzwakte ‘levende’ vaccin van Albert Sabin. Hoewel in eerste instantie veel landen kozen voor het Salk-vaccin, gingen later de meeste gezondheidsautoriteiten, ook in Europa, over op het gebruik van Sabin-vaccin. Nederland heeft – onder een gelukkig gesternte – gekozen voor het Salk-vaccin, later gecombineerd met het vaccin tegen difterie, kinkhoest en tetanus (DKTP).

Uit de besprekingen in de raadscommissie blijkt dat niet alleen zuiver wetenschappelijke argumenten de uiteindelijke keuze bepaalden. Het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (later het RIVM) speelde als producent van het Salk-vaccin een belangrijke rol in de meningsvorming. Een argument dat ongetwijfeld deze discussie heeft gekleurd, was de vrees voor de (overigens zeldzame) bijwerkingen van het vaccin volgens Sabin: paralyse bij gevaccineerden en/of hun contacten – naar analogie van de complicaties die optraden bij de vaccinatie tegen pokken. Na toediening van het geïnactiveerde vaccin werden eigenlijk nooit bijwerkingen gezien: het is buitengewoon veilig. Uiteindelijk heeft de raad alleen gekozen voor het gebruik van Sabin-vaccin onder epidemische omstandigheden, zoals explosies van polio onder niet-gevaccineerden, die op grond van hun geloofsovertuiging vaccinatie afwezen. Overigens was de acceptatie van het orale vaccin onder die omstandigheden niet groot. Vaccinatiedwang voor weigeraars werd in een advies van de raad in 1982 door een ruime meerderheid van een daartoe ingestelde commissie verworpen. In een minderheidsnota, gevoegd bij dit advies, werd gepleit voor vaccinatiedwang onder epidemische omstandighe-

den.³ In een tweede minderheidsnota werd geopperd vaccinatie verplicht te stellen onder alle omstandigheden.

Vooraf door een goede landelijke organisatie en een daarbij passende logistiek werd (en wordt) een hoge vaccinatiegraad tegen andere polio bereikt (een acceptatiegraad van 97% voor het DKTP-vaccin voor zuigelingen). De klinische ziekte 'polio' verdween daardoor uit Nederland om slechts af en toe, na import, onder niet-gevaccineerden op te duiken, het laatst in 1992/'93.⁴

Inmiddels had de Wereldgezondheidsorganisatie, aangemoedigd door het succes bij pokken, uitroeiing van polio hoog in haar vaandel geschreven. Hierbij zijn al belangrijke resultaten geboekt en naar verwachting kan eradicatie van polio omstreeks 2005 worden verwacht. Opmerkelijk hierbij is dat in de slotfase van de eradicatie de complicaties van het vrijwel universeel gebruikte Sabin-vaccin niet langer worden geaccepteerd en dat men in een aantal landen alsnog op Salk-vaccin zal overgaan.

Voedselinfecties

In het begin van de jaren zestig van de vorige eeuw werd het in West-Europa en de Verenigde Staten duidelijk dat er een sterke toename was van het aantal door voedsel overgedragen infecties. Het betrof in deze eerste fase vooral een toename van 'andere' salmonellosen (in tegenstelling tot de infecties met *Salmonella typhi*), later gevolgd door een sterke toename van het aantal gevallen van campylobacteriose. Aan het salmonellosevraagstuk werden 2 adviezen gewijd (in 1964 en in 1978), aan campylobacteriose één (1988) en aan voedselinfecties in het algemeen eveneens één (in 2000). In essentie kan het probleem worden teruggebracht tot de zich snel ontwikkelende bio-industrie, ten behoeve waarvan jaarlijks vele miljoenen tonnen, ten dele met onder andere salmonellae gecontamineerde, veevoederbestanddelen voor varkens en pluimvee worden geïmporteerd.

In het eerste salmonelloseadvies werd het vraagstuk geïnventariseerd en geanalyseerd en werden algemene aanwijzingen voor verbetering voorgesteld. Het tweede advies benadrukte nogmaals de eerder gedane, maar nauwelijks tot uitvoering gebrachte voorstellen en gaf bovendien nieuwe suggesties hoe het probleem aan te pakken.

Voor het campylobacterioseprobleem lag de zaak gecompliceerder omdat, anders dan bij het salmonellosevraagstuk, de primaire besmettingsbronnen voor met name pluimvee en varkens in eigen land moesten worden gezocht, waarbij

de exacte wegen waarlangs deze pathogeen slachtdieren bereikt buitengewoon lastig te ontrafelen en daarmee te onderbreken waren.

Helaas moet worden vastgesteld dat in de loop van ongeveer 40 jaar (1960-2000) het effect van de door de raad uitgebrachte adviezen op het terrein van voedselinfecties beperkt is geweest. Dit is voor een belangrijk deel te verklaren door de grote economische consequenties van de voorstellen voor de slachtveehouderij. In het laatst uitgebrachte advies van 2000 werd nog meer dan in vorige adviezen de nadruk gelegd op de hygiënische aspecten van de slacht en de verwerking van vlees en vleesproducten, en het hygiënisch bereiden van voedsel.⁵

Volgens een ruime casusdefinitie komen in Nederland per jaar zo'n 7 miljoen gevallen van maag-darmstoornissen voor, waarvan een belangrijk deel infectieus is en waarvan een groot, maar onbekend deel door voedsel wordt overgedragen.⁶ Nog steeds vormt deze groep van infecties en intoxicaties dan ook een belangrijk probleem in de geïndustrialiseerde wereld, waarvoor het heel moeilijk blijkt praktische oplossingen (met blijvend resultaat) aan te dragen. Binnen de EU wordt hieraan nadrukkelijk aandacht besteed; snelle resultaten zijn evenwel op korte termijn niet te verwachten.

De toekomst

Het ziet er naar uit dat ook in de komende jaren vaak een beroep op de raad zal worden gedaan op het gebied van infectieziekten en hun bestrijding. De ontwikkelingen op het gebied van deze groep ziekten zijn talrijk en dat geldt evenzeer voor de immunologie en de vaccinologie. Daarnaast werkt een aantal maatschappelijke ontwikkelingen infecties en infectieziekten in de hand. Te noemen zijn de dubbele vergrijzing van de bevolking, de gevolgen van de veranderingen in het seksuele gedrag, de massaproductie en -bereiding van voedingsmiddelen, de 'globalisering' van de mobiliteit van de bevolking, de toename van de bacteriële en virale resistentie tegen antibiotica en antivirale middelen en, tenslotte, de sterke toename van het aantal personen met immunologische stoornissen. Al in de jaren dertig van de vorige eeuw formuleerde de beroemde microbioloog Hans Zinsser het belang van de continue, belangrijke rol van de infectieziekten: 'Maar hoe veilig en goed georganiseerd de beschaving ook mag worden, bacteriën, protozoa, virussen, geïnfecteerde vlooiën, luizen, teken en muggen zullen altijd in donkere hoeken op de loer liggen, klaar voor de aanval wanneer verwaarlozing, armoede, honger of oorlog de verdediging verzwakt. En zelfs in normale tijden azen ze op de zwakken, de hele jonge en de hele oude personen, daar ze met ons leven in een mysterieuze duisternis, wach-

tend op hun kans.⁷ Deze uitspraak heeft nog niets van zijn actualiteit verloren en wij kunnen zonder overdrijving stellen dat 'infectious diseases are here to stay',^{8,9} nog vele commissies van de Gezondheidsraad zullen zich ermee bezig moeten houden.

Literatuur

- 1 Rigtter RBM. Met raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Rotterdam: Erasmus Publishing; 1992.
- 2 Gezondheidsraad. Verdediging tegen bioterrorisme. Publicatienr 2001/16. Den Haag: Gezondheidsraad; 2001.
- 3 Gezondheidsraad. Poliomyelitis. Publicatienr 1982/16. Den Haag: Gezondheidsraad; 1982.
- 4 Gezondheidsraad. Immunity to polioviruses. Publicatienr 1992/22. Den Haag: Gezondheidsraad; 1992.
- 5 Gezondheidsraad. Voedselinfecties. Publicatienr 2000/09. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000.
- 6 Melker HE de, Conyn-van Spaendonck MAE, Sprenger MJW. Infectieziekten in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 1997.
- 7 Zinsser H. Rats, lice and history (Bantam classic). Boston: Little, Brown & Co., 1935.
- 8 Evans AS. The eradication of communicable diseases: myth or reality? *Am J Epidemiol* 1985;122:199-207.
- 9 Foege WH. Public health and preventive medicine. *JAMA* 1985; 254:2330-2.

Honderd jaar Gezondheidsraad. V. Ethisch-maatschappelijke vraagstukken

HAMJ ten Have

Ned Tijdschr Geneeskd 2002;146: 1947-51

Samenvatting

Vanaf zijn ontstaan heeft de Gezondheidsraad normatieve aspecten in zijn advisering betrokken. Ethiek en recht hebben de afgelopen decennia steeds nadrukkelijker aandacht gekregen, met name sinds de instelling van de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht (1977). Met name de ethische implicaties van de moleculaire levenswetenschappen (erfelijkheidsadvisering, genetische screening, onderzoek met menselijke embryo's) zijn in adviezen besproken. Ook is de raad vanaf een vroeg stadium betrokken geweest in de discussie over euthanasie. Bij de advisering wordt erkend dat normatieve overwegingen in een beoordeling over de stand van de wetenschap onmisbaar zijn. Wel is een terugkerende vraag in hoeverre de raad dergelijke overwegingen slechts signaleert of ook conclusies presenteert. In dat laatste geval wordt vaak prioriteit gegeven aan het beginsel van respect voor autonomie, terwijl de relatie met solidariteit zelden wordt gelegd.

Sinds de oprichting van de (Centrale) Gezondheidsraad zijn ethische en juridische vraagstukken in de advisering aan de orde gekomen. Het aandeel was direct aanzienlijk: van 1902 tot 1925 was circa 15% van alle adviezen mede gewijd aan recht en (toen nog in veel mindere mate) ethiek. In het tweede kwart van de eeuw daalde het aandeel van deze advisering tot net onder de 10%, om

daarna weer toe te nemen. In de periode vanaf 1975 tot heden was naar schatting in 16% van de adviezen ook een ethische of juridische vraagstelling aan de orde (dr W Dondorp, schriftelijke mededeling, 2002).

In dit artikel worden ‘recht en ethiek’ niet als een exclusieve categorie opgevat. Ze omvat in belangrijke mate ook adviezen die tevens in te delen zijn onder andere categorieën (zoals bestrijding van infectieziekten, uitoefening van de geneeskunde, of screening). In de studie van Rigter wordt slechts 2,6% van alle adviezen tussen 1902 en 1985 ingedeeld in de categorie ethiek en recht.¹ Ook bij een engere opvatting van ‘ethiek en recht’ dan in dit artikel gehanteerd, lijkt dit percentage te laag uit te vallen; alleen al het aantal adviezen dat de raad in deze periode over wet- en regelgeving heeft uitgebracht, kan daarin niet worden verdisconteerd.

Wat het recht betreft: al vanaf de eerste jaren van zijn bestaan werd de raad gevraagd te adviseren over wetsvoorstellen of uitvoering van wet- en regelgeving op het gebied van de volksgezondheid. Ethiek kwam op de agenda van de raad via twee wegen: vanwege de morele consequenties van belangrijke wetenschappelijke ontwikkelingen en vanwege morele problemen in de medische beroepsuitoefening. Lange tijd vormden bestrijding en preventie van infectieziekten een belangrijk adviesonderwerp, met als uitvloeisel morele vragen betreffende vaccinatieplicht en verantwoordelijkheden van burgers en overheid. Adviezen over de vraag of hoornvliezen van geëxecuteerden (1946) en overledenen (1949) voor transplantatie mochten worden gebruikt, vallen eveneens in deze eerste categorie. Dat geldt ook voor het advies over kunstmatige inseminatie (1960), waarbij voor het eerst expliciet medisch-ethische overwegingen in de adviesvraag waren opgenomen. Een voorbeeld van de tweede categorie zijn adviezen over het beroepsgeheim (1903; 1922; 1932) in relatie tot het al dan niet verstrekken van medische gegevens aan levensverzekeringsmaatschappijen en de overheid.

Beraadsgroep

Vanaf 1966, maar vooral na 1974 nam het aantal adviezen met een overwegend ethische en juridische invalshoek toe. Dit staat uiteraard niet los van de ontwikkeling van de geneeskunde zelf, met steeds meer medische technologie en een groeiend aantal interventiemogelijkheden. Daarnaast leidden maatschappelijke veranderingen tot een kritische houding ten opzichte van de geneeskunde en van gangbare morele opvattingen, met een groeiende nadruk op de zelfbeschikking van burgers. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot de profilering van medische

ethiek (of 'bio-ethiek') en gezondheidsrecht als aparte wetenschappelijke disciplines.^{2,3} In de jaren zeventig werden voor het eerst ook ethici in de Gezondheidsraad benoemd (juristen waren al vanaf het begin erbij betrokken).

In 1977 werd de Beraadsgroep Gezondheidsethiek opgericht (in 1986 hernoemd als Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht). Deze permanente commissie is ingesteld ter ondersteuning van de voorzitter van de Gezondheidsraad en heeft een dubbele taak: signalering, op het werkkterrein van de raad, van nieuwe ontwikkelingen met belangrijke ethische en juridische aspecten, en beoordeling van conceptadviezen van ad-hoccommissies van de raad voorzover daarin ook normatieve vragen aan de orde komen. De signaleringstaak van de beraadsgroep heeft in 2001 een nieuwe impuls gekregen met de afspraak dat de Gezondheidsraad jaarlijks een overzicht zal geven van (wetenschappelijke) ontwikkelingen met voor het beleid relevante ethische aspecten (advisering vanaf 2003 in het kader van het Centrum Ethiek en Gezondheid).⁴

Sinds het begin van de jaren negentig neemt de beraadsgroep deel aan het Europese uitwisselingsverband van 'Nationale Ethiekcommissies of soortgelijke lichamen'.

Adviezen

Sinds de instelling van de beraadsgroep zijn vele tientallen adviezen en rapporten uitgebracht waarin op ethische en juridische vraagstukken is ingegaan.⁵ De onderwerpen variëren: euthanasie (1972; 1982), ethiek van de erfelijkheidsadviesering (1980), hersendoodcriteria (1983; 1996), foetaal weefsel (1984), medisch handelen (1991), medische beslissingen rond het levenseinde (1992), patiënten in een vegetatieve toestand (1994), genetische screening (1994), onderzoek met embryonale stamcellen (1997), in-vitrofertilisatie (1998), xenotransplantatie (1998), 'informed consent' en prerandomisatie (1999), farmacogenetica (2000) en prenatale screening (2001).

Opvallend aan deze selectie is de breedte van de behandelde onderwerpen, waarmee de belangrijkste thema's van de hedendaagse medische ethiek en het gezondheidsrecht aan de orde komen. Zo kon de advisering van de raad ook een belangrijke rol spelen bij de voorbereiding van wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg welke de afgelopen decennia tot stand is gekomen. Toch is een focus in de advisering te onderkennen: kwesties betreffende goed handelen rond het levenseinde keren veelvuldig terug in diverse adviezen, evenals morele vraagstukken opgeworpen door ontwikkelingen in de moleculaire levensweten-

schappen (genetica, voortplantingstechnologie, xenotransplantatie en stamcel-onderzoek). Van beide kwesties zal ik enkele voorbeelden bespreken.

Moleculaire levenswetenschappen

Baanbrekende ontwikkelingen hebben momenteel plaats in de genetica en de biotechnologie. Reeds in een vroeg stadium heeft de Gezondheidsraad de relevante maatschappelijke, ethische en juridische aspecten hiervan uiteengezet in *Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij*.⁶ Hoewel eerder adviezen zijn uitgebracht over erfelijkheidsadvisering, kunstmatige voortplanting en neurale-buis-defecten, is in de wetenschappelijke ontwikkeling een nieuwe fase bereikt die om bezinning vraagt. Erfelijkheidsdiagnostiek is niet langer beperkt tot de context van de voortplanting, maar is in principe ook mogelijk bij kinderen en volwassenen. Er begint zich een ‘voorspellende geneeskunde’ te ontwikkelen die de risico’s van individuen kan bepalen om later in het leven erfelijk bepaalde aandoeningen te krijgen. Daarnaast is er de mogelijkheid om genetische afwijkingen te behandelen door genterapie. Tenslotte wordt duidelijk dat voorspellende geneeskunde sociale consequenties kan hebben voor verzekering en arbeidssituatie.

In het rapport wordt systematisch de stand van de wetenschap in kaart gebracht. Vervolgens wordt een consistent normatief kader uiteengezet. Centraal daarin staat de vrijheid van het individu om zelf te beslissen. Dit uitgangspunt heeft implicaties: (a) non-directiviteit van erfelijkheidsadvisering; de adviesvrager moet zelf in volle vrijheid kunnen beslissen, zoals ook in de eerdere adviezen was gesteld; (b) dwangmaatregelen van de kant van de overheid om genetisch onderzoek te ondergaan worden afgewezen; (c) de toegang tot prenatale diagnostiek mag niet aan voorwaarden worden gebonden (door alleen vrouwen toe te laten die vooraf aangeven tot abortus over te willen gaan als er afwijkingen aan de vrucht worden geconstateerd). Uiteraard kan het respecteren van de vrijheid van het individu in botsing komen met de belangen van anderen, bijvoorbeeld familieleden. Het rapport bepleit grote terughoudendheid bij het informeren van verwanten. De nadruk op het perspectief van het individu is ook te herkennen in de aanbevelingen om nadelige consequenties buiten de zorg te neutraliseren. Zo wordt een verbod bepleit van gericht genetisch onderzoek bij de toegang tot levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, evenals van onderzoek naar erfelijke aanleg bij aanstellingskeuringen. Het gebruik van voorzieningen op het terrein van erfelijkheidsdiagnostiek en -advisering is pri-

mair een kwestie van persoonlijke keuze; vrije en gelijke toegang daartoe mogen niet worden belemmerd.

In de context van de zorg moeten het recht op informatie, op niet-weten en op geheimhouding garanderen dat het individu zelf kan bepalen wat zinvol is. Slechts bij uitzondering kunnen anderen bepalen wat in het belang van het betrokken individu is. Zo is een uitzondering op de informatieplicht alleen toelaatbaar als ernstige schade waarschijnlijk is. In sommige gevallen tilt het rapport zwaarder aan mogelijke schade, zoals bij neonatale screening of bevolkingsonderzoek op aandoeningen die zich op jonge leeftijd zullen openbaren; zolang de aandoeningen onbehandelbaar zijn, wordt screening afgewezen. Deze gedachtegang wordt voortgezet in een later rapport over genetische screening.⁷ Goede informatie en vrijwilligheid zijn voorwaarden voor deelname aan dergelijke screening. Het belang van respect voor autonomie van het individu wordt evenwel gerelativeerd. Geconstateerd wordt dat het aanbod van screening die autonomie onder druk zet. Vandaar dat extra aandacht nodig is voor de wijze waarop dat aanbod wordt gedaan. Maar ook de sociale omgeving kan de autonomie onder druk zetten. Daarom moeten bepaalde condities in de samenleving vervuld zijn alvorens genetische screening verantwoord kan worden aangeboden. Maatschappelijke solidariteit is van wezenlijk belang. Alleen als adequate zorg voor mensen met een handicap is gegarandeerd, is er van een werkelijk vrije keuze van ouders ten opzichte van hun nageslacht sprake.

Een controversieel punt in het advies van 1989 is de vraag of onderzoek met embryo's toelaatbaar is. Ten tijde van het rapport betrof dit met name het al dan niet ontwikkelen van pre-implantatiediagnostiek. Geconstateerd werd dat de visies van de commissieleden uiteenliepen. Datzelfde geldt voor de vraag of bij toelaatbaarheid van onderzoek alleen restembryo's mogen worden gebruikt of dat voor dit doel ook speciaal embryo's tot stand mogen worden gebracht. Het rapport hanteert hier trouwens de term 'pre-embryo', die nu achterhaald lijkt omdat daarmee op de morele discussie vooruit wordt gelopen. Ook worden voorwaarden geformuleerd die later in de Embryowet terugkeren: niet langer dan 14 dagen na de bevruchting doorkweken, gebruikte embryo's niet implanteren, geen mogelijkheid om kennis op andere wijzen te verkrijgen en toetsing door een landelijke commissie. Van een verdeelde mening wordt geen melding meer gemaakt in latere rapporten. Menselijke embryo's hebben een intrinsieke waarde doordat ze het vermogen hebben uit te groeien tot een menselijk persoon, stelt het advies over onderzoek met embryonale stamcellen. Maar tegelijk kunnen er zwaarwegende gezondheidsbelangen zijn die onderzoek met deze embryo's rechtvaardigen.⁸ Het rapport breidt deze belangen zelfs verder uit met 'transplantatiedoel-

einden', terwijl de minister voornemens was onderzoek met menselijke embryo's slechts op drie terreinen toe te staan (onvruchtbaarheid, kunstmatige voortplanting, erfelijke en aangeboren afwijkingen). Een stellig standpunt wordt ingenomen in het advies over IVF: de waarde van embryo's is relatief; het speciaal totstandbrengen van embryo's is niet a priori ontoelaatbaar en er is geen doorslaggevend verschil tussen onderzoek met restembryo's of voor onderzoek gecreëerde embryo's.⁹

Levensende

In een vroeg stadium was de Gezondheidsraad betrokken bij de euthanasiediscussie. In 1971 werd een Commissie Medische Ethiek ingesteld, die zich met medisch-ethische vragen rond het levensende bezighield. Hierover was advies gevraagd vanwege Kamervragen naar aanleiding van 'het boekje van Van den Berg'.¹⁰ Duidelijk is dat geen scherp onderscheid gemaakt werd tussen het beëindigen van een levensverlengende behandeling en het beëindigen van het leven van de patiënt. De commissie definieerde euthanasie als 'opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang'.¹¹ In deze definitie wordt zowel passieve als actieve euthanasie bijeengebracht, terwijl tevens de nadruk ligt op het belang van de betreffende patiënt. Wanneer in het (interim)rapport gesproken wordt over euthanasie, kunnen dan ook verschillende situaties daaronder vallen. De commissie wees actieve euthanasie af, maar als in individuele gevallen een arts een conflict van plichten ervaarde zodat hij of zij zich moreel verplicht achtte toch actieve levensbeëindiging uit te voeren, dan moest hij of zij bereid zijn zich te verantwoorden. Actieve euthanasie moest strafbaar blijven. Een verzoek om euthanasie werd volgens de commissie zelden of nooit door de patiënt zelf gedaan. Wat betreft passieve euthanasie: het beëindigen van een behandeling was verwijtbaar als de patiënt daartegen bezwaar had, maar was verplicht als de patiënt de behandeling weigerde.

In 1982 bracht de Gezondheidsraad opnieuw een advies uit over euthanasie. Het rapport geeft een systematisch overzicht van de problemen in de praktijk van stervensbegeleiding. Het gaat niet in op de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Wel worden uiteenlopende argumenten betreffende de taak van de overheid op een rij gezet. Het rapport poogt ook conceptuele helderheid te verschaffen. Euthanasie wordt omschreven als: 'handelingen die beogen het leven van een ander op diens verzoek of in diens belang opzettelijk te beëindigen of te verkorten, hetzij actief hetzij passief'.¹² Hoewel actief en passief nog onder

het begrip zijn gevat, wordt een aantal handelingen die in het eerdere rapport als ‘euthanasie’ werden beschouwd, nu daarvan onderscheiden: staken van handelingen die medisch gesproken alleen het sterven verlengen en achterwege laten van een behandeling die de patiënt niet wenst. Opvallend is dat nu wel het verzoek van de patiënt zelf in de definitie is opgenomen. Drie jaar later zal de Staatscommissie het begrip ‘euthanasie’ inperken tot actieve handelingen en het verzoek centraal stellen.¹³ Sindsdien wordt euthanasie in ons land opgevat als handelen dat het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigt, en is dit uiteindelijk in de recente wetgeving vastgelegd.

In de adviezen van de Gezondheidsraad is het probleem nauwkeurig in kaart gebracht en zijn de relevante ethische visies systematisch beschreven. In latere rapporten en achtergrondstudies over het nalaten van medische behandelingen¹⁴ en niet-reanimeerbesluiten¹⁵ zijn de ethische problemen en de praktische omgang daarmee verder uitgewerkt.

Over de begripsomschrijving mag dan wel consensus zijn ontstaan, voor de ethische discussie zijn nog steeds twee verschillende morele rechtvaardigingen voor levensbeëindiging te onderscheiden, namelijk respect voor autonomie en verlichting van lijden.¹⁶ In het verloop van de euthanasiediscussie blijken deze rechtvaardigingen steeds wisselende accenten te krijgen. Het opnemen van zowel het verzoek als het belang van de patiënt in een omschrijving van euthanasie lijkt dan ook het meeste recht te doen aan zowel de geschiedenis als de ethische posities in de euthanasiediscussie.

Wetenschap en ethiek

De Gezondheidsraad adviseert de regering over de stand van de wetenschap. Aanvankelijk was onduidelijk of ook ethische overwegingen in de advisering konden worden betrokken. De facto werd geconstateerd dat veel adviesonderwerpen (bijvoorbeeld pokkenvaccinatie) niet louter medisch van aard waren, maar ook ethische aspecten impliceerden. In een later stadium werd niet alleen erkend dat ethiek een onlosmakelijke dimensie van geneeskunde was, maar net als het gezondheidsrecht een zelfstandige wetenschappelijke discipline. Bij ethiek en recht konden dus evenzeer wetenschappelijke argumenten worden afgewogen.

Vanaf 1960 werd de raad steeds vaker gevraagd in te gaan op de normatieve aspecten van een wetenschappelijke ontwikkeling. Erkend werd dat besluitvorming over de toelaatbaarheid van een medische interventie of nieuwe techniek niet alleen afhankelijk is van medisch-wetenschappelijke gegevens en de beoor-

deling daarvan, maar evenzeer van normatieve afwegingen, welke de raad zichtbaar kan maken en analyseren. Maar in de plaats van het eerdere dilemma 'wetenschap of ethiek' kwam nu het dilemma 'signaleren of concluderen'. Moet de raad zichtbaar maken welke ethische argumenten bij een afweging van belang zijn of moet hij zelf een afweging maken en conclusies presenteren? Zo werden de opvattingen over embryo-onderzoek in de loop der tijd steeds eenduidiger gepresenteerd. Toch is het advies over euthanasie bekritiseerd omdat geen positie was ingenomen en de lezer zijn eigen conclusies moest trekken.¹⁷

Ethische invalshoeken

Bij hedendaagse medisch-ethische problemen zijn veelal drie morele tradities in het geding: de Hippocratische (goeddoen en niet-schaden), de levensbeschouwelijke (eerbied voor het leven) en de Verlichtingstraditie (respect voor autonomie).² In de adviezen op beide besproken terreinen (moleculaire levenswetenschappen en levenseinde) ontwikkelde zich in de tijd een rangordening van deze tradities. Respect voor autonomie heeft prioriteit; de vrijheid en rechten van het individu moeten worden gegarandeerd. Vervolgens is een afweging van voor- en nadelen van de interventie of technologie aan de orde. In laatste instantie telt respect voor leven mee. Typisch voor deze ordening is een recent standpunt over menselijke embryo's: het kan moreel aanvaardbaar zijn die te gebruiken voor onderzoek 'mits daarmee een zwaarwegend gezondheidsbelang is gemoeid en recht is gedaan aan de belangen van alle betrokkenen' (bl. 68).⁹ Bij het primaat van individuele autonomie worden in de regel geen of weinig kritische kanttekeningen gezet. Een uitzondering vormt het advies over genetische screening. Hierin wordt autonomie ingekaderd in een sociale context, waarbij er ook aandacht is voor individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid. De stelling 'Respect voor autonomie vraagt om solidariteit en omgekeerd' (bl. 18)⁷ kan gelden als motto voor de komende periode van advisering door de Gezondheidsraad.

Literatuur

- 1 Rigter RBM. Met raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Rotterdam: Erasmus Publishing; 1992.
 - 2 Have HAMJ ten, Meulen R ter, Leeuwen E van. Medische ethiek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.
 - 3 Burg W van der, Ippel P, redacteuren. De Siamese tweeling. Recht en moraal in de biomedische praktijk. Assen: Van Gorcum; 1994.
-

- 4 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vergaderjaar 2000-2001, 27 400, nr 99. Hfdst XVI. Den Haag: Sdu; 2001.
- 5 Gezondheidsraad. Adviezen en rapporten van de Gezondheidsraad 1994. Publicatienr 2. Den Haag: Gezondheidsraad; 1994.
- 6 Gezondheidsraad. Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij. Publicatienr 31. Den Haag: Gezondheidsraad; 1989.
- 7 Gezondheidsraad. Genetische screening. Publicatienr 22. Den Haag: Gezondheidsraad; 1994.
- 8 Gezondheidsraad. Onderzoek met embryonale stamcellen. Publicatienr 27. Den Haag: Gezondheidsraad; 1997.
- 9 Gezondheidsraad. IVF: afrondende advisering. Publicatienr 8. Den Haag: Gezondheidsraad; 1998.
- 10 Berg JH van den. Medische macht en medische ethiek. Nijkerk: Callenbach; 1969.
- 11 Gezondheidsraad. Interim-advies inzake euthanasie. Publicatienr 15. Den Haag: Staatsuitgeverij; 1972. p. 12.
- 12 Gezondheidsraad. Euthanasie. Publicatienr 7. Den Haag: Staatsuitgeverij; 1982. p. 15.
- 13 Staatscommissie Euthanasie. Advies. Deel 1. Den Haag: Staatsuitgeverij; 1985.
- 14 Gezondheidsraad. Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen. Publicatienr 4. A91. Den Haag: Gezondheidsraad; 1991.
- 15 Gezondheidsraad. Niet-reanimeer besluiten. Publicatienr 1. A93. Den Haag: Gezondheidsraad; 1993.
- 16 Have HAMJ ten. Euthanasia: moral paradoxes. Palliat Med 2001;15:505-11.
- 17 Hoogerkamp G. Euthanasie op het Binnenhof. De euthanasiediscussie in politiek-historisch perspectief (1978-1992). Utrecht: Historische Cahiers; 1992. p. 13:1.

Honderd jaar Gezondheidsraad. VI. Coördinatiemechanismen en het gezag van de Gezondheidsraad

R J Bal, R Hendriks en WE Bijker
Ned Tijdschr Geneeskd 2002; 146: 1996-2000

Samenvatting

Waarom ontleent een adviescollege als de Gezondheidsraad zijn gezag? Hoe bewerkstelt de raad dat zijn adviezen worden opgevolgd, niet alleen door het beleid, maar ook in het veld waarover wordt geadviseerd? Een veelgehoord antwoord op deze vraag luidt: door zo goed mogelijk de 'stand van de wetenschap' te beschrijven. Uit casestudies naar adviezen van de Gezondheidsraad is echter gebleken dat dit een te eenvoudige voorstelling is. De verklaring is eerder gelegen in 'coördinatiegereedschappen' – zoals de definiëring van een probleem, het commissieproces en een specifieke inzet van taal – die de Gezondheidsraad hanteert in het scheppen van afstand tot en het bouwen van bruggen naar het beleid en het veld. Het gezag van de Gezondheidsraad is een resultaat van het hybride karakter van zijn werk.

In het rapport 'Ordering door ontvlechting' wordt de Gezondheidsraad opgevoerd als een 'winning team'.¹ Adviezen van de Gezondheidsraad zijn niet alleen gedegen wetenschappelijk, ze zijn bovendien 'welkom' en ook nog eens goedkoop. Beter kan niet, zo lijkt het. Er is echter één 'maar'. Door ontwikkelingen in de medische technologie wordt de raad steeds meer geconfronteerd met politieke en ethische implicaties van technologie. Erger nog, de raad lijkt genegen de uitdaging van die implicaties serieus te nemen en daadwerkelijk over deze 'niet-

wetenschappelijke' onderwerpen te adviseren. Hierdoor lijkt alsnog de 'vervlechting' van wetenschappelijke en maatschappelijke advisering te ontstaan, waartegen het rapport waarschuwt.

Het gezag van de Gezondheidsraad, zo veronderstelt het aangehaalde rapport, komt voort uit een strikte scheiding tussen wetenschap en beleid. Wie naar het werk van de Gezondheidsraad kijkt, weet echter dat de raad zich voortdurend over allerlei ethische, sociale en beleidsmatige aspecten moet uitspreken. Of het nu gaat om het aanbod van een medische behandeling, om blootstelling aan een chemische stof of aan straling, op alle terreinen waarop de raad werkzaam is wordt van hem gevraagd zich uit te spreken over welk beleid de overheid hierin zou moeten volgen. Daarbij dient de raad zich weliswaar te baseren op hetgeen in de wetenschappelijke literatuur is gerapporteerd – de raad moet de overheid 'voorlichten over de stand van de wetenschap' zoals het heet in de wet – dit laat onverlet dat het hier op zichzelf niet om wetenschappelijke vragen gaat. Kern van het advieswerk van de raad is dan ook het 'vertalen' van wetenschappelijke inzichten naar beleidsrelevante uitspraken. Hiermee bevindt de raad zich op de grens tussen wetenschap en beleid.

In dit artikel gaan wij in op de maatschappelijke impact van adviezen van de Gezondheidsraad. Onze vraag hier is niet zozeer of adviezen van de raad invloed hebben – daarover lijkt brede consensus te bestaan – maar eerder hoe ze die invloed hebben. Wat zijn de aangrijpingspunten voor de raad voor het beïnvloeden van beleid en praktijk? Hoe slaagt de raad erin wetenschappelijke kennis, normatieve vragen en praktisch handelen zodanig aan elkaar te koppelen dat een productieve relatie ontstaat? Het artikel is gebaseerd op kwalitatief onderzoek naar de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad, bestaande uit 10 casestudies naar adviezen van de raad, 77 open interviews en 9 focusgroepen.

In het navolgende bespreken wij enkele van onze bevindingen. Dit doen wij aan de hand van 3 'coördinatiemechanismen'. Zo noemen wij de processen waarmee de raad – en soortgelijke organisaties – de relatie tussen wetenschap, beleid en maatschappij vormgeven. Deze coördinatiemechanismen bestaan uit concepten, handelingen, sociale fenomenen of zelfs dingen die in verschillende contexten op verschillende manieren gebruikt kunnen worden, dan wel een andere betekenis aannemen, en daardoor kunnen worden ingezet om een brug te slaan tussen die contexten. Zo laat het gebruik van 'vage begrippen' in het formuleren van beleid het toe dat deze in uitvoeringspraktijken op concrete gevallen kunnen worden toegepast² en kan een specifiek gebruik van protocollen voor medisch handelen het mogelijk maken praktisch handelen van zorgverleners op

geaggregeerd niveau te vergelijken.³ Drie coördinatiemechanismen die de Gezondheidsraad gebruikt, zijn de probleemdefinitie, het commissieproces en taal.

Probleemdefinitie

Hoe werkt de Gezondheidsraad? Van het antwoord op die vraag is een korte en een lange versie te geven. De korte versie – tevens de ‘officiële’ – luidt: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt jaarlijks een werkprogramma op voor de raad, dat onderwerpen bevat waarover volgens het ministerie en volgens een aantal andere ministeries (onder meer Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM), Sociale Zaken, en Landbouw, Natuurbeheer en Visserij (LNV)) adviezen gewenst zijn. Per onderwerp wordt een adviesaanvraag gemaakt die aan de raad wordt gezonden. De voorzitter van de raad stelt vervolgens een commissie in die met de adviesaanvraag aan de slag gaat, literatuur bijeenzoekt, daarover beraadslaagt en een advies opstelt. Het conceptadvies wordt ter toetsing voorgelegd aan één of meer van de beraadsgroepen van de Gezondheidsraad en vervolgens na verwerking van commentaar gepubliceerd, onder begeleiding van een brief van de voorzitter van de raad, die er nog enige punten uit kan lichten. Bij ongevraagde adviezen verloopt het proces gelijk, zij het nu zonder adviesaanvraag van een ministerie.

Deze versie geeft echter niet het hele verhaal en kan zelfs misleidend zijn. Hierbij veronderstelt men bijvoorbeeld dat een raadscommissie aan het werk gaat met een aan haar voorgelegde vraag en die regelrecht beantwoordt. Echter, uit onze casestudies blijkt keer op keer dat de raad niet alleen actief de officiële adviesaanvraag en probleemdefinitie van een ministerie mede vormgeeft, maar dat raadscommissies deze probleemstelling ook tijdens hun werk nog wijzigen: bijvoorbeeld door volgordes te veranderen of door sommige onderwerpen niet of juist wel te behandelen. Dergelijke veranderingen kunnen zelfs tot op het laatste moment worden aangebracht. Eigenlijk is de probleemdefinitie dan ook pas af op het moment dat het advies wordt gepubliceerd: deze vormt in zekere zin meer het eindpunt van het advieswerk dan het beginpunt.

Vitamine-A-rapport: problematische probleemdefinitie. Ter illustratie bespreken wij hier een advies waarin het hybride karakter van de probleemdefinitie duidelijk blijkt. Dit betreft het advies over vitamine A en teratogeniteit.⁴ Dit advies is opgesteld door een gezamenlijke commissie van de Gezondheidsraad en de Voedingsraad en is – achteraf gezien – een opmaat geweest voor de integratie van de Voedingsraad in de Gezondheidsraad in 1996, in het kader van de

Herzieningswet Adviesstelsel (de zogeheten ‘woestijnwet’). Hoewel de werkwijze van de Voedingsraad enigszins afweek van die van de Gezondheidsraad, is bij het advies over vitamine A een zeer vergelijkbare werkwijze gevolgd.

De aanleiding voor dit advies vormden berichten uit Finland en het Verenigd Koninkrijk dat de vitamine A-concentraties in levers van dieren bestemd voor menselijke consumptie zeer hoog waren. Vooral Noord-Europese landen hadden hierop maatregelen afgekondigd om de consumptie van lever door (potentieel) zwangeren te verminderen, hetgeen werd ondersteund in een advies van het Wetenschappelijk Comité voor de Menselijke Voeding van de Europese Commissie.⁵ Binnen de Voedingsraad stuitte dit advies echter op kritiek.

Daarop werd besloten een commissie in het leven te roepen die de vitamine-A-problematiek in een breed verband zou beoordelen. Al snel na haar installatie op 22 juni 1993 bleek dat op een aantal cruciale punten gegevens ontbraken of onzeker waren. Zo bleek de concentratie van vitamine A in de lever zeer variabel en waren er nauwelijks gegevens over de mogelijke teratogeniteit van leverconsumptie door mensen. Om, gegeven deze onzekerheden, toch tot een advies te kunnen komen dat verder zou gaan dan het constateren van een gebrek aan zekerheid, bleek een aanscherping van de probleemstelling een cruciale stap.

In de beoordeling van de onzekerheden tekende zich in de loop van de commissievergaderingen een verschil af tussen wat wij een ‘toxicologische’ en een ‘medische’ benadering willen noemen. Waar toxicologen vaak uitgaan van het ‘voorzorgprincipe’ – zolang wij iets niet zeker weten, moeten wij uitgaan van het slechtste scenario – pleiten artsen veelal voor een afweging waarin de consequenties van een advies worden meegenomen en afgezet tegen de onzekerheden. In dit geval wezen artsen erop dat een advies tegen de consumptie van leverproducten mogelijk buitensporig veel ongerustheid onder (potentiële) zwangeren zou zaaien. Aangezien er in de literatuur slechts één geval was gerapporteerd van aangeboren afwijkingen na (excessieve) consumptie van lever, ging het volledig afraden van consumptie van leverproducten hun te ver. De toxicologen stelden hier tegenover dat het goed mogelijk is dat leverconsumptie door mensen leidt tot teratogene effecten, ook al zijn gegevens nauwelijks beschikbaar. Zeker als het gaat om een ‘vermijdbaar risico’ en de benodigde hoeveelheid vitamine A ook uit andere voedingsmiddelen gehaald kan worden, is het beter in het geheel van leverconsumptie af te zien – zo stelden de toxicologen.

Ging het hier nu om een toxicologisch of om een medisch probleem? Beide ongetwijfeld. Maar gezien de tegenstelling tussen beide en gezien de wens om met één advies naar buiten te treden moest er een keuze worden gemaakt. De keuze viel uiteindelijk, na onder meer een interventie van de voorzitter van de

Gezondheidsraad, op een toxicologische probleemstelling: de consumptie van leverproducten door (potentiële) zwangeren werd afgeraden.

Deze keuze ging gepaard met veel interne discussie en intensief vooroverleg met ambtenaren van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en LNV. Ondanks dat vooroverleg viel het advies niet in goede aarde. Op de dag dat het advies werd gepubliceerd, kwam het ministerie van WVC met een persbericht waarin werd gemeld dat het ministerie zich 'terughoudend' zou opstellen en aanvullende vragen aan de Gezondheidsraad en Voedingsraad zou voorleggen.⁶ Een dag later namen de minister van WVC, de directeur-generaal Volksgezondheid en de hoofdinspecteur verontrust telefonisch contact op. Volgens hen zaaide het advies onnodig paniek onder de vrouwelijke bevolking (E Borst-Eilers, schriftelijke mededeling, 1994). Uit deze en vele andere reacties bleek dat WVC de toxicologische probleemdefinitie afwees en in plaats daarvan koos voor een medische definitie, waarin rekening werd gehouden met de consequenties van het advies voor, in dit geval, (potentieel) zwangeren.

Deze casus maakt duidelijk dat probleemdefiniëring niet een exclusief wetenschappelijke, noch een exclusief beleidsmatige activiteit is. De probleemdefinitie is één van de coördinatiemechanismen waarmee de Gezondheidsraad impliciet probeert een brug te slaan tussen wetenschap en beleid. En dat lukt niet altijd: in het geval van vitamine A vereiste de keuze voor een toxicologische definitie in ieder geval heel wat 'reparatiewerk' achteraf. In hun antwoord op aanvullende vragen van de minister, weken de voorzitters van de Gezondheidsraad en de Voedingsraad evenwel niet af van hun oorspronkelijke probleemdefinitie. Wel constateerden zij op basis van nieuwe berekeningen dat het afraden van alle leverconsumptie te ver ging. Maximaal eenmaal per dag een leverproduct op brood bleek nu acceptabel.⁷

Commissiewerk

Een tweede coördinatiemechanisme bestaat uit het commissiewerk. Dit omvat allereerst het samenstellen van een commissie. Hierbij doen zich tal van keuzen voor: welke aspecten zijn precies van belang? Wie kunnen deze aspecten het beste inbrengen? Moeten in de commissie, naast wetenschappers, leden opgenomen worden die werkzaam zijn in 'het veld'? In hoeverre moeten tegengestelde geluiden in de commissie vertegenwoordigd zijn? De beantwoording van dit soort vragen bij de samenstelling van de commissie is, opnieuw, geen exclusief wetenschappelijke activiteit. Ook hier gaat het om een 'gereedschap' dat de raad kan inzetten om een brug te vormen naar beleid en veld.

Dit blijkt onder meer door de strategie die de raad hanteert bij het samenstellen van commissies. In een aantal gevallen probeert de raad zich onafhankelijk op te stellen ten aanzien van maatschappelijke discussies over een onderwerp, door leden in commissies te benoemen die niet in de discussies hebben geparticipeerd. In onze casestudies is dit bijvoorbeeld het geval bij de adviezen over zink⁸ en over handmatig tillen.⁹ Door de ‘onafhankelijkheid’ van commissies in deze gevallen te benadrukken wordt gepoogd de politieke angel uit een discussie te halen. In andere gevallen, zoals bij dyslexie, worden juist actoren uit de discussie betrokken in de commissie om op die manier kennis uit het veld beschikbaar te maken voor de commissie.

Een tweede element betreft het functioneren van de commissies zelf. Als een commissie eenmaal aan de slag is, dient ervoor gezorgd te worden dat de deskundigheid die in de commissie aanwezig is ook daadwerkelijk wordt gemobiliseerd. Dit is niet eenvoudig, omdat commissies vaak worden gevormd door specialisten die met elkaar over de grenzen van hun vakgebieden tot een standpunt dienen te komen. Dit betekent overigens niet dat consensus als uitkomst vereist is. Eerder is het zo dat commissies een arena vormen waarin een ‘georganiseerd dispuut’ mogelijk is. Het werk dat de commissie moet verrichten om tot een rapport te komen lijkt meer in de argumentatie en de stilering te liggen, dan in het eens worden over de daadwerkelijke uitkomst van het concrete advies. Opvallend in de meeste van onze casestudies is dat de conclusies van het advies meestal al in een vroeg stadium werden bereikt, vaak in de eerste drie maanden van een proces dat in totaal vaak meer dan een jaar duurt. De meeste tijd wordt vervolgens besteed aan het schaven aan de redenering die tot die conclusies moet leiden, door extra onderbouwing uit de literatuur en door een anderszins zo overtuigend mogelijke presentatie.

Tekstuele technieken

Een derde middel waarmee de Gezondheidsraad bemiddelt tussen wetenschap, beleid en maatschappij is de tekstopbouw van de adviezen. Een adviestekst kan beschouwd worden als het laboratorium van de commissie, de ‘werkbank’ waar wetenschappelijke en maatschappelijke elementen met elkaar in verband worden gebracht. Bovendien is de tekst het vehikel bij uitstek waarmee de Gezondheidsraad tracht anderen in beweging te zetten. Hoe wordt het advies getoonzet, met welk vocabulaire wordt de lezer verleid, welke plotstructuur moet de lezer meeslepen? Dit laatste coördinatiemechanisme illustreren wij aan de hand van

het advies over de inhoud en plaats van behandeling van dyslexie, dat de staatssecretaris van WVC de Gezondheidsraad in 1993 vroeg.

Tekstopbouw van dyslexieadvies. De tekst van het advies 'Dyslexie. Afbakening en behandeling' uit 1995 is uiterst zorgvuldig opgebouwd.¹⁰ Potentieel controversiële elementen worden in eerste instantie zoveel mogelijk weggefilterd uit de voorgestelde aanpak van ernstige lees- en spellingproblemen en dyslexie. Zo begint het advies met het formuleren van een werkdefinitie van het begrip 'dyslexie' op basis van – onomstreden – 'waarneembare kenmerken' (bl. 46) van het lezen en spellen. Een centrale rol in de definitie speelt de term 'automatisering' (van de schriftbeeldherkenning). (Gewoonlijk gaan kinderen het schriftbeeld van woorden automatisch leren herkennen: dit proces verloopt zeer snel en accuraat, wordt onbewust uitgevoerd en valt moeilijk te onderdrukken, te negeren of te beïnvloeden. Bij dyslexie daarentegen is er een zeer onvolledige of zeer moeizame ontwikkeling van het lezen of spellen.) Over 'automatisering' wordt in het rapport nadrukkelijk opgemerkt dat deze term 'louter een beschrijvende functie' heeft en voornamelijk niet verwijst naar de (door een deel van de experts verdedigde) 'mogelijkheid dat een meer algemeen automatiseringstekort een oorzakelijke rol speelt.' (p. 47). Maar bij het ontwerpen van een systematische aanpak van dyslexie kan men – mede gezien de onoverzichtelijke situatie die de praktijk volgens de commissie tot dan toe kenmerkt – niet vermijden over de maatschappelijke aspecten van signalering, diagnose en interventie te spreken. Hoe zorgt de commissie ervoor dat de conceptuele ruimte die zij eerst zorgvuldig heeft vrijgemaakt, daarbij niet onmiddellijk weer in bezit wordt genomen door potentieel controversiële elementen zoals tegenstrijdige verklarende theorieën en rivaliserende beroepsgroepen?

De commissie tracht dit te doen door een systematische aanpak van de lees- en spellingproblemen: ze formuleert een stapsgewijs proces van signalering, remediëring, diagnostiek en behandeling. In het talig coördinatiewerk van de commissie neemt dit de gedaante aan van het uitzetten van een verhaallijn, met afzonderlijke episoden waarin relevante professionals worden opgevoerd. Zo kiest de commissie bijvoorbeeld 'voor een periode van maximaal een halfjaar gerichte extra hulp binnen schoolverband met inzet van alle daar aanwezige middelen en deskundigheid.' (p. 15). Door de wijze waarop de beroepsbeoefenaren (remedial teachers, logopedisten, psychologen, orthopedagogen) in het verhaal worden ingebed – met een accent op de plaats en tijd van handeling – wordt hun entree aan objectieve randvoorwaarden verbonden. Daarbij worden de (be)handelaars uit hun particuliere verhaallijnen (bijvoorbeeld over de bijdrage van hun vakgebied aan de kennis over behandelmethoden) losgeweekt. In het verhaal van

de commissie is plaats voor slechts één hoofdrolspeler, de dyslexiepatiënt. De inbreng van de beroepsgroepen is weliswaar van essentieel belang voor de beoogde oplossing, maar alleen indien hun contacten, expertise en ervaring – kortom hun aanwezigheid in dit verhaal – volledig in dienst staan van de bijdrage die zij kunnen leveren aan het grote geheel.

In het Gezondheidsraadadvies krijgen derhalve ook maatschappelijke elementen hun eigen plek. Door ze (ook letterlijk) in te schakelen in de stapsgewijze aanpak, worden ze op gecontroleerde wijze binnengehaald. Er is daarbij alleen plaats voor actoren die zich aan bepaalde spelregels houden. Professionals, beroepsverenigingen, ministeries en anderen worden regelmatig opgeroepen zulke regels in acht te nemen (en waar het advies vooral kaders biedt: die regels nader in te vullen). Dat gebeurt niet zozeer door betrokkenen gedragsregels op te leggen – al zou hij het willen, die macht heeft de Gezondheidsraad niet. Het overtuigen van de lezer gebeurt ook niet door in theorie uit te leggen hoe er moet worden voortgegaan. Met zijn tekstuele technieken heeft de Gezondheidsraad een veel subtieler instrument in handen waarmee hij de buitenwereld kan trachten te verleiden zich naar de inhoud van het advies te gedragen. De raad oefent invloed uit door de lezer te demonstreren wat er van hem of haar wordt verlangd.

Een belangrijk onderwerp in het dyslexieadvies is de samenwerking over sectorale en departementale grenzen (van onderwijs en gezondheidszorg) heen. De noodzaak van samenwerking wordt inhoudelijk onderbouwd, maar ook aan de hand van voorbeelden getoond. De adviestekst ademt een geest van onderlinge afstemming en verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen onderzoekers, beroepsgroepen en instanties. Een dergelijke benadering is met name van belang wanneer een maatschappelijk probleem bij een beperkte kennis van de wetenschap om een oplossing vraagt.

Ook de samenwerking binnen de wetenschappelijke gemeenschap zelf is gebonden aan bepaalde spelregels. De ‘wetenschappelijkheid’ van bijdragen staat of valt met een (zelf)kritische houding die volgens de Gezondheidsraad in de praktijk van het dyslexieonderzoek echter weinig navolging krijgt. Des te meer ‘waardering’ bestaat er, schrijft de commissie, ‘voor de, in dit veld zeldzame, wijze waarop de [neuropsychologische behandeling volgens de methode-Bakker] is onderworpen aan wetenschappelijke evaluatie. Desondanks, of juist hierin passend, zijn de reacties ook kritisch.’ (p. 89). Hoewel inhoudelijk niet onomstreden, vervult ‘Bakker’ in het advies derhalve een expliciete voorbeeldfunctie: hij vertegenwoordigt de houding die in de ogen van de commissie academische bijdragen legitimeert. Het advies beschrijft een geordend optreden van de actoren als voorbeeld dat navolging verdient.

Conclusie

Wat verklaart de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad? Wij begonnen dit artikel met de diagnose dat deze invloed vooral gebaseerd is op het scheiden van wetenschappelijke en maatschappelijke aspecten. In deze diagnose zitten tenminste drie aannamen verscholen die op grond van onze analyse van de advisering door de Gezondheidsraad bijstelling behoeven.

In de eerste plaats gaat deze opvatting ervan uit dat het voor colleges als de Gezondheidsraad mogelijk is afstand te bewaren tussen wetenschap en beleid, tussen feiten aan de ene en waarden aan de andere kant. Uit onze casestudies blijkt keer op keer dat dit niet het geval is. Alleen al de manier waarop een probleem wordt gedefinieerd, is tegelijkertijd een wetenschappelijke en een maatschappelijke keuze. Juist voor de onderwerpen waarover de Gezondheidsraad gevraagd wordt te adviseren is vaak nog niet uitgekristalliseerd wat de maatschappelijke en de wetenschappelijke aspecten precies zijn. Het succes van de Gezondheidsraad vloeit niet voort uit het bewaren van afstand tot het beleid, maar juist uit de combinatie van afstand houden en bruggen slaan.

Ten tweede zou het wenselijk zijn dat de Gezondheidsraad zich concentreert op de wetenschap en afstand schept ten opzichte van het beleid. Hiervoor is veel te zeggen: politisering van het werk van de raad zou zijn werk niet alleen onmogelijk maken, het zou ook betekenen dat onder de vlag van de 'stand van de wetenschap' feitelijk allerlei maatschappelijke keuzen worden gemaakt die daarmee buiten een democratische controle worden gehouden. Het feit dat het voor de Gezondheidsraad niet mogelijk is een scherpe grens te trekken tussen wetenschap en beleid betekent echter niet dat het werk van de raad politiek wordt. De sleutel tot succes zit in de specifieke wijze waarop de Gezondheidsraad erin slaagt door en door maatschappelijk te zijn, zonder zijn wetenschappelijkheid op te hoeven geven. Juist het door ons geïdentificeerde coördinatie-gereedschap stelt de raad in staat dat te doen.

Tenslotte is de veronderstelling dat wanneer de Gezondheidsraad zich maar houdt bij zijn wetenschappelijke missie, succes min of meer automatisch gegarandeerd is. Ook dit automatisme moet het in onze analyse ontgelden. Het gezag van de raad kan niet worden ontleend aan wat dan ook, maar dient telkens opnieuw bewerkstelligd te worden. Dit vereist veel werk: om problemen zodanig te definiëren dat wetenschap, beleid en veld zich erin kunnen herkennen, om de deskundigheid van commissieleden te mobiliseren en tenslotte om teksten

zodanig bij te schaven dat ze het gewenste effect hebben. Invloed op beleid of veld is hiermee overigens niet gegarandeerd, zoals onze casussen ook hebben laten zien.

Onze conclusie is dat de invloed van de Gezondheidsraad andere wortels heeft dan wel wordt aangenomen. De raad is niet effectief vanwege bepaalde intrinsieke eigenschappen, maar doordat hij een aantal specifieke strategieën hanteert om tussen wetenschap, beleid en maatschappij te coördineren.

Literatuur

- 1 Fortuyn WSP. Ordening door ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid. Rijswijk: Ministerie van WVC; 1990.
- 2 Veen R van der. De sociale grenzen van beleid. Leiden: Stenfert Kroese; 1990.
- 3 Berg M. Kaf en koren van kennismanagement: over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van professionals. Sociaal Medische Wetenschappen. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2002.
- 4 Gezondheidsraad, Voedingsraad. Vitamine A en teratogeniteit. Den Haag: Gezondheidsraad en Voedingsraad; 1994.
- 5 Wetenschappelijk Comité voor de Menselijke Voeding. Rapport over risico's van hypervitaminose A. Verslagen van het Wetenschappelijk Comité voor de Menselijke Voeding. Brussel: Europese Commissie; 1991. p. 27.
- 6 Ministerie van WVC. WVC reactie op advies Gezondheidsraad/- Voedingsraad. Nadere vragen over gevolgen vitamine A tijdens zwangerschap. Den Haag: Ministerie van WVC; 1994.
- 7 Gezondheidsraad, Voedingsraad. Vitamine A en teratogeniteit. Nr 950627/01. Den Haag: Gezondheidsraad en Voedingsraad; 1995.
- 8 Gezondheidsraad. Zink. Den Haag: Gezondheidsraad; 1998.
- 9 Gezondheidsraad. Risicobeoordeling van handmatig tillen. Den Haag: Gezondheidsraad; 1995.
- 10 Gezondheidsraad. Dyslexie. Afbakening en behandeling. Den Haag: Gezondheidsraad; 1995.

Honderd jaar Gezondheidsraad. VII. Hersenbeïnvloeding in de toekomst

JND de Neeling, DCM Gersons-Wolfensberger en WJG Hoogendijk
Ned Tijdschr Geneeskd 2002;146: 2047-50

Samenvatting

Ter gelegenheid van zijn 100-jarig bestaan bracht de Gezondheidsraad een advies uit over toekomstige mogelijkheden tot beïnvloeding van de menselijke hersenen. De Raad voorziet dat in de toekomst ziekten als dementie en de ziekte van Parkinson waarschijnlijk voorkómen zullen kunnen worden of langdurig uitgesteld. De last van veel psychische stoornissen zal door vroegtijdige herkenning en behandeling aanmerkelijk verlicht kunnen worden. Ontwikkelingen zijn voorts te verwachten op het gebied van functieverbetering, farmacotherapie, psychotherapie en elektrostimulatie. De veelbelovende ontwikkelingen gericht op het voorkómen van hersenaandoeningen hebben belangrijke ethische en maatschappelijke implicaties die blijvende aandacht behoeven.

In juni 2001 installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad een bijzondere commissie, die hij de volgende vragen voorlegde: (a) welke nieuwe wijzen van beïnvloeding van de hersenen liggen de komende decennia in het verschiet?; (b) welke implicaties zullen deze nieuwe mogelijkheden hebben voor gezondheidszorg en maatschappij?

Voor de commissie werden overwegend jonge wetenschappers uitgenodigd: onderzoekers die een lange toekomst voor zich hebben en zelf betrokken zullen

zijn bij de in de vraagstelling aangeduide ontwikkelingen (zie de commissie-samenstelling, vermeld aan het eind van het artikel).

Het resultaat van de beraadslagingen van de commissie, het advies 'De toekomst van ons zelf', werd op 8 oktober 2002 aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.¹ In dit artikel geven wij een beknopt overzicht van de inhoud van dit advies.

Het was de commissie duidelijk dat de haar voorgelegde vraagstelling noopte tot een andere aanpak dan de systematische en degelijke benadering die gewoonlijk door Gezondheidsraadcommissies wordt gevolgd. Na enkele oriënterende besprekingen besloot de commissie bij het schrijven van het advies uit te gaan van een zevental toekomstscènes: fictieve, uit de toekomst overgewaaide flarden tekst. In commentaren bij deze toekomstscènes zou zij in kunnen gaan op huidige en mogelijke toekomstige wetenschappelijke ontwikkelingen en op de implicaties daarvan.

Ontwikkelingen

De commissie schetst in de zeven commentaren ontwikkelingen op een vijftal gebieden van hersenbeïnvloeding – preventie van hersenaandoeningen, functieverbetering, farmacotherapie, psychotherapie en hersenstimulatie – en bespreekt daarvan een aantal mogelijke implicaties.

Preventie. Het voorkómen of vroegtijdig behandelen van hersenaandoeningen ziet de commissie als een belangrijke streefrichting in het neurowetenschappelijk onderzoek. Naarmate het inzicht in ziekteprocessen groeit, zullen combinaties van genetische gegevens en vormen van functioneel onderzoek, zoals beeldvormend onderzoek van de hersenen, een vroegere onderkenning van aandoeningen mogelijk maken.^{2,3} Op welke leeftijd vroegtijdige onderkenning en preventieve interventie kunnen plaatsvinden, is afhankelijk van het type stoornis. Echt vroeg voorspellen kan alleen bij enkele zeldzame, puur genetisch bepaalde aandoeningen.⁴ De commissie verwacht dat veel aandoeningen waarschijnlijk rond de puberteit op een betrouwbare wijze te identificeren zullen zijn.

Veelvoorkomende ziekten als dementie en de ziekte van Parkinson zullen in de toekomst waarschijnlijk voorkomen kunnen worden of langdurig uitgesteld. Verschillende soorten preventieve behandelingen zijn denkbaar, direct gericht op het hersenweefsel of, even belangrijk, indirect werkzaam, via het tegengaan van atherosclerose. Bij direct op de hersenen gerichte behandelingen valt bijvoorbeeld te denken aan medicatie om het ontstaan van abnormale eiwitophopingen

tegen te gaan, aan stamceltherapie of aan stimuleren van de neurogenese, om verlies van zenuwcellen te compenseren.⁵⁻⁷

Psychische stoornissen zoals depressie, angststoornis en posttraumatische stressstoornis zijn vermoedelijk op den duur op basis van genetisch en functioneel onderzoek al vóór of vlak na het ontstaan van de eerste symptomen te herkennen en vervolgens beter dan nu te behandelen.^{8,9}

Functionieverbetering. Middelen ter verbetering van de stemming, ter verdieping van de beleving en ter verhoging van de concentratie zullen in aantal toenemen en vermoedelijk minder bijwerkingen en wellicht ook een geringer verslavingsrisico dan de bestaande hebben.^{10,11} Goede voorlichting, kwaliteitsbewaking en gedegen onderzoek naar de veiligheid, ook op de lange termijn, en naar de sociale effecten van het gebruik van nieuwe (en bestaande) functionieverbeteraars, zijn noodzakelijk. Transcraniële magnetostimulatie zal wellicht gebruikt kunnen worden om zintuiglijke indrukken en emoties te versterken of juist te verzwakken.^{12,13} Het is niet waarschijnlijk dat met geneesmiddelen of transcraniële magnetostimulatie essentiële verbeteringen van hogere cognitieve functies te bereiken zijn.

Farmacotherapie. De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen voor hersenaandoeningen is op de korte termijn vooral gericht op verhoging van de specificiteit en op vermindering van bijwerkingen, door specifiek op bepaalde receptoren aan te grijpen of de aanmaak van bepaalde pathogene eiwitten te blokkeren op DNA of RNA-niveau. Ook zal de mogelijkheid toenemen om de keuze van een geneesmiddel af te stemmen op de genetische kenmerken van het individu (farmacogenetica).¹⁴ Veel onderzoek is gericht op het begrijpen van fundamentele processen van celdgroei en celdood als onderdeel van het ziekteproces en op de moleculaire basis van regel- en communicatiesystemen in de hersenen.¹⁵ Dit zou op een termijn van 10 tot 20 jaar tot fundamenteel nieuwe, veilige geneesmiddelen kunnen leiden.

Psychotherapie. De mogelijkheden van psychotherapie zullen naar verwachting groter worden. Beeldvormend onderzoek en andere vormen van biomedisch onderzoek zullen vaker worden ingezet om iemands gevoeligheid voor en de effecten van psychotherapie te bepalen.¹⁶⁻¹⁸ Beteren vormen van therapie zullen voortkomen uit het experimentele onderzoek naar het werkingsmechanisme van psychotherapie. Voortgaande protocollering zal er wellicht toe leiden dat een deel van het werk niet meer door gespecialiseerde psychotherapeuten hoeft te worden uitgevoerd. Ook leken – bijvoorbeeld ouders, leerkrachten of partners – zullen zich bepaalde technieken eigen kunnen maken.¹⁹ Volledig

gecomputeriseerde toepassing van bepaalde vormen van psychotherapie zou tot de mogelijkheden kunnen gaan behoren.²⁰

Hersenstimulatie. Transcraniële magnetostimulatie lijkt enig effect te sorteren bij mensen met depressie.¹³ Het is onduidelijk of een beter resultaat haalbaar is, omdat het op deze manier gestimuleerde hersengebied nooit kleiner dan enkele kubieke centimeters zal kunnen zijn, wat vermoedelijk niet klein genoeg is.

Belangwekkende nieuwe behandelingen zijn eerder te verwachten van elektrische stimulatie. Door het directe contact tussen elektrode en hersenen is een grote ruimtelijke precisie mogelijk. Implantatie van een elektrode in de hersenen vindt al met succes toepassing bij patiënten met de ziekte van Parkinson, bij andere patiënten met ziekten die met onwillekeurige spieractiviteit gepaard gaan en bij patiënten met chronische pijnsyndromen.²¹ Neuro-elektronische koppelingen maken contact mogelijk tussen elektroden en één of enkele neuronen.²² Prikkeling van de oogzenuw om bij bepaalde vormen van blindheid het gezichtsvermogen – tot op zekere hoogte – te herstellen is veelbelovend. Het besturen van armen en benen via neuro-elektronische koppelingen om verlammingen op te heffen is volop in ontwikkeling en al incidenteel toegepast. Hersen-computerkoppelingen zijn al tot stand gebracht bij enkele totaal verlamde personen, die hierdoor in staat zijn te communiceren via een cursor op een computerscherm. Elektrostimulatie zal in de toekomst wellicht bruikbaar zijn bij de bestrijding van bepaalde vormen van epilepsie, ernstige, anderszins onbehandelbare eetstoornissen en obsessief-compulsieve stoornissen.

Implicaties

De nieuwe mogelijkheden tot beïnvloeding van de hersenen brengen onvermijdelijk nieuwe verantwoordelijkheden met zich mee, met talrijke implicaties. Veel van die implicaties zijn niet specifiek voor de nieuwe mogelijkheden die in ‘De toekomst van ons zelf’ worden genoemd.

Zo is daar de noodzaak tot bescherming van de privacy en het voorkómen van maatschappelijk nadelige gevolgen van voorspellend geneeskundig onderzoek, zoals ondermijning van maatschappelijke solidariteit, stigmatisering, discriminatie en grotere ongelijkheid tussen groepen in de samenleving.^{14 23} De overheid dient op dit punt waakzaam te zijn en bereid een belangrijke rol te blijven spelen.

Het bestaan van nieuwe mogelijkheden noodzaakt mensen om keuzen te maken voor of tegen het gebruik daarvan. Mensen, als burger en als patiënt,

moeten niet alleen vakkundig geïnformeerd worden, maar ook de mogelijkheid hebben om een weloverwogen en persoonlijke beslissing te nemen over de hun voorgehouden keuzen.^{4 24} Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan: de te verwerken informatie is ingewikkeld, en concrete, nu belastende zaken moeten worden afgewogen tegen een toekomstige winst, die vaak enigszins abstract zal blijven, hoezeer het streven naar het voorkómen van dementie of chronische depressie ook tot de verbeelding spreekt. Het ondervinden van drang zal tot op zekere hoogte onvermijdelijk zijn. Keuzen worden nu eenmaal nooit in een sociaal vacuüm gemaakt. Er dient zorgvuldig voor gewaakt te worden dat drang niet ten onrechte overgaat in dwang.

Een vergroting van keuzemogelijkheden leidt niet noodzakelijk tot een verbetering van de levenskwaliteit. Mensen worden voor nieuwe en moeilijke keuzen geplaatst. Het kan lijken of een onbezorgd leven er niet meer in zit. Paradoxaal genoeg kan verruiming van keuzemogelijkheden tot gevolg hebben dat het vermogen van mensen om zelf structuur en zin aan hun leven te geven juist kleiner wordt. Vergroting van hun autonomie is in ieder geval geen vanzelfsprekendheid. Maar ook als dat wel zo zou zijn, valt de vraag te stellen of dat inderdaad de richting is die wij op willen. Willen wij ons leven zoveel mogelijk zelf kunnen bepalen en beheersen, of is het leven ons gegeven en aanvaarden wij het zoals het komt?

Beschouwing

De commissie rekent op een grote opbrengst van wetenschappelijke ontwikkelingen die op dit moment alleen nog als ‘veelbelovend’ zijn te karakteriseren. Die verwachting betreft vooral ziekten met een duidelijk biologisch substraat: zonder zo’n substraat zijn ziekteprocessen veel moeilijker te onderzoeken. Van sommige voorspellingen is het vrij zeker dat ze op termijn zullen uitkomen, mits er voldoende economisch en maatschappelijk draagvlak blijft bestaan voor het neurowetenschappelijk en hersenziektegerelateerd onderzoek waarop dit advies voortbouwt. Basale én ziektespecifieke kennis zijn beide hard nodig om de verwachtingen in te lossen.

Een open discussie over de mogelijke lusten en lasten die zulk wetenschappelijk onderzoek met zich meebrengt, kan het draagvlak ervoor vergroten. Het advies schetst daarom niet alleen nieuwe mogelijkheden van hersenbeïnvloeding, maar gaat ook in op de vermoedelijke voor- en nadelen daarvan voor gezondheidszorg en maatschappij. Hiermee past ook dit ongebruikelijke Gezondheidsraadadvies in de nu honderd jaar oude traditie van de raad.

Wat betekent dit alles voor ‘de toekomst van ons zelf’? De komende decenia zal de opkomst van de voorspellende geneeskunde ons leven waarschijnlijk ingrijpend veranderen. De neurowetenschappen zullen hieraan een actieve bijdrage leveren. De nieuwe mogelijkheden van de voorspellende geneeskunde zullen er in zekere zin op gericht zijn ons te helpen, ook in de toekomst, ons gezonde zelf te blijven. Functieverbetering is een andere belangrijke trend, die voor een deel juist voortkomt uit het streven naar een verandering van het zelfgevoel.

Welke invloed deze algemene ontwikkelingen zullen hebben op wat wij beschouwen als ons zelf, is een filosofische vraag die in het advies onbeantwoord blijft. Maar, zo stelt de commissie vast tot slot, één ding lijkt wel zeker: de neurowetenschappen hebben niet de potentie om, vanwege de beïnvloeding van de hersenen, ‘zomaar’, achter onze rug om, onze wereld en ons zelf dwingend en drastisch te veranderen. Deze relativering kan de weg vrijmaken voor een nuchtere beschouwing van de reële zorgen én de hoopvolle ontwikkelingen waarvan er in het advies enkele zijn geschetst.

De commissie was als volgt samengesteld: dr WJG Hoogendijk, psychiater, Amsterdam, voorzitter; mw dr RJ Benschop, theoretisch psycholoog, Maastricht; prof. dr JGG Borst, neurofysioloog, Rotterdam; dr BA Ellenbroek, psychofarmacoloog, Nijmegen; dr DF Fischer, moleculair bioloog, Amsterdam; prof. dr WA van Gool, neuroloog, Amsterdam; mw dr SHM van Goozen, psycholoog, Utrecht; prof. dr GJM Hutschemaekers, psycholoog, Nijmegen; mw dr M Kindt, psycholoog, Maastricht; RJL Lindauer, arts-filosoof, Amsterdam; dr NF Ramsey, psycholoog, Utrecht; dr WLC Rutten, biomedisch fysisch, Enschede; mw dr MHN Schermer, arts-ethicus, Amsterdam; PR Schuurman, arts, Amsterdam; prof. dr M Verhage, moleculair bioloog, Amsterdam; dr JND de Neeling, epidemioloog, en mw DCM Gersons-Wolfensberger, arts, Den Haag, secretarissen.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. De toekomst van ons zelf. Publicatienr 2002/13. Den Haag: Gezondheidsraad; 2002.
 - 2 Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000;284: 592-7.
 - 3 Schultz RT, Gauthier I, Klin A, Fulbright RK, Anderson AW, Volkmar F, et al. Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:331-40.
-

- 4 Gezondheidsraad. Commissie DNA-diagnostiek. DNA-diagnostiek. Publicatienr 1998/11. Rijswijk: Gezondheidsraad; 1998.
- 5 Hardy J, Selkoe DJ. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: progress and problems on the road to therapeutics. *Science* 2002; 297:353-6.
- 6 Hermanowicz N. Management of Parkinson's disease. Strategies, pitfalls, and future directions. *Postgrad Med* 2001;110:15-8, 21-3, 28.
- 7 Gezondheidsraad. Stamcellen voor weefselherstel; onderzoek naar therapie met somatische en embryonale stamcellen. Publicatienr 2002/09. Den Haag: Gezondheidsraad; 2002.
- 8 Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 17:41-6.
- 9 Dadds MR, Holland DE, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH. Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:145-50.
- 10 Whitehouse PJ, Juengst E, Mehlman M, Murray TH. Enhancing cognition in the intellectually intact. *Hastings Cent Rep* 1997;27: 14-22.
- 11 Porter AC, Felder CC. The endocannabinoid nervous system: unique opportunities for therapeutic intervention. *Pharmacol Ther* 2001;90:45-60.
- 12 Grafman J, Wassermann E. Transcranial magnetic stimulation can measure and modulate learning and memory. *Neuropsychologia* 1999;37:159-67.
- 13 Wassermann EM, Lisanby SH. Therapeutic application of repetitive transcranial magnetic stimulation: a review. *Clin Neurophysiol* 2001;112:1367-77.
- 14 Gezondheidsraad. Farmacogenetica. Publicatienr 2000/19. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000.
- 15 Collier TJ, Sortwell CE. Therapeutic potential of nerve growth factors in Parkinson's disease. *Drugs Aging* 1999;14:261-87.
- 16 Brody AL, Saxena S, Schwartz JM, Stoessel PW, Maidment K, Phelps ME, et al. FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1998;84:1-6.
- 17 Gur RE. Functional imaging is fulfilling some promises. *Am J Psychiatry* 2002;159:693-4.
- 18 Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry* 2000;48:1210-22.
- 19 Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *Br J Gen Pract* 2002;52:223-33.
- 20 Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch MJ, et al. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *J Clin Psychiatry* 2002;63:138-45.
- 21 Mogilner YA, Benabid AL, Rezaei AR. Brain stimulation: current applications and future prospects. *Thalamus & Related Systems* 2002:255-67.
- 22 Rutten WLC. Selective electrical interfaces with the nervous system. *Annu Rev Biomed Eng* 2002;4:407-52.
-

- 23 Gezondheidsraad. Commissie Erfelijkheidsgenetherapie. Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij. Publicatienr 1989/31. Den Haag: Gezondheidsraad; 1989.
- 24 Gezondheidsraad. Commissie Screening erfelijke en aangeboren aandoeningen. Genetische screening. Publicatienr 1994/22. Den Haag: Gezondheidsraad; 1994.

Hulde aan een Haagse dame

NS Klazinga
TSG 2002; 80: 413-4

Dit jaar bestaat de Gezondheidsraad 100 jaar. Daarmee is er een eeuw sprake van georganiseerde advisering uit het veld van onderzoek en praktijk aan de rijksoverheid over vraagstukken op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg. Natuurlijk is de gezondheidsraad niet de enige schakel tussen onderzoek, samenleving en overheid. Maar een institutie die het een eeuw volhoudt dwingt alleen al door dat feit respect af. De formele historie van de Gezondheidsraad loopt via de wetten van 1901, 1919 en 1956 en de positionering kwam steeds voort uit de wijze waarop de overheid advisering, informatisering en toezicht op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg vorm gaf. De Gezondheidsraad heeft de afgelopen 100 jaar dan ook de nodige broertjes en zusjes gekend. Anno 2002 is onder andere sprake van de Inspectie voor de gezondheidszorg (toezicht), het RIVM (informatie, rijkslaboratoria) en diverse adviesorganen zoals de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), College voor Zorgverzekeringen (CvZ), College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en de raad voor gezondheidsonderzoek (RGO).

Periodiek wordt door de politiek de zinvolheid van al deze instituties ter discussie gesteld. Dat gebeurde onder andere in 1990 in een in opdracht van toenmalig staatssecretaris Simons opgesteld rapport met de titel "Ordering door ontvlechting". De auteur was prof. dr WSP Fortuyn. Veel adviesorganen kregen er van langs, maar over de Gezondheidsraad werd het volgende gesteld: De Gezondheidsraad verricht over het algemeen goed werk en is goedkoop, doelge-

richt en efficiënt. Het verdient aanbeveling deze Raad te laten voortbestaan, zij het in een ingekaderde vorm. De Raad dient zich te beperken tot de opstelling van wetenschappelijk gefundeerde adviezen en zich verre te houden van een stellingname inzake politieke, maatschappelijke en ethische kwesties. De Raad is daartoe niet geëquipeerd. Om de verleiding tegen te gaan, mede gezien in het licht van de ontwikkelingen in de medische technologie, is inkadering van de Raad in een groter geheel, dat deze maatschappelijke, politieke en ethische implicaties wel kan beoordelen, gewenst”.¹

Het in 1992 verschenen proefschrift van dr RBM Rigter komt op basis van een historische studie over de periode 1902-1985 eveneens tot een overwegend positief eindoordeel “Wie de geschiedenis van de Gezondheidsraad in de jaren 1902-1985 overziet, wordt getroffen door de invloed die het college op het volksgezondheidsbeleid in Nederland heeft gehad. De meeste adviezen werkten in het beleid door, zij het lang niet altijd volledig. En ook niet met onmiddellijke ingang, want veel overheidsbeleid kreeg langs de lijnen van geleidelijkheid vorm. De Gezondheidsraad fungeerde als een radertje in een groter geheel, maar wel een radertje aan het begin van het productieproces”.²

Aan prestige en gezag lijkt het de honderdjarige niet te ontbreken en een beschaafd feestje is dan ook op zijn plaats. Toch lijkt het voor de volgende honderd jaar van belang dat Gezondheidsraad en overheid zich blijven bezinnen op de wijze waarop wetenschappelijke advisering het beste vorm kan krijgen en hoe deze zich dient te verhouden tot bredere maatschappelijke consultaties en discussies. De inkadering van de Gezondheidsraad tot wetenschappelijk adviesorgaan klinkt mooi, maar hoe wetenschappelijk zijn de adviezen eigenlijk en is het niet onvermijdelijk dat maatschappelijke en politieke opvattingen en belangen via de activiteiten van de Raad en haar commissies doordringen in de adviezen?

Evidence-based policy making is een nobel streven, maar veronderstelt zowel een rationele opstelling van onderzoekers als van politici en beleidsmakers. Zowel het opstellen van adviezen als het nemen van beleidsbeslissingen zijn sociale processen waarbij wetenschappelijke argumenten een rol spelen; maar de weging van die argumenten is op waardeoordelen gebaseerd die niet altijd even objectiveerbaar en controleerbaar zijn. Zeker in het huidige politieke klimaat lijkt beeldvorming voor de besluitvorming vaak belangrijker dan feiten. Het gezag van de Gezondheidsraad is dan ook niet alleen te danken aan de wetenschappelijke kwaliteit van haar adviezen maar evenzoeker aan de wijze waarop vertegenwoordigers van de Gezondheidsraad in het Haagse weten te acteren. De neutraliteit van wetenschappelijkheid heeft zijn grenzen, wanneer scherp gekeken wordt naar de belangen die betrokkenen vertegenwoordigen. Was de Gezond-

heidsraad bij haar oprichting in 1902 vooral de spreekbuis van een groep radicaal-hygiënisten die de overheid aanzetten tot maatregelen op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg, anno 2002 is de Raad een belangrijke spreekbuis van de onderzoeksgemeenschap. Deze onderzoeksgemeenschap opereert niet vanuit een ivoren toren, maar is zelf weer op allerlei manieren verstrengeld met het praktijkveld van de volksgezondheid en gezondheidszorg. Adviezen van de Gezondheidsraad dragen door deze impliciete vertegenwoordigende rol van het praktijk en onderzoeksveld dan ook bij tot het draagvlak van overheidsbeslissingen.

Eerder dan krampachtige pogingen wetenschappelijke adviezen en maatschappelijke consultatie uit elkaar te halen, lijkt het zaak wetenschappelijke feiten, belangen en opinies helder te articuleren en de discussies waarin tot oordeelsvorming wordt gekomen open te voeren.

Voor de Gezondheidsraad betekent dit allereerst dat onverkort wordt doorgegaan met het expliciet weergeven van de aard van de wetenschappelijke onderbouwing van de adviezen. Op het terrein van richtlijnontwikkeling heeft de laatste tien jaar een sterke formalisering van het ontsluiten, wegen en synthetiseren van onderzoeksliteratuur plaatsgevonden, welke ook in de richtlijnteksten van de betere internationale richtlijnprogramma's is terug te vinden. Deze aanpak verdient ook voor de adviezen van de Gezondheidsraad meer navolging. Juist het zichtbaar maken van de hardheid van wetenschappelijke inzichten enerzijds en de weging daarvan door de leden van commissies van de Gezondheidsraad anderzijds kan helpen beleidsafwegingen scherper te maken.

Daarnaast zouden Raad en overheid eens hun gedachten kunnen laten gaan over de houdbaarheid van de huidige werkwijze met werkprogramma's en adviestrajecten. Wanneer het doel van de overheid gelegen is in het realiseren van binding of legitimering van het eigen beleid of wanneer een 'parkeerplaats' voor een netelig politiek onderwerp wordt gezocht is een adviestraject van maanden of zelfs jaren geen bezwaar. De complexiteit en snelheid van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen maakt echter dat veel belangrijke beleidsbeslissingen niet in een zorgvuldig afgewogen, langdurig traject (kunnen) worden genomen. Wanneer *evidence based-policy making* werkelijk het doel is, dienen ook andere kanalen ontwikkeld te worden om bestaande wetenschappelijke inzichten op een begrijpelijke wijze op het relevante moment als antwoord op een concrete vraag van een beleidsmedewerker of politicus beschikbaar te doen zijn. De Gezondheidsraad is meer dan een jaarlijkse stapel rapporten die al of niet in digitale vorm gelezen worden. De Gezondheidsraad representeert een hoeveelheid wetenschappelijke kennis, met zwaartepunten op het terrein van de

openbare gezondheidszorg en de geneeskunde die op verschillende manieren ten nutte kan worden gemaakt voor de Haagse besluitvorming. Het feit dat de Raad sinds enkele jaren in hetzelfde gebouw als VWS is gevestigd, schept daartoe al een belangrijke fysieke randvoorwaarde. De Gezondheidsraad is een Haagse dame die gedecideerd haar bijdrage aan het landelijk gezondheids(zorg)debat levert, het is bijna altijd een genoegen naar haar te luisteren, ik kom graag een taartje eten en wens haar nog vele jaren in een goede gezondheid.

Literatuur

- 1 Fortuyn WSP. Ordening door ontvlechting, een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.
- 2 Rigter RBM. Met Raad en Daad, de geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Rotterdam: Erasmus Publishing Rotterdam, 1992.
- 3 Sturmans F. Een eeuw Gezondheidsraad (1902-2002), de betekenis van de gezondheidsraad voor de Openbare Gezondheidszorg. Tijdschr Gezondheidswet 2002; 80: 463-9.

Een eeuw Gezondheidsraad (1902-2002)

De betekenis van de Gezondheidsraad voor de Openbare Gezondheidszorg

F Sturmans

TSG 2002; 80: 463-9

Ongeveer een half jaar geleden bereikte mij als hoofdredacteur van het TSG het verzoek bij het 100-jarig bestaan van de Gezondheidsraad ook in ons tijdschrift gepaste aandacht aan dit jubileum te besteden. Nu had Rigter in 1992 een dissertatie geschreven over de geschiedenis van de Gezondheidsraad van 1902-1985.¹ Het lag dus voor de hand uit te gaan van zijn studie bij dit overzicht en mij te beperken tot een aanvulling hierop voor wat betreft de periode na 1985. Vandaar dat ik voor de opbouw van dit artikel in ruime mate gebruik heb gemaakt van min of meer letterlijke citaten uit het boek van Rigter.[#] Ook ben ik uitgegaan van de gegevens vervat in zijn diagrammen en heb deze slechts aangevuld tot een nieuwe tabel en samengevoegd tot een nieuwe figuur met de gegevens voor de periode na 1985. Rest mij de jubilerende Gezondheidsraad namens de lezers van het TSG en de theoretisch of praktisch werkzame medewerkers in de Openbare Gezondheidszorg van harte te feliciteren met deze mijlpaal en veel succes voor de toekomst te wensen.

Wettelijk kader in de loop van deze eeuw

“De huidige Gezondheidsraad is een vast college van advies, met als taak de regering voor te lichten over de stand van de wetenschap op het gebied van de volksgezondheid en de milieuhygiëne. Die taak is niet zo maar uit de lucht komen vallen; er is een ontwikkeling aan voorafgegaan met als formele mijl-

palen de Gezondheidswetten van 1901, 1919 en 1956.” “De wortels van die ontwikkeling liggen evenwel nog wat verder weg en wel in de negentiende eeuw. Het volksgezondheidsbeleid in Nederland was toen weliswaar formeel een zaak van lokale overheden maar de inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht spoorden de plaatselijke bestuurders vaak tevergeefs aan de volksgezondheid te bevorderen. De staat hield zich conform de toen geldende (liberaal) politieke opvattingen afzijdig.”

“In samenspraak met de radicaalhygiënist uit de negentiende eeuw ontwierp de minister van Binnenlandse Zaken de Gezondheidswet van juni 1901 (S, 157).”¹ In deze wet werd een Centrale Gezondheidsraad in het leven geroepen met gezondheidscommissies op regionaal of plaatselijk niveau die samen met hoofdinspecteurs voor de gehele gezondheidszorg en inspecteurs voor delen van de gezondheidszorg op regionaal of op rijksniveau het Staatstoezicht op de Volksgezondheid vormden. Dit op 1 augustus 1902 geïnstalleerde college moest enerzijds leiding geven aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en anderzijds als adviescollege van de regering optreden.² “De raad kreeg dus een gemengde veelomvattende missie.”¹ Het geheel maakte de indruk van een strakke piramidevormige organisatie en men zou veronderstellen dat niets een krachtige centrale leiding in de weg stond, welke zich in de perifere organen duidelijk zou doen gevoelen. De praktijk was echter anders. In de loop van de tijd groeide met name de ontevredenheid over het functioneren van de Centrale Gezondheidsraad, terwijl de positie van de hoofdinspecteurs steeds zwakker werd. “De Centrale Gezondheidsraad kon de overspannen verwachtingen niet waarmaken.” “Als bestuursorgaan faalde de Raad, maar het adviseren ging hem beter af. De regering besloot uiteindelijk, op grond van dit alles, het college in zijn taken te beknotten. In 1919 viel het doek voor de Centrale Gezondheidsraad.”

De minister voor Arbeid trok uit de hierboven beschreven stand van zaken de consequenties met een wetsvoorstel dat leidde tot de Gezondheidswet van 27 november 1919 (S. 784). In deze wet werd door het departement voor Arbeid de Centrale Gezondheidsraad losgemaakt van het Staatstoezicht en vanaf nu ging de Gezondheidsraad verder *naast* het Staatstoezicht. Volgens het uitvoeringsbesluit van 19 februari 1920, (S. 83) zou de Gezondheidsraad gevraagd en ongevraagd de minister van advies dienen betreffende de belangen van de volksgezondheid. De Gezondheidsraad werd dus een adviserend lichaam zonder uitvoerende taken. “Het adviesterrein kende toen nog geen grenzen; het college mocht zich uitspreken over zowel wetenschappelijke als maatschappelijke kwesties.”

“De noodzaak van vernieuwing van de gezondheidszorg bracht de regering kort na de tweede wereldoorlog er toe steun te zoeken bij professionele en maatschappelijke groeperingen. De behoefte aan een maatschappelijk adviesorgaan, waar representanten van overheid en samenleving elkaar konden ontmoeten en zaken doen, groeide. De Gezondheidsraad was voor dat doel ongeschikt en bovendien was hij in vergetelheid geraakt. De regering stelde daarom de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid in, de voorloper van achtereenvolgens de Centrale Raad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (*en Zorg*).”

Bij wet van 18 januari 1956 (S.51) werd door het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid op centraal niveau naast een Gezondheidsraad een Centrale Raad voor de Volksgezondheid ingesteld. Deze moet nadrukkelijk worden onderscheiden van de Centrale Gezondheidsraad in de wet van 1901 en van de Gezondheidsraad in de wet van 1919. Deze laatste is dus blijven bestaan en is een adviserend lichaam gebleven, bestaande uit door de Kroon te benoemen leden (behalve enige ambtshalve leden), dat de regering heeft voor te lichten “over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid (art. 22)”. De Centrale Raad moest de samenwerking bevorderen tussen de minister en de openbare lichamen en andere rechtspersonen, diensten en instellingen welke zelf of wier leden werkzaam zijn op het gebied van de volksgezondheid. De gezondheidscommissies die opgeheven waren bij wet van 14 december 1933 werden in zekere mate weer in ere hersteld in de vorm van Provinciale Raden. Het Staatstoezicht bleef in principe ongewijzigd en los van deze organen.^{1 2}

“De Gezondheidswet van 1956 erkende de Gezondheidsraad formeel als wetenschappelijk adviescollege. Het uit de weg gaan van het vervelende besluit de Raad op te heffen leek daarbij belangrijker dan de behoefte aan wetenschappelijk adviezen. Maar de regering zou haar besluit om de Gezondheidsraad te handhaven niet betreuren. Snelle ontwikkelingen in de medische en biologische wetenschappen stelden de regering voor vragen die zij kon voorleggen aan een parate organisatie: de Gezondheidsraad. De beperking van de taak tot wetenschappelijke advisering werd door de opeenvolgende voorzitters niet gezien als degradatie maar als promotie. Niet-wetenschappelijke taken werden afgestoten en tegen uitbreiding van het takenpakket met niet-wetenschappelijke taken werd protest aangetekend.” “Dat alles laat onverlet dat er tussen wetenschappelijke advisering enerzijds en maatschappelijke advisering anderzijds geen vaste demarcatielijn valt te trekken. Er is een overgangszone die onvermijdelijk soms betreden moet worden. Deze zone is erg breed en prominent bij medische vraagstukken met een sterk ethische, juridische en sociale component .”

Samenvattend: de Centrale Gezondheidsraad, opgericht in 1902, moest zowel adviseren als besturen. Zijn opvolger, de Gezondheidsraad, kreeg in de wet van 1919 een beperktere opdracht: alleen adviseren, maar het adviesterrein was in principe onbegrensd: zowel wetenschappelijke als maatschappelijke kwesties. De wet van 1956 ten slotte karakteriseerde de Gezondheidsraad als wetenschappelijk adviesorgaan (zie tabel 1).

Tabel 1 Enkele verschillen tussen de Centrale Gezondheidsraad en de vroegere en latere Gezondheidsraad.^a

Wet	Departement	Centrale Organen	Regionale en Plaatselijke organen	Inspectie
21/6/1901	Binnenlandse Zaken	Centrale Gezondheidsraad	Gezondheidscommissies	(Hoofd)inspecteurs
27/11/1919	Arbeid	Gezondheidsraad	Gezondheidscommissies opgeheven 14/12/1933	(Hoofd)inspecteurs
18/1/1956	Sociale Zaken en Volksgezondheid	Gezondheidsraad Centrale Raad Volksgezondheid	Provinciale Raden	(Hoofd)inspecteurs

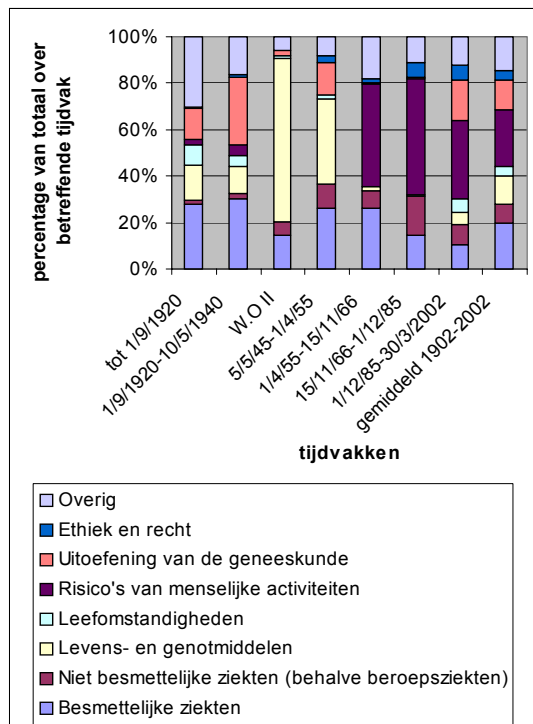
^a Aangepast naar Querido²

De aard van de adviezen

Rigter heeft in zijn dissertatie de geschiedenis van de Gezondheidsraad van 1902 tot 1985 beschreven en daarbij de volgende indeling van de door de Gezondheidsraad uitgebrachte adviezen gemaakt:

- Besmettelijke ziekten
- Niet-besmettelijke ziekten (behalve beroepsziekten)
- Levens en genotmiddelen
- Leefomstandigheden
- Risico's van menselijke activiteiten
- Uitoefening van de geneeskunde
- Ethiek en recht
- Overig waaronder:
 - interne organisatie en functioneren van instellingen op het terrein van de volksgezondheid
 - statistiek
 - gezondheid van bodem, water en lucht
 - beroepsziekten en
 - planning van voorzieningen

De adviezen uitgebracht in de periode 1985-2002 zijn door een medewerker van de Gezondheidsraad (Ph Gooskens, afdeling Bibliotheek en Documentatie) ondergebracht in de door Rigter gehanteerde categorieën (zie tabel 2 en figuur 1). De gegevens over 2002 betreffen alleen het eerste kwartaal. De eerste vijf categorieën hebben zonder meer een openbare gezondheidszorg karakter. Uitoefening van de geneeskunde heeft een duidelijk curatief karakter en de laatste twee hebben een gemengd karakter.



Figuur 1 Procentuele verdeling van de adviezen van de Gezondheidsraad over verschillende inhoudelijke categorieën.

Als gekeken wordt naar de procentuele verdeling van de adviezen over de verschillende categorieën over de hele periode van 1902-2002 dan moet geconstateerd worden dat met 19,7% voor besmettelijke ziekten, 8,3% voor niet-besmettelijke ziekten, 12,2% voor levens en genotmiddelen, 3,8% voor leefomstandigheden, 24,7% voor risico's van menselijke activiteiten, en voor deze vijf

Tabel 2 Aard van de adviezen van de GeONdheidsraad 1902-2002.

Categorie	Tot 1920		1920-40		1940-45		1945-55		1955-66		1966-85		1985-2002		1902-2002	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Besmettelijke ziekten	72	27,9	104	30,2	16	14,3	41	26,3	54	26,2	56	14,3	60	10,4	403	19,7
Niet-besmettelijke ziekten ^a	5	1,9	9	2,6	7	6,3	16	10,3	16	7,7	67	17,1	50	8,6	170	8,3
Levens- en genotmiddelen	38	14,7	39	11,3	79	70,5	57	36,5	3	1,5	2	0,5	32	5,5	250	12,2
Leefomstandigheden	23	8,9	16	4,6	1	0,9	3	1,9	0	0	0	0	34	5,9	77	3,8
Risico's van menselijke activiteiten	6	2,3	17	4,9	0	0	0	0	91	44,2	195	49,9	196	33,9	505	24,7
Uitoefening van de geneeskunde	34	13,2	99	28,8	3	2,7	22	14,1	1	0,5	3	0,8	100	17,3	262	12,8
Ethiek en recht	2	0,8	5	1,5	0	0	4	2,6	4	1,9	24	6,1	37	6,4	76	3,7
Overige	78	30,2	55	16,0	6	5,6	13	8,2	37	18,0	44	11,3	70	12,1	303	14,8
Interne organisatie en functioneren instellingen		8,5		4,9		4,7		3,8								3,4
Statistiek		2,3		1,5				0,6		10,7		0,5				2,5
Gezondheid van bodem, water en lucht		6,6		2,9										0,69		1,8
Beroepsziekten		8,5		0,6												1,6
Planning en voorzieningen												4,9		0,17		1,3
Rij 1 t/m 5 ^b	144	55,7	184	53,6	102	91,1	114	73,1	164	79,6	320	81,8	372	64,2	1405	68,7
Totaal	258		344		112		156		206		391		579		2046	
Duur tijdvak	18 jaar		19,66 jaar		5 jaar		10 jaar		11,5 jaar		19 jaar		16,33 jaar		99,5 jaar	

^a Met uitzondering van beroepsziekten.

^b Rij 1 tot en met 5 bevat onderwerpen met een duidelijk Openbare gezondheidszorg karakter.

categorieën samen 68,7% (met als variatiebreedte 53,6 en 91,1) het percentage van de adviezen met een openbaar gezondheidszorg karakter niet onbetekenend is. Zeker niet als men zich realiseert dat in de laatste twee categorieën ook nog een aantal adviezen besloten zitten die betrekking hebben op de openbare gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg mag dus niet klagen over belangstelling van de Gezondheidsraad in de afgelopen eeuw.

Op basis van tabel 2 is verder een tabel gemaakt met het gemiddeld aantal adviezen per jaar per tijdvak en per inhoudelijke categorie (tabel 3). Dit vanwege het feit dat een vergelijking op basis van percentages per tijdvak voor een vergelijking over periodes heen tot onjuiste conclusies kan leiden. Immers: als het percentage van de ene categorie toeneemt, moet dat van de andere afnemen ondanks het feit dat het absolute aantal van deze laatste categorie hetzelfde is gebleven.

Tabel 3 Gemiddeld aantal adviezen per jaar per categorie per tijdvak.

Categorie	tot 1920	1920-40	1940-45	1945-55	1955-66	1966-85	1985-2002	1902-2002
Besmettelijke ziekten	4	5,29	3,2	4,1	4,7	2,94	3,64	4,05
Niet-besmettelijke ziekten ^a	0,27	0,46	1,4	1,6	1,39	3,53	3,03	1,71
Levens en genotmiddelen	2,11	1,98	15,8	5,7	0,26	0,11	1,94	2,51
Leefomstandigheden	1,27	0,81	0,2	0,3	0	0	2,06	0,77
Risico's van menselijke activiteiten	0,33	0,86	0	0	7,91	10,26	11,88	5,07
Uitoefening van de geneeskunde	1,88	5,03	0,6	2,2	0,09	0,16	6,06	2,63
Ethiek en recht	0,11	0,25	0	0,4	0,35	1,26	2,24	0,76
Overig	4,33	2,79	1,2	1,3	3,22	2,32	4,24	3,04

^a Met uitzondering van beroepsziekten

Bestudering van tabel 3 leert ons dat het aantal adviezen inzake besmettelijke ziekten door de jaren heen niet zoveel verschilt: drie tot zes per jaar. Voor niet besmettelijke ziekten stijgt het aantal van 0,3 naar 3,5 in de periode 1966-1985 om vervolgens in de laatste periode iets te dalen naar 3,0. In de periode 1966-1985 had ruim 17% van de adviezen betrekking op deze categorie. Daarmee overtrof dit thema, afgemeten aan het aantal adviezen, voor de eerste maal dat van de infectieziekten. Daarvoor zijn enkele oorzaken aan te wijzen. Ten eerste was de frequentie van belangrijke besmettelijke ziekten flink gedaald, terwijl die

voor niet-besmettelijke aandoeningen, als hart- en vaat-aandoeningen en kanker juist steeg. In de tweede plaats zorgden ook de spectaculaire ontwikkelingen op het gebied van de klinische diagnostiek en therapie ervoor dat de aandacht voor niet-besmettelijke ziekten toenam. Risico's van menselijke activiteiten hebben met name vanaf 1955 met acht tot tien adviezen per jaar de toepositie.

Tot zover een kwantitatieve analyse van de adviezen van de gezondheidsraad op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

Openbare Gezondheidszorg in de twintigste eeuw

Om de kwalitatieve betekenis van de Gezondheidsraad voor de openbare gezondheidszorg te kunnen schetsen, moeten we eerst kort ingaan op de ontwikkeling van die openbare gezondheidszorg in de twintigste eeuw. Openbare gezondheidszorg wordt gedefinieerd als de wetenschap en de kunst van het verbeteren van de gezondheidstoestand van de gemeenschap door middel van collectieve acties, respectievelijk organisatorische inspanningen van die gemeenschap onder gebruikmaking van de technieken voor ziektepreventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering.³⁻⁵ “Evenals in de curatieve geneeskunde gaat het in de openbare gezondheidszorg om diagnostiek en therapie. De diagnostiek is nu echter de analyse van gezondheidsproblemen binnen de bevolking als geheel en de therapie is een maatregel die deze frequentie zoveel mogelijk terugdringt, hetzij door preventieve activiteiten, dan wel door een zo goed mogelijke afstemming van de curatieve gezondheidszorg op de gesignaleerde problemen.”³ De openbare gezondheidszorg in zijn huidige vorm is ontstaan in de negentiende eeuw. Aan deze periode dankt de openbare gezondheidszorg zijn aandacht voor de effecten van omgevingsinvloeden op de gezondheid van de mens. “De snelle industrialisatie die in de eerste helft van de negentiende eeuw in Engeland plaats vond, was gepaard gegaan met een even snelle toename van de verstedelijking. Zowel de vaak slechte arbeidsomstandigheden, als de slechte woonomstandigheden in de uit de grond gestampte nieuwe woongebieden leidden tot veel gezondheidsproblemen. Als reactie hierop ontstond de Sanitary Movement, een beweging van in politiek opzicht radicale artsen, die op grond van epidemiologisch onderzoek tot de conclusie kwamen dat er iets moest gebeuren aan de oorzaken van de slechte gezondheidstoestand van grote delen van de bevolking.”³ In Nederland werd deze beweging aangeduid met de term Hygiënist. Een van de tastbare gevolgen in ons land was de oprichting van het Geneeskundig Staatstoezicht in 1865. “Toen rond 1900 een aantal van de door de Sanitary Movement en zijn equivalenten zoals de

Hygiënisten in Nederland voorgestelde hervormingen was gerealiseerd, brak een nieuw tijdperk in de openbare gezondheidszorg aan, dat duurde tot ongeveer 1950. In deze periode werd enerzijds de vooruitgang geconsolideerd terwijl anderzijds de aandacht geleidelijk verschoof naar de ontwikkeling van programma's van preventieve gezondheidszorg voor kwetsbare groepen. Dankzij de ontwikkeling van de bacteriologie kreeg de bestrijding van infectieziekten een steeds betere basis, en werd het mogelijk veel gericht besmetting met bepaalde micro-organismen tegen te gaan. Pas nu kwam het bouwen van de door de Hygiënisten bepleite gezonde volkswoningen goed op gang. Ook in organisatorisch opzicht werd nog veel verbetering geboekt. Een belangrijk voorbeeld daarvan is de oprichting van Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten (GGD's)."³

“Toen eenmaal een belangrijk deel van de omgevingsfactoren die voor een slechte gezondheidstoestand verantwoordelijk waren was geëlimineerd, werd het noodzakelijk om naar nieuwe middelen te grijpen om een verdere verbetering van de gezondheid te bereiken. Deze middelen bestonden uit speciaal ontwikkelde preventieve programma's voor groepen in de bevolking die gekenmerkt worden door specifieke behoeften: zwangeren en pasgeborenen, kinderen, lijders aan bepaalde infectieziekten en hun contacten. Steeds wordt hierbij veel energie besteed aan pogingen om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.” “Na 1950 brak een volgende fase aan, waarin het accent lag op de inrichting van de gezondheidszorg.”³ Er lagen nu belangrijke vragen met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de bevolking als geheel, en voor de minder draagkrachtigen in het bijzonder.”³ Een uitvloeisel van die zorg voor een goede toegankelijkheid is de instelling van de ziekenfondsen. De kostenexplosie in de jaren zestig en zeventig in de curatieve gezondheidszorg leidde tot de vraag hoe de gezondheidszorg zo optimaal mogelijk ingericht kon worden: een maximale bijdrage aan de volksgezondheid tegen zo laag mogelijke kosten. Inmiddels lijkt ook deze fase in de geschiedenis van de openbare gezondheidszorg alweer over zijn hoogtepunt heen. Sinds ongeveer 1980 is, als reactie op de preoccupatie met de curatieve gezondheidszorg die de jaren zestig en zeventig kenmerkte, een terugkeer naar de nadruk op omgevingsinvloeden te bespeuren. Door sommigen wordt hierbij gesproken van een new public health, waarin allerlei vormen van preventie als vanouds de boventoon voeren.³

De laatste twee decaden van de twintigste eeuw zagen een vernieuwing van de belangstelling voor de eeuwige waarden van openbare gezondheidszorg: ziektepreventie, beheersing van besmettelijke ziekten, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Dit was ten dele een gevolg van het besef dat continu-

ering van de investeringen in de klinische zorg gepaard gaat met verminderde meeropbrengsten. Daarnaast was er de erkenning dat problemen die zo succesvol door openbare gezondheidszorg acties aangepakt waren in de tweede helft van de negentiende eeuw en de eerste helft van de twintigste eeuw toch niet verdwenen zijn. In sommige gevallen steken ze weer opnieuw de kop op daar bacteriën resistentie ontwikkelen tegen de antibiotica en omdat nieuwe bedreigingen voor de gezondheid ontstaan in de fysische omgeving zowel lokaal als globaal.⁶

Kwalitatieve betekenis van de Gezondheidsraad voor de openbare gezondheidszorg?

De rol van de openbare gezondheidszorg is bij te dragen aan de gezondheid van de gemeenschap door het vaststellen van de gezondheidstoestand, behoeftes, formulering van beleid en het waarborgen van de beschikbaarheid van voorzieningen. De tien kernactiviteiten van de openbare gezondheidszorg zoals omschreven door de US Health and Human Services Public Health service zijn:

- Het voorkomen van epidemieën.
- Het beschermen van het milieu, de werkomstandigheden, het voedsel en water.
- Bevorderen van gezond gedrag.
- Het monitoren van de gezondheidsstatus van de bevolking.
- Het mobiliseren van acties door de gemeenschap.
- Het reageren op rampen.
- Het garanderen van de kwaliteit, de toegankelijkheid en doelmatigheid van medische zorg.
- Het *outreaching* werken om hoog risico en moeilijk te bereiken mensen in contact te brengen met voorzieningen.
- Het doen van onderzoek ter ontwikkeling van nieuwe inzichten en innovatieve oplossingen.
- Het leiding geven aan de ontwikkeling van een deugdelijk gezondheidsbeleid en een deugdelijke gezondheidsplanning.⁶

Indachtig de adviesrol van de Gezondheidsraad, de toezicht houdende rol van de Inspectie en de beleidsinitieërende rol van het departement van VWS mag van het departement een duidelijke rol verwacht worden ten aanzien van dit laatste punt. Voor het Staatstoezicht is een primaire rol weggelegd ten aanzien van het monitoren van de gezondheidstoestand van de bevolking en het garanderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de medische zorg. Van de

Gezondheidsraad ten slotte – als een van de vijf grote adviesorganen naast de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad), het College voor Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (voorheen College voor Ziekenhuisvoorzieningen) en het College Tarieven Gezondheidszorg (voorheen Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) – mag verwacht worden dat bijgedragen wordt aan het voorkomen van epidemieën, het beschermen van het milieu, de werkomstandigheden, het voedsel en het water, bevorderen van gezond gedrag en het leiding geven aan de ontwikkeling van een deugdelijk gezondheidsbeleid. Ten aanzien van dit laatste punt ligt voor de hand dat de Gezondheidsraad er door het departement bij betrokken wordt, zodra er behoefte is aan een gezaghebbende uitspraak inzake de stand van de wetenschap zoals bij bevolkingsonderzoek.

Voor het reageren op rampen en het mobiliseren van acties door de gemeenschap en het *outreaching* werken mag het lokale bestuur met zijn GGD aangesproken worden. Het doen van onderzoek ter ontwikkeling van nieuwe inzichten en innovatieve oplossingen is een taak van de afdelingen maatschappelijke gezondheidszorg samen met de lokale uitvoerders. Op dit terrein heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek inmiddels een initiërende rol.

Ten aanzien van punt 2, het beschermen van het milieu, de werkomstandigheden, het voedsel en het water kan gezegd worden dat de bescherming van water een van de eerste activiteiten is geweest van de hygiënisten. Recentelijk is er weer grote aandacht ontstaan in verband met de legionellose. In 1986 bracht de Raad weliswaar reeds een advies over legionellose uit (nr 1986/06), maar het wachten op een nieuwe uitspraak van de Gezondheidsraad alvorens maatregelen af te kondigen zou hier niet overbodig zijn geweest. Temeer daar een nieuw advies in voorbereiding is. Levens en genotmiddelen kregen vooral veel aandacht tijdens de Tweede Wereldoorlog en de periode daarna getuige onder meer de oprichting van de Voedingsraad.

Milieu en Leefomstandigheden kregen vooral in de laatste periode aandacht.

Risico's van menselijke activiteiten mochten zich vooral vanaf 1955 weer in de belangstelling van de Gezondheidsraad verheugen na de grote aandacht in de eerste periode waarin onder andere de Caissonziekte nog al aandacht kreeg.

Geconstateerd moet worden dat ten aanzien van het bevorderen van gezond gedrag de Gezondheidsraad geen erg prominente rol heeft gespeeld. De vraag is of dit terecht is gezien het feit dat menselijk gedrag een steeds belangrijkere rol speelt bij het ontstaan van ziekten.

Gelet op het feit dat vanaf 1919 de taak van de Gezondheidsraad beperkt was tot het adviseren van de minister is de vraag in hoeverre de adviezen van de Gezondheidsraad invloed op de ontwikkeling van een deugdelijk gezondheidsbeleid hebben gehad. Als de gezondheidsraad invloed heeft gehad op de openbare gezondheidszorg dan moet de ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg terug te vinden zijn in de historie van de Gezondheidsraad c.q. in de aard van de adviezen die in een bepaalde periode uitgebracht werden. Rigter heeft in zijn eerder genoemde proefschrift per door hem onderscheiden periode onderzocht in hoeverre de (Centrale) Gezondheidsraad invloed op het beleid heeft uitgeoefend. Wij volgen deze indeling in tijdvakken en beginnen met zijn conclusies over de periode 1902-1985.

Adviseren en besturen (1902-1920)

“Geheel in de hygiënische traditie lag het accent in de adviezen van de Raad op preventie, uiteenlopend van vaccinatie tot verbetering van voedingsmiddelen, drinkwatervoorziening, huisvesting en milieuhygiëne.” Onder de noemer preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten viel ook het thema pokkenvaccinatie. De vraag was of de in de Epidemiewet van 1872 vastgelegde indirecte vaccinatieplicht moest worden gehandhaafd. Deze plicht hield in dat niet-ingeënte kinderen geen scholen mochten bezoeken. Op advies van de Centrale Gezondheidsraad bleef deze regeling in de eerste twee decennia van de vorige eeuw van kracht. “Een ethisch en juridisch belangrijk vraagstuk dat de Centrale Gezondheidsraad in dit kader behandelde, was in hoeverre de staat, via dwang of drang, inbreuk mocht maken op de “lichamelijke integriteit” van haar burgers. Geaccepteerd was dat mensen niet ongelimiteerd mogen doen of laten wat zij willen als zij anderen daarmee in gevaar brengen. De overheid moest het collectieve belang afwegen tegen het recht van het individu te beschikken over het eigen lichaam. De moeilijke keuzes die daarbij in het geding waren, worden treffend geïllustreerd door de geschiedenis van de pokkenvaccinatie.”

Bloei tegen de verdrinking in (1920-1940)

Hoewel niet langer geacht te besturen werd de in deze periode gecreëerde Gezondheidsraad zoals wij die nu kennen toen nog wel geacht te adviseren over allerlei andere dan wetenschappelijke vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De thema's preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten en uitoefening van de geneeskunde domineerden de agenda in deze periode. “Veran-

deringen in thematiek ten opzichte van de voorgaande periode kunnen worden verklaard uit ontwikkelingen in het beleid van de rijksoverheid, in de wetenschap en in de nationale en internationale gezondheidszorg. Door de vooruitgang in de wetenschap verschoof het accent in het werkprogramma geleidelijk van preventieve maatregelen buiten de gezondheidszorg naar medische preventie in meer strikte zin. Dat uitte zich in een groeiende aandacht voor vaccins.” Een spraakmakende zaak betrof wederom het al dan niet handhaven van de indirecte vaccinatieplicht. Toen tientallen kinderen overleden aan encefalitis postvaccinalis zag de regering zich in 1928 gedwongen de uit 1872 daterende regeling op te schorten. Uiteindelijk kwam in 1939 de Inentingswet tot stand, waardoor een stelsel van wettelijk geregelde individuele drang werd ingevoerd.

Oorlog (1940-1945)

In de oorlogsperiode van 1940-1945 kon het adviescollege zijn werk weliswaar in enigszins aangepaste vorm voortzetten maar veel initiatieven nam het niet. Wel bijzonder actief was de in mei 1940 opgerichte commissie inzake de voeding. De voedingsraad redde de Gezondheidsraad in de Tweede Wereldoorlog van het lot der vergetelheid.

Impasse (1945-1955)

De periode van 1945-1955 betekende een impasse: het stelsel van de gezondheidszorg was aan vernieuwing toe, wat de noodzaak van maatschappelijke advisering en de inschakeling van vertegenwoordigers van professionele en maatschappelijke organisaties versterkte. De regering legde bepaalde vraagstukken in toenemende mate aan de in 1945 gevormde Centrale Commissie voor de Volksgezondheid voor. De taak van de Gezondheidsraad werd beperkt tot wetenschappelijke advisering. Deze limitering kreeg formeel haar beslag in de Gezondheidswet van 1956 waarin de Centrale Commissie werd omgevormd tot Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Met enige overdrijving kan men stellen dat besmettelijke ziekten de redding van de Gezondheidsraad betekenden. Ook in deze periode kreeg de pokkenvaccinatie weer de nodige aandacht.

Groei (1955-1966)

De periode van 1955-1966 was er een van groei. “In het werkprogramma van de Gezondheidsraad in deze periode bleef preventie van besmettelijke ziekten en, in

toenemende mate, van niet besmettelijke ziekten een hoofdrol spelen (vaccinatie, jodering van broodzout, drinkwaterfluoridering, ontmoediging van roken).” Belangrijke onderwerpen waren de organisatie van de tuberculosebestrijding, poliovaccinatie, drinkwaterfluoridering en stralingshygiëne.

Verbreiding van het draagvlak (1966-1985)

In de periode 1966-1985 werd gewerkt aan verbreiding van het draagvlak. De vorderingen in de wetenschap stelden de regering voor vragen en deze wendde zich grif tot de Gezondheidsraad. De onderwerpen die de Raad in studie nam waren zeer gevarieerd: welvaartsziekten, toxicologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen. “Besmettelijke ziekten bleven op de rol staan en kregen nieuwe aandacht na de ontdekking van AIDS. Preventie bleef hoog scoren, waarbij naast min of meer beproefde methoden als vaccinatie, voorziening van jodium en fluoride en collectieve voorlichting – onder de nieuwe naam gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) – nu ook bevolkingsonderzoek en erfelijkheidsvoorlichting een plaats kregen.” “Toxicologie, een groeiend aandachtsgebied in politiek, samenleving en wetenschap, werd uitgebreid met ecologie: niet altijd stond de mens meer centraal in de beschouwingen van commissies van de Raad. De belangstelling voor stralingshygiëne verflauwde niet.”

Consolidatie en erkenning (1986-2002)

De periode 1986-2002 ten slotte zou gekenschetst kunnen worden als een periode van consolidatie en erkenning: in 1997 vond, krachtens de toen uitgevaardigde Kaderwet Adviescolleges, een ingrijpende herziening plaats van het stelsel van adviescolleges ten behoeve van de Nederlandse regering. Het aantal adviesorganen werd daarbij drastisch verkleind. Een parallel aan deze operatie aangebrachte herziening van de Gezondheidswet betekende bevestiging en versterking van de positie van de Gezondheidsraad als wetenschappelijk adviescollege in het overheidsbestel. De Raad kreeg de taak om niet alleen de regering, maar ook het parlement voor te lichten over de stand van de wetenschap op de gebieden van de volksgezondheid en de milieuhygiëne. Dit werkterrein omvat sinds enkele jaren ook onderwerpen als voeding, arbeidshygiëne en beoordeling van vergunningsaanvragen voor geneeskundig bevolkingsonderzoek.

Risico's van menselijke activiteiten en het bevolkingsonderzoek vormde in deze periode evenals in de vorige belangrijke thema's op de agenda van de Gezondheidsraad. In vergelijking met de vorige periode verscheen 'uitoefening

van de geneeskunst' met 17,3% weer prominent op de agenda evenals leefomstandigheden met 5,9%.

Conclusies

Allereerst enkele conclusies zoals die getrokken werden door Rigter in zijn dissertatie uit 1992. "Wie de geschiedenis van de (Centrale) Gezondheidsraad in de jaren 1902-1985 overziet wordt getroffen door de invloed die het college op het volksgezondheidsbeleid in Nederland heeft gehad. De meeste adviezen werkten in het beleid door, zij het lang niet altijd volledig. En ook niet altijd met onmiddellijke ingang, want veel overheidsbeleid kreeg langs lijnen van geleidelijkheid vorm. De Gezondheidsraad fungeerde als een radertje in een groter geheel, maar wel een radertje aan het begin van het productieproces." "De waarde van de Gezondheidsraad is sinds 1956 keer op keer bevestigd in officiële analyses." "In eigen land is de Gezondheidsraad zonder vergelijking wat betreft onafhankelijkheid, reikwijdte, invloed op politieke besluitvorming, duurzaamheid en steun in kringen van wetenschappers." "Ook in het buitenland kent de Gezondheidsraad geen vergelijkbaar orgaan: geen van de 'Gezondheidsraden' heeft de sterke van het ministerie van Volksgezondheid onafhankelijke en door honderden wetenschappers gedragen positie verworven die de Gezondheidsraad in ons land inneemt. Gebrek aan onafhankelijkheid blijkt uit het feit dat de minister uitmaakt wie lid van zo'n raad wordt, uit stemrecht voor ambtenaren en uit het politiek getinte voorzitterschap (de minister zelf of de directeur-generaal)." Ten slotte: "De Gezondheidsraad heeft ongetwijfeld bijgedragen aan de stijging van het peil van de volksgezondheid en aan de zorg voor het milieu maar ook in andere landen zonder Gezondheidsraad werd vooruitgang geboekt. De Gezondheidsraad was dus niet onmisbaar maar hij was en is wel de enige in zijn soort".¹

Deze conclusies van Rigter over de periode 1902-1985 gelden ook nu nog steeds onverkort.

Ten aanzien van de invloed op de openbare gezondheidszorg mag geconstateerd worden dat de twee historische lijnen zoals geschetst door Rigter¹ enerzijds en Van der Maas en Mackenbach³ anderzijds parallel lopen. Niet ontkend kan worden dat in de aard van de adviezen van de Gezondheidsraad de traditionele opvatting ten aanzien van het begrip gezondheid weerspiegeld wordt: het ontbreken van ziekte. Als gevolg hiervan krijgt gezondheidsbevordering en het beïnvloeden van de sociale omgeving geen tot weinig aandacht. Ten aanzien van bevordering van gezond gedrag en sociale milieuhygiëne lijkt er nog een gat in de markt voor de Gezondheidsraad te liggen. Ook op dit terrein is er immers

behoefte aan wetenschappelijke advisering. Internationaal gezien lijkt er een groeiende belangstelling voor onderzoek naar effectieve vormen van gezondheidsbevordering c.q. omstandigheden waaronder gezondheidsbevordering effectief kan zijn. Ook risicocommunicatie, een door de Gezondheidsraad enige jaren geleden opgepakt thema, lijkt een terrein waar nog veel nuttig en dankbaar werk te verzetten valt gelet op de discrepantie die er nog wel eens is tussen de risicoperceptie door de deskundige en door het publiek.

Er zijn dus nog uitdagingen genoeg voor de jubilerende Gezondheidsraad om ook de volgende 100 jaar een relevante wetenschappelijke onderbouwing te geven voor de openbare gezondheidszorg en het hiervoor noodzakelijke onderzoek aan de universiteiten en in het praktijkveld tot wederzijds belang te stimuleren.

Noot

- # Waar citaten niet van een literatuurverwijzing zijn voorzien, zijn ze ontleend aan het proefschrift van Rigter.¹

Literatuur

- 1 Rigter RBM. Met Raad en Daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Rotterdam: Erasmus Publishing Rotterdam, 1992.
- 2 Querido A. Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1965.
- 3 Maas van der PJ, Mackenbach JP. Volksgezondheid en gezondheidszorg. (2e druk). Maarssen: Elsevier Bunge, 1999.
- 4 Acheson D. Public Health in England. London: HMSO, 1988.
- 5 Last JM (ed). A dictionary of epidemiology. (4th edition) Oxford: Oxford University Press, 2001.
- 6 Pencheon D e.a. (eds). Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford: Oxford University Press, 2001.

De Gezondheidsraad en het milieubeleid

Signaleren, onderbouwen en oordelen over wetenschappelijke basis milieubeleid

A Wijbenga, H Eijsackers

ArenA 2003; februari: 10-3

Al honderd jaar (september 2002) staat de Gezondheidsraad bekend als dé autoriteit aangaande de stand van kennis op het gebied van de volksgezondheid. Maar sinds de vijftiger jaren speelt de Raad ook een initiërende en beoordelende rol op milieugebied. Niet alleen heeft de Raad de wetenschappelijke basis gelegd voor sectorale wetgeving (water, geluid, lucht, zwemwater etc.), maar ook zijn veel belangrijke adviezen verschenen over carcinogeniteit, mutageniteit en teratogeniteit van stoffen; uitgangspunten voor normstelling; ecotoxicologische risico-evaluatie van stoffen. De adviezen geven een verschuiving te zien van sectoraal naar meer integraal. De aandacht voor ecosystemen is na een opleving in de jaren tachtig en negentig wat teruggelopen. Dit artikel geeft een overzicht van het werk van de Raad voor het milieubeleid in combinatie met natuur, speciaal in relatie tot toxische stoffen.

De ontwikkeling van de milie advisering van de Raad

De betekenis van de Gezondheidsraad voor het milieubeleid laat zich aflezen aan zijn adviezen en rapporten. Over de geschiedenis van de Raad van 1902 tot 1985 verscheen een proefschrift¹ en een studie over de Raad in relatie met de ontwikkeling van het milieubeleid tussen 1970-1992.² In 1994 heeft de Raad een overzicht van alle verschenen publicaties vanaf 1955 gepubliceerd en in 2000,

gevraagd door de minister van VROM, is een advies uitgebracht over de invloed van milieufactoren op de gezondheid. Kader 1 geeft informatie over de Raad.

Kader 1 Werkwijze Gezondheidsraad

De Raad adviseert de regering op het gebied van volksgezondheid en milieu op basis van de stand van de wetenschap, vaak in antwoord op vragen van een minister. Dat is meestal de Minister van VWS, maar vaak ook van VROM en soms van SZW, BZK, LNV of VenW. Ook ongevraagd worden signalerende studies of adviezen uitgebracht.

De adviesaanvraag wordt beantwoord door een (tijdelijk) ingestelde commissie, multidisciplinair samengesteld uit Nederlandse deskundigen van binnen en buiten de Raad met soms buitenlandse deskundigen. Een concept advies wordt getoetst door één of meer van de (vaste) Beraadsgroepen van de Raad; voor het milieuveld de Beraadsgroep Gezondheid en Omgeving en de Beraadsgroep Ecotoxicologie. Voor een overzicht van alle activiteiten van de Raad wordt verwezen naar de website www.gr.nl.

Ten aanzien van de milieu advisering is een duidelijke ontwikkeling waar te nemen. Aanvankelijk ging het vooral om milieuhygiënische adviezen (begin 1900 al over drinkwaterkwaliteit en effecten van stof door het verkeer¹), later kwamen daar praktische adviezen in de vergunningensfeer bij. In de zeventiger jaren is de milieuproblematiek aanleiding tot veel adviezen over water- bodem- en vooral luchtverontreiniging. Dit wordt gevolgd door een hele serie adviezen over de effecten van allerlei stoffen, in gang gezet door de discussie in de zestiger jaren over de ‘klassieke’ milieucontaminanten DDT en de drins. Maar ook over de methodologische aspecten van normstelling en milieuonderzoek heeft de Raad uitvoerig gerapporteerd, met name in de toxicologische en ecotoxicologische hoek.

Een verdere ontwikkeling is de verbreding van sterk sectorale adviezen gericht op bepaalde milieuproblemen, naar meer integrale adviezen. Om de hierboven zeer globaal geschetste ontwikkeling op een tijdas te plaatsen is hieronder (kader 2) een aantal verschenen adviezen toegelicht met een korte indicatie van de aangesneden onderwerpen.

Kader 2

Globale ontwikkeling in de adviezen en rapporten van de Gezondheidsraad

- Vanaf 1900 aandacht voor milieuhygiëne (drinkwater/cholera; stofwolken/ autoverkeer)
- Vijftiger jaren veel concrete milieuvergunningen (bouw/straling; fluoridering drinkwater)
- Jaren zestig ‘klassieke’ milieucontaminanten: drins en DDT
- Jaren zeventig opkomst milieubeleid, maar adviezen nog sterk milieuhygiënisch (geluidhinder, lawaaibestrijding, zwemmen oppervlaktewater)
- Eind jaren zestig en begin zeventiger jaren veel aandacht voor luchtverontreiniging
- 1976: eerste advies waarbij naast mens ook andere organismen centraal staan
- Eind zeventiger jaren adviezen over methodologie toxicologie
- Rond 1980 veel stofgerichte adviezen (individuele stoffen, maar ook normstelling)
- In 1987 eerste gecombineerde aandacht voor stoffen, milieuhygiëne en ecologische consequenties
- In 1997 eerste aandacht voor ethische kanten van milieuonderwerpen (beschermwaardigheid hogere organismen)

Aandacht voor ecosystemen en ecotoxicologie

In de zeventiger jaren kwam de eerste aandacht voor de ecologische kanten van de milieuproblematiek toen een commissie zich boog over de vraag hoe kritische indicatoren te selecteren zijn om de kwaliteit van aquatische ecosystemen te beschrijven. Hoe complex deze materie was blijkt wel uit het feit dat eerst tien jaar later (!) het advies “Ecologische normen waterbeheer” uitkomt.

Een echte gecombineerde en verbrede benadering werd in 1987 vastgelegd in het advies “Het Sein op Groen; activiteiten van de Gezondheidsraad gericht op de bescherming van de gezondheid van mens en milieu”. De Raad wil meer aandacht geven aan de bescherming van de gezondheid van mens en het milieu en zich daarmee niet langer alleen (direct of indirect) bezighouden met vraagstukken (diagnose en therapie) op het gebied van de volksgezondheid.

Er zijn in die periode echter nog weinig praktische aanknopingspunten, behalve normstelling, om de risico’s van toxische stoffen voor het milieu, of

enger, ecologische risico's te beoordelen. De allereerste pogingen betreffen Ecologische normen waterbeheer (1984).

In 1987 verschijnt het advies "Ecotoxicologie: visies van 31 betrokkenen". Na de Visie volgt een advies over de stand van kennis op het gebied van de ecotoxicologie in Nederland.

Veel deskundigen uit dit gezelschap vormen daarna de Commissie "Ecotoxicologie op koers" en later de "Beraadsgroep Ecotoxicologie". Binnen de gevestigde orde van de (medische) Gezondheidsraad is dit een beetje een 'andere' eend in de bijt; jonge, zeer bevroegen en betrokken wetenschappers, die willen participeren in de advisering en uitgebreide tekstvoorstellen aandragen. De adviezen kenmerken zich ook door een sterke insteek vanuit het voorzorgsprincipe. De bescherming van ecosystemen als een waarde op zich, staat hoog in het vaandel. Het systeem van referentiewaarden en streefwaarden wordt, vanuit preventieve uitgangspunten, nadrukkelijk ondersteund.

In 1988 verschijnt het advies "Ecotoxicologische risico-evaluatie van stoffen", de wetenschappelijke basis voor een aantal beleidsontwikkelingen in binnen- en buitenland. Voor aquatische ecosystemen ontwikkelde Kooijman een populatiebiologisch model om effecten van toxische stoffen te beoordelen, later door Van Straalen uitgewerkt voor terrestrische ecosystemen.³⁻⁵ Hun 'statistische' benadering van de gevoeligheidsverdeling tussen soorten en hoe dit te hanteren voor het beleid, maakte veel discussie los: van "uiterst bruikbaar" tot "dit heeft niets meer met ecologie te maken".

De discussie, tussen wetenschappers onderling en wetenschappers en beleidsmakers (nationaal en internationaal) speelde een belangrijke rol in het advies over extrapolatiemethoden voor de ecotoxicologische normstelling, nu uitgemond in een internationaal tekstboek "Species Sensitivity Distributions in Ecotoxicology".⁶

Een overzicht van de ecologische/ecotoxicologische adviezen en rapporten staat in kader 3.

De betekenis van de Raad voor het milieubeleid

Over de betekenis van de Raad is ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan een studie verschenen getiteld: De Paradox van wetenschappelijk gezag; over de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad.⁷

De Raad adviseert in het algemeen (meestal) ter ontwikkeling en onderbouwing van het beleid. De meeste adviezen spelen een rol bij de eerste fasen uit de beleidscyclus van Winsemius: probleemsignalering en beleidsformulering.

Kader 3 Ecologische/ecotoxicologische adviezen en rapporten

1984/37	Ecologische normen waterbeheer 1.
1987/7	Ecotoxicologie. Visies van 31 betrokkenen.
1987/10	Ecotoxicologisch Onderzoek in Nederland.
1988/28	Ecotoxicologische risico-evaluatie van stoffen.
1988/06	Ecologische normen waterbeheer 2. Keuze van de parameters.
1989/21	Ecologische normen waterbeheer 3. Beschrijving van de parameters.
1991/11	Ecotoxicologische extrapolatiemethoden.
1991/17	Kwaliteitsparameters voor terrestrische en aquatische bodem-ecosystemen. Een selectie van hanteerbare ecotoxicologische toetsen.
1993/04	Doorvergiftiging: toxische stoffen in voedselketens.
1994/13	Ecotoxicologie op koers.
1995/07	Het project Integrale normstelling Stoffen (INS)
1996/11	Risico's van bestrijdingsmiddelen voor grondwater-ecosystemen.
1997/14	De voedselwebbenadering in de ecotoxicologische risico-beoordeling.
A97/01	De beschermwaardigheid van hogere organismen en milieuverontreiniging. Een verkennende notitie.
1997/34	Zink
1999/13	Hormoonontregelaars in ecosystemen.
2000/03	Atmosferische verspreiding van gewasbeschermingsmiddelen.
2000/07	Veldonderzoek voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen.
2000/25	Hinder van nachtelijk kunstlicht voor mens en natuur.
2001/17	Milieurisico's van geneesmiddelen.
2001/25	Microbiële risico's van zwemmen in de natuur.
2002/17	Advieswaarden voor PCB's in bodem en sediment ter bescherming van ecosystemen

Op het gebied van de milieuwetgeving is veelvuldig een beroep gedaan op de Raad.² In de beschreven periode 1970 tot 1992 ging het vooral om adviezen over milieugevaarlijke stoffen en luchtverontreiniging, die de basis legden voor sectorale wetgeving. Bij de normstelling van milieugevaarlijke stoffen is in alle gevallen de lijn van de Raad door het beleid gevolgd. Sprekend is de gang van

zaken rond de commissie over CO₂. De adviezen uit 1983 en 1986 vormden de basis voor de Nota Energiebeleid en Kolen. De hele commissie "verhuisde" naar de Koninklijke Academie van Wetenschappen toen het accent vooral kwam te liggen op onderzoek. Ook is de rol van de Raad voor de ecotoxicologische bijdrage aan het milieu- en natuurbeleid beschreven.⁸

De Raad heeft ook vele signaleringen, rapporten of adviezen op eigen initiatief uit gebracht; en speelt daarbij primair een signalerende rol. Dit betrof onder andere de onderwerpen als: de beschermwaardigheid van hogere organismen en het advies over hormoonontregelaars in ecosystemen.

Adviezen specifiek gericht op de uitvoering van het beleid, werden al uitgebracht in de jaren vijftig en zestig toen de Raad sterk betrokken was bij de vergunningverlening op stralingsgebied. Latere adviezen voor de uitvoering van beleid waren b.v. de adviezen over de toepasbaarheid van het beoordelingssysteem Integrale Normstelling van Stoffen.

Om de rol van de Raad in de verschillende fasen van de beleidscyclus nog wat verder uit te werken volgens hieronder twee voorbeelden: zwemwater en zink.

Zwemwater

De adviezen over zwemwater hebben een rol gespeeld bij de Nederlandse inbreng voor de EG-richtlijn (1975) en de inwerkingtreding van de Wet Hygiëne en Veiligheid Zwemgelegenheden in 1984. Evenals in de vroege geschiedenis van de Raad was de invalshoek de bescherming van de mens tegen pathogene micro-organismen. Het advies "Microbiële risico's van zwemmen in de natuur" uit 2001 is echter breder opgezet dan het signaleren van het vóórkomen van mogelijke pathogene organismen en het opstellen van advieswaarden. Zwemmen in natuurwater brengt risico's met zich mee, niet alleen vanwege de door de mens veroorzaakte toename van vooral fecale pathogenen, maar ook omdat het natuurzwemwater een ecosysteem is, waarin van nature allerlei (schadelijke) organismen aanwezig (kunnen) zijn. Verstoring van die ecosystemen, die bloei van cyaanbacteriën of explosieve groei van *Trichobilharzia ocellata* (een veroorzaker van zwemmersjeuk) mogelijk maakt, kreeg hierbij aandacht. Gesignaleerd is dat de toxinen van cyaanbacteriën, zoals microcystine, meer aandacht en onderzoek behoeven.

In het advies is gekeken naar de fasen van beleidsuitvoering en beheersing. Nieuw hierbij is de introductie bij dit onderwerp van de veiligheidsketen (proactie; preventie; preparatie; repressie; nazorg). Tot nu toe werd deze veilig-

heidsketen alleen gebruikt bij externe veiligheid (opslag, gebruik en transport van gevaarlijke stoffen) en bij de rampenbestrijding.

Dit advies vormde de basis voor de Nederlandse inbreng in de discussie over zwemwater binnen de EU.

Zink

Een advies over stofdocumenten dat bijzondere aandacht kreeg was het advies over zink. Hier was de rol van de Raad niet die van signaleerder of voorbereider. In dit geval ging het om kwaliteitsbeoordelaar én bemiddelaar in een discussie tussen onderzoek (RIVM), beleid (VROM) en maatschappelijke stakeholder (Zinkindustrie).

De Raad moest het door het RIVM opgestelde Basisdocument Zink beoordelen, waarin een gezondheidskundige advieswaarde was afgeleid voor de blootstelling van mensen aan zink. Hierbij werd een optimum gevonden tussen een tekort en overmaat aan zink. De afleiding van een waarde voor ecosystemen stuitte bij de commissie op principiële problemen. De opstellers van het basisdocument gebruikten alleen gegevens over de toxiciteit voor afzonderlijk bestudeerde proefdiersoorten en pasten vervolgens de “Aldenberg en Slob”-methode toe om te extrapoleren naar een veilig geachte waarde voor ecosystemen. [Deze methode is gebaseerd op basis van eerder door de Raad uitgebrachte adviezen over ecotoxicologische extrapolatiemethoden (1988 en 1991).]

Ook de door de industrie gebruikte methode [Optimale Concentratieband voor Essentiële Elementen (OCEE), in combinatie met een verregaande adaptietheorie] werd door de commissie verworpen.

Tussen onderzoekers van enerzijds de overheid en anderzijds het bedrijfsleven was een dispuut gerezen over de vraag welke milieuconcentraties van zink wenselijk en aanvaardbaar waren. Dit liep zo hoog op dat zij elkaar bij de rechter troffen; reden voor de Raad om in dit geval geen ambtelijke adviseurs te laten participeren in de commissie.

De Raadscommissie meende dat een essentiële stof als zink een benadering vereist, die recht doet aan diens rol in ecosystemen. Een fysiologische noch een toxicologische benadering voldoen hieraan; een combinatie van milieufactoren, inclusief het van nature voorkomende sporenelement zink, vormen de bestaansvoorwaarden voor afzonderlijke soorten. Juist de verscheidenheid aan bestaansvoorwaarden heeft geleid tot een grote verscheidenheid aan soorten en ecosystemen; iedere soort heeft een eigen, unieke combinatie van milieufactoren. Geringe veranderingen in zinkgehalten kunnen al leiden tot wezenlijke veran-

deringen in de soortensamenstelling van een ecosysteem. Op evolutionaire schaal is het tempo van veranderingen ten gevolge van emissies van, bijvoorbeeld, zink naar het milieu zondermeer hoog te noemen. Ook tussen verschillende ecosysteemtypes in ons land verschilt het ‘natuurlijke’ zinkgehalte: een ideale (=generieke) advieswaarde voor zink zou geen recht doen aan deze natuurlijke variatie. Deze ecologische beschouwing gaf de aanzet tot een nieuwe benadering van essentiële elementen en de ‘natuurlijke’ achtergrond(en) van een stof.

De Raad organiseerde een workshop over het conceptadvies om belanghebbenden te “horen”, een voor het opstellen van een milieuvan advies ongekende gebeurtenis. Mede op basis van deze workshop kwamen partijen weer “on speaking and working terms” en hebben ze constructief bijgedragen aan een vervolgworkshop “Onderzoek naar essentiële elementen ten behoeve van milieukwaliteitsnormering in Nederland”.⁹

Van het verleden naar de toekomst

In het honderdjarig bestaan van de Raad zijn vele adviezen en rapporten verschenen, ook over het milieu. Opvallend is (kader 2) dat over de gehele periode milieuvan adviezen zijn uitgebracht, met een duidelijke verhoogde productie tussen 1985-1997, grotendeels overeenkomend met het voorzitterschap van Ginjaar (1985-1996). Met zijn komst en daarna met zijn opvolgers Sixma en Knottnerus, kwam er meer aandacht voor het milieubeleid gericht op de bescherming van ecosystemen.

De onderwerpen op milieugebied waarover de Raad heeft geadviseerd, hebben echter nog nauwelijks aan actualiteit ingeboet. Het eerste in 1983 uitgebrachte advies van de Raad over de CO₂-problematiek is nu nog even actueel in de discussie over klimaatveranderingen.

De aandacht voor bestrijdingsmiddelen vanaf de jaren zeventig is eveneens actueel. Bestrijdingsmiddelen worden nog frequent aangetoond in regenwater, evenals normoverschrijdingen in aquatische ecosystemen.^{10 11}

In de vroege geschiedenis van de Raad wordt al melding gemaakt van stofwolken door auto’s, gevolgd door vele rapporten over luchtverontreiniging, inclusief fijn stof. De hardnekkigheid van de meeste milieuproblemen maakt dat de genoemde onderwerpen als bestrijdingsmiddelen en fijn stof actueel blijven en dat daarnaast kernbegrippen als duurzaamheid en leefomgevingkwaliteit de trend van meer geïntegreerde benaderingen versterken.

De focus van de Raad is en blijft de bescherming van de gezondheid van de mens.

De aandacht voor de bescherming van ecosystemen die vooral in de jaren negentig opkwam verslapt enigszins. De maatschappelijke aandacht gaat nu meer uit naar milieu als determinant voor de gezondheid van de mens, zie de adviezen over “De ongerustheid over lokale milieufactoren” en het (brede) advies “Gezondheidsraadadviezen over de invloed van milieufactoren op de gezondheid”. Versterkte aandacht voor de mens (en verminderde aandacht voor de bescherming van de ecosystemen), kan worden afgeleid uit het advies over hinder van nachtelijk kunstlicht voor mens en natuur en het advies over zwemwater.

Duurzaamheid en leefomgevingkwaliteit zijn de kernbegrippen in het huidige milieubeleid, met de mens centraal en als belangrijkste element.

Toch verdient de bescherming van ecosystemen onze blijvende aandacht. Niet alleen de mens verstoort ecosystemen.¹² Ook natuurlijke klimaatwijzigingen en vulkaanuitbarstingen beïnvloeden ecosystemen. Vanuit een dynamische ecosystemevisie zal de natuur nooit in evenwicht zijn omdat veranderingen en verstoringen normaal zijn.

De achteruitgang van de biodiversiteit blijft echter een verontrustend gegeven. De beïnvloeding van ecosystemen door de mens kan leiden tot een plotselinge ineenstorting van ecosystemen bij overschrijding van een kritische grens.¹³ Aandacht voor de bescherming van ecosystemen is daarom nog steeds nodig. Uiteindelijk is de mens voor voedsel, water en zuurstof afhankelijk van ecosystemen.

De Raad heeft hierbij voor Nederland een duidelijke rol gespeeld en moet deze rol, gezien de belangen die op het spel staan, zeker voortzetten.

Literatuur

- 1 Rigtter RBM, 1992. Met Raad en Daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985. Proefschrift Rotterdam.
 - 2 Schaap HJA, 1992. De gezondheidsraad en de ontwikkeling van het milieubeleid. Een studie over de betekenis van de Gezondheidsraadadviezen voor het milieubeleid in de periode 1970-1992. VROM.
 - 3 Kooijman SALM, 1987. A safety factor for LC₅₀ values allowing for differences in sensitivity among species. Water Research 21: 269-276.
 - 4 Straalen NM van, 1987. Stofgehalten in de bodem (geen) effecten op bodemdieren. In Symposium bodemkwaliteit, 10 dec.1986. VROM VTCB M86/44: 75-84.
 - 5 Straalen NM van, 1992. Ecologische receptoren voor milieugevaarlijke stoffen, (inaugurale rede) Amsterdam Vrije Universiteit.
-

- 6 Posthuma L, GW Suter II en ThP Traas. (Eds) 2002. Species Sensitivity Distributions in Ecotoxicology. SETAC Publ. Bac. Raton US 587 pp.
- 7 Bal R, WE Bijker, R Hendriks, 2002. Paradox van wetenschappelijk gezag. Over de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad. Gezondheidsraad. Den Haag.
- 8 Eijsackers H, 1994. De ecotoxicologische bijdrage aan het milieu- en natuurbeleid. Milieu. 9(3): 98-110.
- 9 Sijm D en anderen, 1999. Verslag van de Workshop Onderzoek naar essentiële elementen etc. Den Haag. VROM. SNV/SN/0636.
- 10 Provincie Zuid-Holland, 1994. Bestrijdingsmiddelen in regenwater in de provincie Zuid-Holland. Dienst Water en Milieu: Provincie Zuid-Holland.
- 11 Leeuwen CJ van en R Faasen. 1997. Pesticiden. Milieunormen en normoverschrijdingen. Milieu 12(2): 69-79.
- 12 Wijbenga A en O Hutzinger. 1984. Chemicals, Man and the Environment. Historic perspective of pollution and related topics. Naturwissenschaften 71: 239-246.
- 13 Scheffer M en anderen, 2001. Catastrophic shifts in ecosystems. Nature 413: 591-596.

De Gezondheidsraad: honderd jaar adviezen over gezondheid en milieu

A Wijbenga, H Eijsackers
Milieu 2002; 3: 136-9

Op 1 oktober jongstleden bestond de Gezondheidsraad precies een eeuw. In deze bijdrage wordt kort stilgestaan bij de werkwijze van de Raad en zijn adviezen op milieugebied.

Werkwijze van de Raad

De Gezondheidsraad adviseert de regering over vraagstukken op het gebied van volksgezondheid en milieu op basis van de stand van de wetenschap. Dat doet de Raad met behulp van een eigen secretariaat en met vele deskundigen op allerlei gebied, die zich beschikbaar stellen voor de werkzaamheden in commissies en 'beraadsgroepen'.

De adviezen die de Raad uitbrengt zijn vaak antwoorden op vragen van een minister. Dat is meestal de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maar vaak ook die van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, en soms die van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, of Verkeer en Waterstaat. Maar ook ongevroegd worden signalerende studies of adviezen uitgebracht. De adviesaanvraag van een minister wordt beantwoord door een meestal tijdelijk voor dat onderwerp ingestelde commissie. Een commissie is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit deskundigen van binnen en buiten de Raad, soms ook uit het buitenland.

Een conceptadvies wordt ter toetsing voorgelegd aan één of meer van de (vaste) beraadsgroepen van de Raad. Voor het milieuveld zijn van belang: de beraadsgroep

‘Gezondheid en Omgeving’ en de beraadsgroep ‘Ecotoxicologie’. De beraadsgroepen geven een eerste oordeel en bewaken de wetenschappelijke kwaliteit en consistentie van advisering binnen de Raad. Een commissie is onafhankelijk maar kan haar voordeel doen met de opmerkingen van een beraadsgroep. Het definitieve advies gaat met een begeleidende brief van de voorzitter van de Raad naar de betreffende minister. Tegenwoordig wordt vrijwel altijd ook een persbericht uitgebracht en wordt het advies in het Engels vertaald. Alle adviezen zijn openbaar.

Ontwikkeling van de milieuadvisering door de Raad

De aandacht van de Raad voor het milieu is lange tijd beperkt gebleven tot milieuhygiënische onderwerpen. De adviezen waren sterk gericht op de kerntaak van de Raad: bevordering van de volksgezondheid. De aandacht voor milieuhygiënische onderwerpen kwam pas op gang in de jaren vijftig, met adviezen over concrete milieuvergunningen en vooral bouwvergunningen in relatie met radioactieve stoffen. Een enkel advies ging over de fluoridering van drinkwater. In de jaren zestig kwamen de eerste adviezen over de nog steeds van toepassing zijnde ‘klassieke’ milieucontaminanten (drins, DDT) en over (meetmethoden voor) luchtverontreinigende stoffen (met name SO₂). Deze adviezen waren nog steeds sterk mensgericht en ingegeven door praktische vraagstellingen. De Raad adviseerde in de jaren zeventig, toen het milieubeleid sterk in opkomst was, over sectorale onderwerpen, zoals geluidhinder, lawaaibestrijding, zwemmen in oppervlaktewater, meten van luchtverontreiniging, grenswaarden voor luchtverontreinigende stoffen, bestrijdingsmiddelen, en over methodologische onderwerpen van de toxicologie.

Het eerste ecologische advies van de Raad was ‘Ecologische normen voor waterbeheer’ in 1984. Met de komst van Ginjaar als voorzitter van de Raad en het verschijnen van het advies ‘Het sein op groen’, in het midden van de jaren tachtig, werd de doelstelling van de Raad definitief verbreed van de bescherming van de mens naar bescherming van mens en milieu. Het uitgangspunt daarbij was de bescherming van ecosystemen als een waarde op zich. Hiervoor richtte de Raad zich niet alleen op de ontwikkeling van visies op de gewenste toestand van het milieu in ecologisch opzicht, en op de ontwikkeling van methoden en criteria voor de beoordeling van de toestand van ecosystemen, maar vooral op mogelijkheden, aard en vorm van ecologisch onderbouwde normstelling.

Adviezen over ecologische aspecten van het milieubeleid in combinatie met de invloed van toxische stoffen (ecotoxicologie) kwamen vooral in de tachtiger en negentiger jaren tot stand (zie kader 1). De Raad stelde in 1994 de beraadsgroep

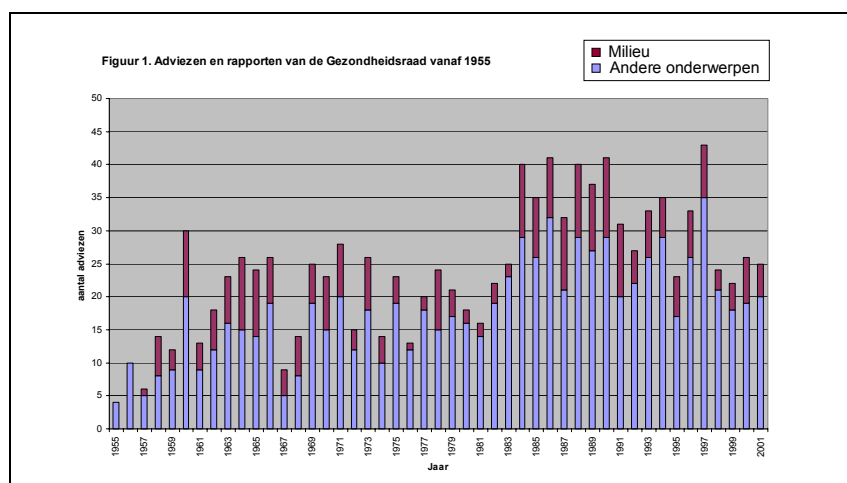
‘Ecotoxicologie’ in, om daarmee een permanent gremium te hebben met deskundigen op het gebied van ecologie, ecotoxicologie, populatiedynamica en milieuchemie.

Kader 1 Ecologische/ecotoxicologische adviezen en rapporten

1984/37	Ecologische normen waterbeheer.
1987/7	Ecotoxicologie. Visies van 31 betrokkenen.
1987/10	Ecotoxicologisch Onderzoek in Nederland.
1988/28	Ecotoxicologische risico-evaluatie van stoffen.
1988/06	Ecologische normen waterbeheer 2. Keuze van de parameters.
1989/21	Ecologische normen waterbeheer 3. Beschrijving van de parameters.
1991/11	Ecotoxicologische extrapolatiemethoden.
1991/17	Kwaliteitsparameters voor terrestrische en aquatische bodemecosystemen. Een selectie van hanteerbare ecotoxicologische toetsen.
1993/04	Doorvergiftiging: toxische stoffen in voedselketens.
1994/13	Ecotoxicologie op koers.
1996/11	Risico's van bestrijdingsmiddelen voor grondwater-ecosystemen.
1997/14	De voedselwebbenadering in de ecotoxicologische risicobeoordeling.
A97/01	De beschermwaardigheid van hogere organismen en milieuverontreiniging. Een verkennende notitie.
1997/34	Zink
1999/13	Hormoonontregelaars in ecosystemen.
2000/03	Atmosferische verspreiding van gewasbeschermingsmiddelen.
2000/07	Veldonderzoek voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen.
2000/25	Hinder van nachtelijk kunstlicht voor mens en natuur.
2001/17	Milieurisico's van geneesmiddelen.
2001/25	Microbiële risico's van zwemmen in de natuur

Met het advies ‘Beschermwaardigheid van hogere organismen’ kwam voor het eerst ook een meer ethische milieuvraagstelling aan de orde. Na de eeuwwisseling is de aandacht van de Raad voor ecosystemen weer wat verslapt en staat het milieu als determinant voor de gezondheid van de mens opnieuw centraal. Figuur 1 geeft het aantal adviezen per jaar weer vanaf 1955, inclusief het aantal milieugerelateerde. Over de gehele periode zijn jaarlijks milieuvragen uitgebracht, maar tussen 1985

en 1997 was er een duidelijk verhoogde productie. Deze periode komt grotendeels overeen met het voorzitterschap van Ginjaar (1985-1996).



Betekenis van de Raad voor het milieubeleid

Dat de Raad van grote betekenis is voor de volksgezondheid lijkt evident, maar ook voor het milieubeleid is de Raad van groot belang geweest. Sinds de vijftiger jaren speelt de Raad ook een initiërende en beoordelende rol op milieugebied. De Raad heeft in zijn honderdjarig bestaan een belangrijke bijdrage geleverd aan een verbetering van de milieuhygiëne, en aan de ontwikkeling en onderbouwing van het beleid inzake milieugevaarlijke stoffen. Hiermee is de basis gelegd voor wetgeving op allerlei terrein, zoals de (zwem)water- en luchtkwaliteit, geluid, etc. Ook op het gebied van de methodologie zijn veel richtinggevende adviezen uitgebracht, bijvoorbeeld met betrekking tot de carcinogeniteit, mutageniteit en teratogeniteit van stoffen, en uitgangspunten voor normstelling.

Voor de ecologische advisering gaf de Raad de aanzet tot nieuw beleid en ecotoxicologische normstelling. Bij het advies over zink gaf de Raad een duidelijke richting voor het beleid inzake essentiële stoffen, en startte hij een discussie over 'natuurlijke' achtergrondconcentraties en de ecologische betekenis hiervan.

Wat voor rol de Gezondheidsraad in de toekomst voor het milieubeleid kan hebben, hangt af van de maatschappelijke belangstelling voor het milieu. De directe leefomgeving en de gevolgen van grootschalige milieuproblemen voor de mens zullen hierbij naar verwachting de meeste aandacht opeisen.

100 jaar Gezondheidsraad; een adviescollege van parlement en regering over de stand van de wetenschap

H Kraak

Voeding nu 2002; september: 9-12

Het oudste adviesorgaan van de regering en het parlement viert dit jaar zijn honderdste verjaardag. Tijdens een bijeenkomst in de Ridderzaal blikken de betrokkenen terug op een eeuw advisering over volksgezondheid en kijken ze vooruit naar wat van de Gezondheidsraad te verwachten valt in de komende eeuw. Voeding was en is een belangrijk onderwerp in de adviezen van de Gezondheidsraad.

De eerste jaren van de Gezondheidsraad, toen nog Centrale Gezondheidsraad genoemd, verliepen niet vlekkeloos. De raad had van de regering de taak van het Staatstoezicht op de volksgezondheid gekregen en hij moest de regering op dit terrein bijstaan door onder meer het geven van advies. In de praktijk bleek deze constructie van besturen en adviseren niet goed te werken en leidde tot gesteggel over verantwoordelijkheden tussen regering en raad. Het was dan ook nog zoeken naar de juiste weg.

Veldwachters en kermisviolisten waren keurmeester

Tot 1920 waren de meeste adviezen gericht op besmettelijke ziekten en had zo'n 15 procent van de voorstellen betrekking op levens- en genotmiddelen. Een belangrijk onderwerp in deze periode was de controle op de hygiënische

kwaliteit van voedingsmiddelen, in het bijzonder vlees. Er vonden veel vergiftigingen plaats, soms met dodelijke afloop. Slechts enkele gemeenten hadden een regeling voor de keuring van vlees, maar ook in die gevallen bleek het toezicht ontoereikend omdat de keurmeesters niet professioneel waren. Iedereen leek er voor in aanmerking te komen, van de veldwachter tot de kermisviolist. De regering koos uiteindelijk niet voor een door de raad voorgestelde landelijke keuringsdienst – mede uit financiële motieven – maar voor plaatselijk toezicht, dat werd gecoördineerd op landelijk niveau. In 1919 kwam de Vleeschkeuringswet tot stand, waarmee uiteindelijk de praktijk werd gevolgd die al aan de gang was.

Foute Amerikaanse vetten bewerkt voor consumptie

Ook adviseerde de raad in deze tijd een Rijkskeuringsdienst van Waren in het leven te roepen die kon toezien op de kwaliteit van levens- en genotmiddelen. Er was tot dan toe maar weinig geregeld op hygiënisch gebied van voedingsmiddelen. Zo ontdekte het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid in 1912 dat oneetbare dierlijke vetten uit Canada en de Verenigde Staten zodanig waren bewerkt dat ze toch voor menselijke consumptie geschikt leken. Alleen een centrale landelijke keuringsdienst zou dit soort praktijken weten te voorkomen, aldus de Centrale Gezondheidsraad. Toch koos de regering in 1919 ervoor, bij de oprichting van een algemene Rijkskeuringsdienst van Waren, deze decentraal te laten werken.

Illustratief voor de verhouding tussen Centrale Gezondheidsraad en de toenmalige regering was het advies over sacharine. De consumptie ervan nam in het begin van de vorige eeuw sterk toe ten koste van het gebruik van suiker, want het was stukken goedkoper. Suiker, dat gezien werd als een belangrijke voedingsstof, zou volgens de raad goedkoper moeten worden om het gebruik van sacharine – zonder enige voedingswaarde – terug te dringen. Dat kon volgens de toenmalige voorzitter van de raad door de accijns op suiker te verlagen. De regering bleek ook welgezind om de consumptie van echte suiker weer een impuls te geven, maar de angst voor de dalende belastinginkomsten leidde ertoe dat het voorstel van de raad niet werd opgevolgd. De regering zag meer in een voorlichtingscampagne.

Helder advies. Uiteindelijk voldeed de Centrale Gezondheidsraad met zijn vele taken niet aan de verwachting. In 1919 kwam er een einde aan en werd de Gezondheidsraad de opvolger, die alleen tot taak kreeg de regering en het parlement te adviseren over volksgezondheid. In de volgende jaren kwam de nadruk

steeds meer te liggen op het wetenschappelijke karakter van de advisering, waarbij maatschappelijke en politieke ontwikkelingen niet uit het oog werden verloren. De voorzitter kreeg een zwaardere taak. In zijn eentje kon deze nu de adviserende commissies samenstellen. En, zoals ook nu nog het geval is, kon de voorzitter in zijn aanbiedingsbrief bij adviezen aan de regering of het parlement een afwijkend standpunt over een advies weergeven. 'Een wetenschappelijk advies moet zo helder en eensluidend mogelijk zijn', zegt Jo Hautvast, sinds 1996 een van de twee vice-voorzitters van de Gezondheidsraad. 'Soms komt echter in het proces tussen de verschillende leden van een commissie een verschil van mening naar voren, daar kun je dan bijvoorbeeld de minister nog even op wijzen. Dat geeft de voorzitter, maar ook de raad, een grotere mate van onafhankelijkheid.'

De Gezondheidsraad die na de invoering van de nieuwe Gezondheidswet in 1920 begon, kreeg in de crisisjaren tot de Tweede Wereldoorlog te maken met veel bezuinigingen. Desondanks kwamen er in twintig jaar zo'n 344 adviezen af waarvan 11 procent betrekking had op voeding. Vooral de samenstelling van het voedselpakket kreeg veel aandacht omdat de crisis veel armoede veroorzaakte, waardoor de regering maatregelen moest nemen om ondervoeding te voorkomen. Steeds minder mensen kregen via hun voeding vlees, melk, boter en eieren binnen. Daar stond een eenzijdige inname van brood tegenover. De Commissie voor zaken betreffende voedings- en genotmiddelen van de Gezondheidsraad adviseerde om aan het brood dierlijke eiwitten in de vorm van vollemelkpoeder te laten toevoegen. De regering koos voor de toevoeging van halfvollemelkpoeder, omdat volle het brood te duur zou maken. Een voorstel van het Ministerie van Landbouw en Visscherij om aardappelmeel in plaats van tarwemeel in brood te gaan gebruiken wees de commissie af omdat daarmee het brood te weinig eiwitten zou gaan bevatten. Uit een onderzoek naar de voedingstoestand van de bevolking in relatie tot de economische crisis, dat de Gezondheidsraad eind jaren dertig liet uitvoeren, kwam naar voren dat de mate van ondervoeding er in Nederland nog mee door kon.

Tweede Wereldoorlog. De Duitsers wilden tijdens de bezettingsjaren de rust en orde in de bevolking bewaren, onder meer door de gezondheid van de Nederlanders op peil te houden. Het Staatstoezicht op de volksgezondheid en de Gezondheidsraad konden hun werk dan ook in aangepaste vorm voortzetten. De voorzitter van de Gezondheidsraad stelde in mei 1940 een speciale 'Commissie inzake de voeding' in. De voedingsadviezen van de raad kwamen nu terecht bij

de directeur-generaal van de Voedselvoorziening, tevens hoofd van het Rijksbureau voor de voedselvoorziening in oorlogstijd.

De bezetter zat echter niet zozeer te wachten op wetenschappelijk advies van de Gezondheidsraad als wel op meer praktisch gericht advies rond de voedings-toestand van de bevolking. Daarbij kwamen ook andere overheidstaken rond voeding, zoals de zorg voor voldoende levensmiddelen, het geven van voldoende voorlichting over voedselbereiding en het toezicht houden op de deugdelijkheid van levensmiddelen.

De Commissie inzake de voeding bepaalde het gezicht van de Gezondheidsraad en werd al spoedig Voedingsraad genoemd. Het merendeel van de adviezen van de Gezondheidsraad had immers betrekking op levens- en genotmiddelen, ruim 70 procent. Hoewel de toenmalige voorzitter van de Gezondheidsraad moest laveren tussen het uit de weg gaan van een conflict met de bezetter en het vermijden van collaboratie, werden de meeste voorstellen van de raad opgevolgd, zij het niet altijd van harte. Tot het begin van de hongervinter in 1944 konden voedselschaarste en ondervoeding redelijk worden voorkomen.

Bezetter was tegen ontbijt op school

De Voedingsraad stelde onder meer de voedingsschema's op. Op basis hiervan werden veel adviezen rond de samenstelling van het voedingspakket gemaakt. Zo gaf de raad het advies om kinderen op school een ontbijt te geven, wegens een geconstateerd tekort aan vitamines. De bezetter wees het van de hand, maar een advies om op school melk te verstrekken werd wel opgevolgd. Wegens distributieproblemen werd er in 1944 mee gestopt. Ook bemoeide de raad zich met oprichting van de centrale keukens die vanaf 1941 werden opengesteld om arbeiders 'bonloze bijvoeding' te geven. Er waren er 140 in Nederland.

Hoewel de Voedingsraad zich niet met politieke zaken mocht inlaten, wees de raad een plan af waarin werd voorgesteld om mensen die waren vrijgesteld van de tewerkstelling in Duitsland een stempel op hun stamkaart te geven. Met deze kaart konden onder meer distributiebonnen worden gehaald. De Duitse autoriteiten hoopten zo het verzet tegen de tewerkstelling te breken. De Duitsers sloegen het advies in de wind, maar het plan mislukte alsnog omdat de Nederlandse ambtenaren niet aan de stempelactie meewerkten.

De voorloper van het Voedingscentrum en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding, het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad, werd ook tijdens de oorlogsjaren opgericht op initiatief van de raad. Het moest zich bezighouden met

voorlichting aan de bevolking. Deze was bijvoorbeeld gericht op huisvrouwen om hen te leren om zo voedzaam mogelijk maaltijden te bereiden.

Wederopbouw. Tegen het einde van de Tweede Wereldoorlog kwamen er nauwelijks nog adviezen van de grond. Het was de hongerwinter en door de vernietigde infrastructuur konden de leden van de raad ook niet meer bij elkaar komen. Alleen degenen die in de buurt van Den Haag woonden, kwamen nog naar vergaderingen. En die bestonden onder meer uit het testen van nieuwe voedingsmiddelen, zoals dahliaknollen.

In de jaren van wederopbouw na de oorlog kwam de positie van de Gezondheidsraad in een impasse. Met de reorganisatie van de gezondheidszorg kwam de positie van de raad in het gedrang. Ook had de raad in deze tijd moeite om geschikte personen te vinden voor de verschillende commissies. Veel adviezen van de Gezondheidsraad gingen weliswaar nog over voeding, maar deze kwamen vooral op het conto van de Voedingsraad die min of meer al los van de Gezondheidsraad opereerde. De voorstellen gingen over de voedingstoestand, de voedselvoorziening en de kwaliteit en samenstelling van levensmiddelen. Pas in 1956 kreeg de Gezondheidsraad weer een nieuwe impuls door een gedreven nieuwe voorzitter, gesterkt door de nieuwe Gezondheidswet. Voedingszaken werden echter definitief ondergebracht bij de Voedingsraad, die in 1954 afsplitste van de Gezondheidsraad. Adviezen van de Gezondheidsraad die nog een link hadden met voeding, hadden onder meer betrekking op toxicologische aspecten bij de voedselproductie.

Woestijnwet. Voeding werd pas weer een vast onderdeel van de Gezondheidsraad nadat in 1995 de Voedingsraad was opgeheven. In het kader van de zogeheten woestijnwet werden veel vaste advieslichamen van de overheid opgeheven en werd per beleidsveld één adviesorgaan ingesteld. Dit had onder meer tot doel deskundigheid en belangenbehartiging beter te scheiden. De Gezondheidsraad bleef bestaan op het terrein van de gezondheidszorg. De organisatiedeskundige Pim Fortuyn die destijds de overheid adviseerde, vond deze raad erg goedkoop. En volgens hem was er ‘weinig reden om verandering aan te brengen in dit hard werkende en zijn bestaan dagelijks bewijzende advieslichaam.’

Ze zijn soms verbaasd, maar vinden het een hele eer

Het ‘goedkope’ aspect vloeide voort uit de belangenloze inzet van de vele wetenschappers die zich tot de dag van vandaag willen inzetten voor onderwerpen

waarover de raad advies geeft. ‘Mensen zeggen bijna altijd “ja” als ze benaderd worden om in een commissie van de Gezondheidsraad zitting te nemen’, zegt Jo Hautvast. ‘Ze zijn soms wel verbaasd, maar ze vinden het toch vaak een hele eer.’ Het werk dient dan ook een algemeen maatschappelijk belang. ‘Wij geven de regering en het parlement gevraagd en ongevraagd advies’, zegt Willem Bosman, de secretaris van de Beraadsgroep Voeding van de Gezondheidsraad. ‘Op onze adviezen moet door de bewindslieden worden gereageerd.’

De acht permanente beraadsgroepen volgen actief de ontwikkeling van de wetenschap en adviseren de leiding van de raad over de samenstelling van het werkprogramma. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van de kennis van 180 vaste leden van de Gezondheidsraad of putten ze uit de deskundigheid van tal van wetenschappelijke organisaties op het terrein van de volksgezondheid. ‘Bij het samenstellen van zo’n commissie gaan we meestal eerst ons netwerk langs, waarna zo’n adviesorgaan dan een steeds vastere vorm krijgt’, zegt Hautvast. ‘Natuurlijk gaan we daarbij ook na of iemand belangen heeft bij een bepaald onderwerp.’ Bosman vult hem aan: ‘Het is voorgekomen dat we een commissielid hadden dat van werkgever wisselde en bij een belangenorganisatie terechtkwam, maar dat wordt dan openlijk besproken.’

Niettemin kunnen de commissies en afzonderlijke leden ervan blootgesteld worden aan de druk van belangenorganisaties van buiten. De doelstelling ‘adviseren over de stand van de wetenschap’ zou zo onder druk kunnen komen staan. Een recent onderwerp dat er volgens Bosman in dit verband in het afgelopen decennium uitsprong, was dat over antimicrobiële groeibevorderaars. De vorming van dit advies, dat in 1998 af kwam, over het gebruik van antibiotica in veevoer (om de vleesproductie te kunnen vergroten) had de sterke aandacht van de veevoeder- en vleessector. ‘De commissieleden zijn toen van alle kanten benaderd en bestookt door de lobby van voerproducenten’, zegt Bosman. ‘We hebben toen op aandrang van het veld ook nog een *hearing* gehouden, maar zijn toch tot de conclusie van een verbod gekomen, dat is overgenomen door de regering. Wetenschap staat immers voorop. We hebben er wel van geleerd dat we in de toekomst waarschijnlijk vaker *hearings* zullen gaan houden. In het veld is altijd nog expertise aanwezig waarvan we ons op een of andere manier reken-schap moeten geven.’

Literatuur

RBM Rigter, Met raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985, Erasmus Publishing, Rotterdam 1992.

Auteurs

De in de verschillende tijdschriften verschenen publicaties over ‘honderd jaar Gezondheidsraad’ zijn vervaardigd door de volgende auteurs:

- dr RJ Bal
Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management
Gezondheidszorg, Rotterdam
 - prof. dr ir WE Bijker
Universiteit Maastricht, Faculteit der Cultuurwetenschappen, Maastricht
 - prof. dr HJP Eijsackers
Wageningen Universiteit en Researchcentrum, Alterra, Departement
Omgevingswetenschappen, Wageningen
 - mw DCM Gersons-Wolfensberger, arts
Gezondheidsraad, Den Haag
 - prof. dr HAMJ ten Have
Universitair Medisch Centrum St Radboud, Afdeling Ethiek, Filosofie en
Geschiedenis van de Geneeskunde, Nijmegen
 - dr R Hendriks
Universiteit Maastricht, Faculteit der Cultuurwetenschappen, Maastricht
 - dr WJG Hoogendijk
Geestelijke Gezondheidszorg Buitenamstel en Vrije Universiteit,
Amsterdam
-

- prof. dr J Huisman
Emeritus hoogleraar Epidemiologie en Bestrijding Infectieziekten,
Rotterdam
- prof. dr NS Klazinga
Academisch Medisch Centrum, Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam
- H Kraak
Voedingscentrum, Redactie Voeding Nu, Den Haag
- prof. dr JA Knottnerus
Gezondheidsraad, Den Haag
- prof. dr PJ van der Maas
Erasmus Medisch Centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Rotterdam
- prof. dr JP Mackenbach
Erasmus Medisch Centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Rotterdam
- dr JND de Neeling
Gezondheidsraad, Den Haag
- prof. dr F Sturmans
Emeritus hoogleraar Epidemiologie, Geertruidenberg
- dr GHM ten Velden
Gezondheidsraad, Den Haag
- mw ir A Wijbenga
Provincie Zuid-Holland, Bureau Strategie, Milieubeleid en Veiligheid, Den
Haag
- prof. dr JW Wladimiroff
Erasmus Medisch Centrum, Afdeling Klinische Genetica, Afdeling
Verloskunde en Vrouwenziekten, Rotterdam