
Preventie van hoge bloeddruk

Pagina 10

Matig zijn met keukenzout is goed voor de bloeddruk. Terughoudendheid met het gebruik van keukenzout bij de industriële bereiding van voedingsmiddelen is wenselijk. Het eten van veel groente en fruit en van magere zuivelproducten lijkt ook te helpen. Over-

gewicht, veel alcohol en lichamelijke inactiviteit zijn risicofactoren die aandacht verdienen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 18 oktober 2000 verschenen advies aan de Minister van VWS.

Aanpak van ADHD kan beter

Pagina 11

De herkenning en behandeling van kinderen met ADHD is voor verbetering vatbaar. Deze kinderen zijn, meestal al heel jong, voortdurend rusteloos, overbeweeglijk, impulsief en ongeconcentreerd. Ze stellen zichzelf en hun omgeving voor grote moeilijkheden en in veel gevallen is er sprake van een bedreigde ontwikkeling. Vaak zijn er ook andere problemen. Goede diagnostiek is nodig om te waarborgen dat kind en gezin de juiste zorg krijgen.

Er bestaan twee effectieve behandelwijzen: medicatie en intensieve gedragstherapie via ouders en leerkrachten. Voor beide is in de praktijk verbetering van het rendement mogelijk. Er is grote behoefte aan richtlijnen voor kinderartsen, gedragswetenschappers en huisartsen. Aldus de Gezondheidsraad in een op 13 november 2000 verschenen advies aan de Minister van VWS.

Advies over RSI

Pagina 14

Vooraf in de beroepsbevolking geeft het klachtensyndroom RSI veel problemen. Vaak betekent het een forse aanslag op iemands kwaliteit van leven, soms zelfs de onmogelijkheid om nog aan het arbeidsproces deel te nemen. Er is weinig bekend over de oorzaken en over effectieve methoden voor preventie en therapie. Vrijwel altijd is een complex van risicofactoren in het geding. Het voorschrijven

van absolute rust aan een RSI-patiënt verdient geen aanbeveling. Dit schrijft de Gezondheidsraad — vaststellend dat er dringend behoefte is aan wetenschappelijk onderzoek — in een op 27 november verschenen advies aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Inhoud

Pagina

In memoriam dr LBJ Stuyt	3
Signalering in perspectief	3
Cowboys op elektromagnetische velden	7
De invloed van milieukwaliteit op de gezondheid	9
Preventie van hoge bloeddruk	10
Aanpak van ADHD kan beter	11
Oppassen met foliumzuurverrijking	13
Advies over RSI	14
Ruimte voor duisternis	16
Commissie VNV	17
Adviezen Commissie WBO	18
Toxische stoffen op de werkplek	18
Organtransplantatie	19
Bioterrorisme	19
Deoxynivalenol	20
Nieuwe aanvragen	20
Ministeriële reacties	21
Verschenen	24

Colofon

GRAADMETER
Jaargang 16, nr 6,
november/december 2000
ISSN 0169-5211

GRAADMETER
is een uitgave
van de Gezondheidsraad

Redactie:
JA Knottnerus
(hoofdredacteur)
AB Leussink
(eindredacteur)

W Bosman
ASAM van der Burght
HFG van Dijk
WA van Veen

Basisvormgeving:
Hans Kentie bno, Leusden
Opmaak/secretariaat:
Jeannette van Kan
Marja van Kan

Voor suggesties,
vragen en opmerkingen
bel (070) 3406282

Overname van artikelen,
met duidelijke bronvermel-
ding, is toegestaan

Adres redactie
en abonnementen:
Gezondheidsraad
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
telefoon (070) 3407520
telefax (070) 3407523
e-mail: order@gr.nl
internet: www.gr.nl

In memoriam dr LBJ Stuyt

Groot was mijn verrassing toen ik in mei 1983 het kantoor van de Gezondheidsraad binnenkwam om kennis te maken met de organisatie die vanaf augustus in dat jaar mijn nieuwe werkkring zou worden. Ik verwachtte de voorzitter van de Gezondheidsraad aan te treffen die mij een paar maanden eerder had aangezocht voor de functie van algemeen secretaris.

Maar in plaats van prof. Haex trad mij een kleine man tegemoet met innemende lach en uitgestoken hand. Hij stelde zich voor als Stuyt, de nieuwe voorzitter van de Gezondheidsraad. Hij zei dat we dan wel vreemden voor elkaar waren, maar dat we een prachtig team zouden vormen. Daarin kreeg hij gelijk.

De manier waarop Stuyt mij in die eerste minuut van onze eerste ontmoeting benaderde, heb ik hem nadien vele malen bij anderen zien herhalen. Bemoedigende handdruk, met zijn andere hand je elleboog omvattend, persoonlijke interesse uitstralend. Stuyt was een meester in de interpersoonlijke communicatie zoals dat tegenwoordig heet. Met grotere gezelschappen, zoals de beraadsgroepen met hun formele agenda's, had hij weinig op. Zijn kracht lag in zijn charme. Met een schouderklopje van Stuyt kon een voorzitter van een moeilijke commissie weer maanden vooruit. Stuyt was dokter, in hart en nieren, maar hij had net zo goed diplomaat kunnen zijn.

Eigenlijk werd hij bij zijn benoeming tot voorzitter van de Gezondheidsraad gezien als waarnemer, als tussenpauze voor hooguit een jaar. Maar zijn stijl van werken was zo louterend voor de verkrampte organisatie die de Gezondheidsraad toen was, dat het ministerie er al snel van afzag om een opvolger te zoeken. Welhaast stilzwijgend werd de benoeming van Stuyt verlengd. Hij bleef uiteindelijk tweeënhalf jaar, ver voorbij de wettelijke leeftijdslimiet van 70 jaar.

Tussen ons bestond grote harmonie, wat niet vanzelfsprekend is voor mensen met zo verschillende maatschappelijke opvattingen. Buiten het werk zag ik hem zelden, want edelman en rentmeester zitten niet aan dezelfde tafel. Toch was er over en weer sprake van grote genegenheid. Het was ondenkbaar dat ik hem Louis zou noemen. Ik sprak hem aan met 'u', maar met de vertrouwdheid zoals ik dat lang geleden bij mijn ouders deed. Louis Stuyt was een heer. Een onafhankelijke heer van stand in publieke dienst, die zich liever verplaatste in zijn eigen auto dan in een wagen met chauffeur.

Mét de Gezondheidsraad ben ik hem veel dank verschuldigd. Ik bewaar warme herinneringen aan hem.

Henk Rigter

(Prof. dr H Rigter was in de periode 1983-1993 Algemeen Secretaris van de Gezondheidsraad.)

Canadees symposium samen met Euroscan

Signalering in perspectief

(M van Leeuwen)

Beleidsmakers zien zich niet graag voor (onaangename) verrassingen gesteld. Zij willen tijdig op de hoogte zijn van belangrijke ontwikkelingen. De Gezondheidsraad heeft al jaren een signalerende taak. Ook onze buitenlandse collega's hebben het belang van signalering ontdekt en spreken van early warning, early assessment of, beeldender: horizon scanning. Naarmate de technologische ontwikkelingen

zich in een straffer tempo voltrekken, groeit de behoefte aan vroege signalering. Sinds enige jaren bestaat een actief Europees samenwerkingsverband van horizon scanners, Euroscan, onder voorzitterschap van dr Gabriël ten Velden, secretaris bij de Gezondheidsraad. Euroscan was actief betrokken bij een onlangs in Canada gehouden symposium.

Het was een uitstekend initiatief van onze Canadese zusterorganisatie, het Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), haar 10-jarig bestaan te vieren met een symposium, georganiseerd tezamen met Euroscan, onder de titel *Early Assessment of Health Technologies – Do the risks justify the benefits?* Het antwoord op die vraag was bevestigend. Zoals alle menselijk (niet) handelen risico's met zich meebrengt, is vroege beoordeling van zich aandienende technologieën ook niet zonder risico's, maar alle sprekers en discussianten leken het erover eens te zijn dat dit geen beletsel mag vormen.

Mens en biosfeer

Dr David Suzuki opende het symposium. Hij is geneticus van huis uit, maar vooral een bekende Canadese *environmentalist* en schrijver van talloze boeken waarin hij opkomt voor de elementaire waarde van een gezond ecosysteem. Hij memoreerde hoe zijn geloof in de zegeningen van de wetenschap fundamenteel veranderde na lezing van Rachel Carson's *Silent Spring*. Zijn belangrijkste these was dat wetten die burgers schone lucht en schoon water beogen te garanderen niet werken, als we niet weten hoe de wereld werkt—en dat weten we dikwijls niet. Als voorbeeld noemde hij DDT, ooit op grote schaal toegepast omdat het effectief en veilig leek, tot jaren later bleek dat zich in vetweefsel zeer hoge concentraties ophopen. Dit verschijnsel, biomagnificatie, was destijds onbekend. CFK's werden, als inerte stoffen, geacht ideale drijfgassen te zijn, totdat na jaren hun schadelijke effecten op de ozonlaag bleken. Wij bezien, aldus Suzuki, de technologische ontwikkelingen te veel als op zich zelf staand. Hogere organisatie-niveaus hebben echter eigenschappen die niet eenvoudig volgen uit die van lagere niveaus. Onze belangrijke gezondheidsproblemen zijn ecologisch van aard, omdat wij de meest talrijke zoogdiersoort op aarde zijn en gedreven worden door een onverzadigbare consumptiebehoefte.

Mijnwerkers namen vroeger een kanarie mee, omdat dit beestje zeer gevoelig is voor koolmonoxide. Kinderen zijn de hedendaagse kanaries, maar het feit dat zoveel kinderen astmatische klachten hebben, leidt, anders dan in het geval van de mijnwerkers, niet tot correctieve actie. De mensheid leeft niet meer in evenwicht met de biosfeer, waarvan we voor ons voortbestaan afhankelijk zijn. De ecologie is de uitdaging voor de toekomst, wij vernietigen de bronnen van ons bestaan, aldus David Suzuki.

Gezondheidseconomie

De meeste sprekers na Suzuki zagen zich, al dan niet met een verontschuldiging, genoodzaakt tot een beperkter blikveld. Verschillende malen werd betoogd dat de HTA-studies veelal tekortschieten in het wegen van ethische en maatschappelijke aspecten, voor de Gezondheidsraad juist dikwijls primair punt van aandacht. Het was interessant deze kritiek te horen uit de mond van de gezondheidseconoom prof. Martin Buxton. Hij sprak over de stand van de wetenschap met betrekking tot *early assessments*. Om te beginnen is er de nodige terminologische verwarring. Bedoelen we met *early* “voorlopig”, “vroeg in de levenscyclus van een product”, “voordat er veel klinische ervaring is opgedaan”, “voordat een product op de markt komt”, of “voordat een bestaande technologie voor nieuwe indicaties wordt gebruikt”? Soortgelijke vragen kunnen worden gesteld met betrekking tot het gebruik van een *assessment*. Het doel kan zijn gebruikers te attenderen op toekomstige ontwikkelingen, prioritering van toekomstig HTA-onderzoek, een oordeel te vellen over het belang voor de volksgezondheid, het gebruik te beperken, et cetera. De vraag “hoe vroeg?” beantwoordde Buxton met een bekend citaat van hem uit 1987: “It's always too early until, unfortunately, it's suddenly too late”.

Een risico van een vroege evaluatie zou kunnen zijn dat een technologie die later doelmatig gebleken zou zijn, in de kiem gesmoord wordt, met als gevolg een rem op de bereidheid te investeren in onderzoek en ontwikkeling. Vroege evaluaties hebben per definitie het manco van een beperkte *evidence base*. Buxton bepleitte, evenals andere sprekers, meer aandacht voor de ethische vragen zoals die in verband met het hanteren van acceptatie/rejectiegrenzen voor doelmatigheid.

Hoewel de *evidence base* de afgelopen jaren duidelijk verbeterd is, onder meer door het baanbrekende werk van de Cochrane Collaboration, biedt dit juist voor vroege evaluaties geen soelaas. Meta-analyses en andere systematische overzichten zijn eenvoudig nog niet beschikbaar. We moeten, aldus Buxton, daarom beter gebruik maken van zwakkere en zelfs van indirecte gegevens, en vooral investeren in goede databases en registers van lopend onderzoek (een geluid dat meer sprekers lieten horen). Buxton bezag de gezondheidseconomie met de nodige zelfkritiek: te veel afhankelijk van modellen met vaak zwakke gegevens en, bijgevolg, dubieuze extrapolaties. Van heel veel klinische voorzieningen kennen we de kosten per eenheid niet eens. Medisch-ethische kwesties zoals met betrekking tot een rechtvaardige verdeling, en de vraag of QALYs een adequate reflectie zijn van het maatschappelijk oordeel daarover, krijgen in de economische evaluaties veel te weinig aandacht.

De producent

Het lijkt voor de hand te liggen octrooiregisters te zien als bronnen van informatie voor vroege signalen. Dat valt in de praktijk nogal tegen. Gemiddeld bereikt slechts één op de duizend patenten voor geneesmiddelen als product de markt. Uiteraard beschikt de industrie wel over waardevolle informatie over wat in de pijn zit, maar er is geen natuurlijke behoefte die informatie met wetenschappers of beleidsmakers te delen, terwijl de argwaan bij laatstgenoemden, dat informatie die men zou krijgen feitelijk een marketingmiddel is, begrijpelijk is.

Toch bepleitte dr François Schubert, vice-president Health Outcomes van Glaxo Wellcome, wat meer onbevangenheid bij beide partijen. Het belang bij beleidsmakers en wetenschappers is evident: de industrie beschikt als eerste over alle informatie. Echter ook de farmaceutische industrie kan profiteren van discussie met de onderzoekers in een vroeg stadium van de ontwikkeling van een geneesmiddel. Schubert had aanvankelijk grote moeite de Glaxo-top daarvan te overtuigen. De constatering van het Britse National Institute for Clinical Excellence (NICE) dat de fabrikant van het anti-influenzamiddel Relenza verzuimd had het effect bij relevante subgroepen te onderzoeken, had de directie aan het denken gezet.

Schubert zag overigens, naast voordelen voor de industrie (minder verrassingen, betere acceptatie bij het op de markt komen) en voor de gebruikers (minder verrassingen, de mogelijkheid om de ontwikkeling van nieuwe producten te beïnvloeden) ook problemen. Voor de industrie: de noodzaak iets van de strategie prijs te geven, de mogelijkheid dat misschien valse hoop bij patiënten wordt gewekt, openbaar worden van falende productontwikkelingen, de druk om gedetailleerder subgroepen te onderzoeken en bijgevolg hogere kosten van onderzoek en ontwikkeling. Ondanks al deze onzekerheden, was Schubert een voorstander van meer samenwerking tussen partijen. Het pad daartoe lijkt voorlopig nog rijkelijk voorzien van obstakels.

Niet alle medische technologie is het product van grote bedrijven, zoals we die kennen uit de wereld van de geneesmiddelen of beeldvormende apparatuur. Veel apparaten worden door ondernemende lieden 'in de garage' ontwikkeld. Het is duidelijk dat vroege evaluatie van dergelijke technologie niet kan plaatsvinden volgens het model dat wij gewend zijn te hanteren voor de farmaceutische industrie.

De consument

De noodzaak de consument zijn plaats te geven werd door vele sprekers benadrukt. Als eloquent woordvoerder van die groep sprak Wendy Armstrong. Zij toonde zich een duidelijk voorstander van goede en vroege evaluatie, als tegenkracht tegen het marketing-geweld van de industrie. In dat krachtenveld delven consumenten het onderspit, bij gebrek aan macht en kennis. Armstrong deed een beroep op de overheid en de wetenschappers het vertrouwen van de consument te versterken door zich te committeren aan publieke rapportage, in een voorgeschreven *format*, over patiëntgebonden onderzoek als voorwaarde voor toelating tot de markt.

Problemen

Veel sprekers gingen in op de bijzondere aspecten van signalering. Anders dan bij de min of meer traditionele *health technology assessment* is de bewijskracht veel minder stevig. Voor signalering is men dan ook aangewezen op observationele en kwalitatieve gegevens, en ontkomt men vaak niet aan waarde-oordelen. Men moet voortdurend een balans zien te vinden tussen tijdigheid en degelijkheid. Een vroeg signalement vraagt derhalve om een vervolgtraject, waarin de vinger aan de pols gehouden wordt.

Internationale samenwerking

Op een terrein waar zoveel in beweging is, ligt internationale samenwerking voor de hand. Dr Gabriël ten Velden gaf een overzicht van de activiteiten onder de vlag van Euroscan. Er wordt momenteel een database opgezet met op systematische wijze vergaarde informatie over belangrijke ontwikkelingen. Euroscan bleek op de bijeenkomst een aansprekend initiatief, waarvoor ook buiten de Euroregio veel belangstelling bleek te bestaan.

Waardencrisis

In zijn samenvatting stelde prof. Renaldo Battista dat de uiteindelijke crisis die wij onder ogen hebben te zien de rechtvaardige toedeling van middelen is: een crisis van waardeoordelen. Dat speelt a fortiori bij de snelle respons waaraan het beleid behoefte heeft. Zo'n respons stelt andere eisen dan die aan een normale *technology assessment* worden gesteld. De afweging tussen snelheid en degelijkheid, de noodzaak om informatie uit vele bronnen te betrekken, gebrek aan 'harde' gegevens, dit alles maakt subjectieve oordelen onvermijdelijk.

Battista ziet hier een tweede generatie van adviesorganen ontstaan, die het als hun taak zien de beleidsmakers te begeleiden en te helpen bij het stellen van prioriteiten. Dat is echter niet voldoende. Uiteindelijk ontkomen we er niet aan, aldus Battista, de waardencrisis onder ogen te zien. We moeten methoden ontwikkelen om collectief beslissingen te kunnen nemen. Ethische vraagstukken vormen de werkelijke problemen, en het wordt tijd die, meer dan nu het geval is, onder ogen te zien. De problemen zijn oplosbaar. Er is geen noodzaak het hele systeem van de gezondheidszorg over boord te zetten, zolang we de fundamentele waarden die eraan ten grondslag liggen maar niet uit het oog verliezen.

Binnenkort verschijnt een verslag van het symposium "Early Assessments – Do the Risks justify the Benefits?" op de website van CCOHTA: www.ccohta.ca/newweb/new.htm

Cowboys op elektromagnetische velden

(E van Rongen)

San Antonio in Texas is zo op het eerste gezicht een typische Amerikaanse nederzetting: een centrum met vooral kantoren en hotels, en daaromheen uitgestrekte huisje-tuintje woonwijken. Onder het maaiveld in het centrum bevindt zich echter nog een andere werkelijkheid. Langs de boorden van een meanderende rivier is een uitgebreid wandel- en uitgaansgebied ontwikkeld, omzoomd door tropische vegetatie. Vanaf straatniveau daal je af in een totaal andere, Zuid-Europees aandoende wereld. Een derde aparte leefgemeenschap zijn de twee luchtmachtbases in het zuiden van de

stad. Doorgaans zijn zij afgegrensd voor nieuwsgierige buitenstaanders, maar van 13 tot 15 november opende Brooks Airforce Base (voorzichtig) zijn poorten voor enige tientallen wetenschappers en overheidsdienaren die zich bezighouden met de effecten van elektromagnetische velden op de gezondheid. In het kader van het Internationale EMF Project dat vanaf 1995 bij de Wereldgezondheidsorganisatie loopt, vonden daar bijeenkomsten plaats van het Research Coordination Committee en van de deelnemers aan de EMF Standards Harmonization

Het Research Coordination Committee heeft als voornaamste taak lacunes in de wetenschappelijk kennis te identificeren en op grond daarvan aanbevelingen te doen over de gebieden waarop nader onderzoek gewenst is. Twee hete hangijzers op dit moment zijn bovengrondse elektriciteitslijnen en mobiele telefoons. Over het eerste onderwerp heeft de Gezondheidsraad in maart van dit jaar in een advies geconcludeerd dat er een redelijk consistent statistisch verband is tussen het wonen nabij bovengrondse elektriciteitslijnen en een kleine verhoging van de kans op leukemie bij kinderen, maar dat er geen aanwijzingen zijn voor een oorzakelijk verband tussen blootstelling aan de elektromagnetische velden van de lijnen en de ziekte. Het wekt dan ook geen verbazing dat volgens het RCC prioriteit gelegd moet worden bij het vinden van een verklaring voor het gevonden statistische verband. Nieuwe epidemiologische onderzoeken zijn daarvoor niet gewenst: de kennis zal door dergelijke onderzoeken nauwelijks kunnen toenemen.

Prioriteiten

Inzake de mogelijke effecten van radiofrequente elektromagnetische velden is er een grote behoefte aan meer gegevens over de gevolgen van het gebruik van mobiele telefoons. Deze zullen moeten komen uit onderzoek op alle fronten: epidemiologisch onderzoek bij telefoongebruikers, experimenteel onderzoek met mensen en dieren, in vitro onderzoek naar cellulaire mechanismen en dosimetrisch onderzoek naar veldsterktes, energieopname en veranderingen in temperatuur, vooral in relatie tot plaatselijke blootstelling. De Amerikaanse en Europese blootstellingslimieten — die op het opwarmings-effect zijn gebaseerd — verschillen op dit gebied: bij de Amerikaanse limieten wordt een lagere energieopname over een kleiner weefselvolume toegestaan dan in de Europese aanbevelingen. De onderbouwing van beide waarden is echter nogal zwak en zou eigenlijk gebaseerd moeten zijn op een goed inzicht in de temperatuurstijging in kleine weefselvolumina. Verder is aandacht gevraagd voor onderzoek naar specifieke en aspecifieke klachten, blootstelling aan hoge veldsterktes en de gevolgen van nieuwe technieken, met name UMTS en andere breedband-toepassingen. Het is mogelijk om tot maart 2001 nog projectvoorstellen over niet aan kanker gerelateerd onderzoek in te dienen onder het vijfde Kaderprogramma van de Europese Unie.

Behalve voor deze problemen, waar grote groepen van de bevolking mee te maken hebben, werd ook nog aandacht gevraagd voor statische magnetische velden. Daar-

voor zijn, ook door de Gezondheidsraad, blootstellingsmaxima voorgesteld, maar er zijn maar weinig wetenschappelijke gegevens die als onderbouwing daarvoor kunnen worden gebruikt. Vooral over langdurige blootstelling is weinig bekend. Toch kan in bepaalde beroepsgroepen regelmatig blootstelling aan relatief hoge velden plaatsvinden. Meer epidemiologisch, maar ook experimenteel onderzoek op dit gebied is gewenst. De prioriteiten daarvoor liggen wel lager dan die voor de bovengenoemde onderzoeken.

In het kader van het Internationale EMF Project zal het International Agency for Research on Cancer (IARC) van de WHO in 2001 een formele beoordeling uitvoeren van de mogelijke carcinogeniteit van statische en laagfrequente velden. Het jaar daarop zal de WHO een beoordeling opstellen over risico's anders dan kanker. In respectievelijk 2003 en 2004 zullen dergelijke beoordelingen worden opgesteld voor radiofrequente elektromagnetische velden.

Oost-West

De activiteiten gericht op de harmonisering van niet-ioniserende stralingsstandaarden hebben vooral tot doel de soms zeer uiteenlopende inzichten tussen westerse landen enerzijds en sommige Oost-Europese landen (waaronder Rusland) en China anderzijds, nader tot elkaar te brengen. Westerse blootstellingslimieten gaan uit van een frequentie-afhankelijke absorptie van elektromagnetische energie, waarbij resonantie-effecten een belangrijke rol spelen. Dat wil zeggen dat in een bepaald frequentiegebied de beïnvloeding van een organisme groter is dan bij lagere of hogere frequenties (en dat is het geval wanneer de golflengte dezelfde orde van grootte heeft als de lichaamslengte). De Oost-Europese en Chinese limieten zijn gebaseerd op een frequentie-onafhankelijke dosistijdbenadering. Bovendien wordt er vaak vanuit gegaan dat elk biologisch effect potentieel gevaarlijk is en derhalve voorkomen moet worden. Een probleem bij deze limieten is, dat de onderzoeken waarop zij zijn gebaseerd over het algemeen slecht gedocumenteerd zijn en dat ook de dosimetrie doorgaans van twijfelachtige kwaliteit is.

Voor het verdere verloop van het project is voorzien in een aantal regionale bijeenkomsten, onder meer in Zuid-Amerika, Oost-Europa en het Verre Oosten. In 2003 moet het hele proces zijn afgerond en zullen de resultaten –hopelijk– gebruikt kunnen worden om te komen tot wereldwijd geharmoniseerde en geaccepteerde stralingsstandaarden.

Werkgroepen

In vier werkgroepen is voorbereidend werk verricht voor het opstellen van werkdocumenten die de basis zullen vormen voor de besprekingen op de regionale bijeenkomsten. De eerste werkgroep hield zich bezig met een lijst van termen en definities. Werkgroep 2 boog zich over onderwerpen in het traject van onderzoek tot en met risico-analyse, bijvoorbeeld beoordelingscriteria voor wetenschappelijke literatuur, onderscheid tussen biologische en gezondheidseffecten en onzekerheden in de kennis. De derde werkgroep behandelde het volgende deel van het traject: hoe met behulp van de risico-analyse te komen tot blootstellingslimieten. Hierbij spelen vooral een aantal praktische zaken een rol: toepassing van veiligheidsfactoren, onderscheid beroepsmatige blootstelling / algemene bevolking, middeling van tijd en weefselmassa, basisbeperkingen versus referentiewaarden en optellen van effecten bij verschillende frequenties. De vierde werkgroep boog zich over de 'basisfilosofie': moeten sociaal-economische factoren meegewogen worden, moet het voorzorgsbeginsel worden toegepast, moeten indirecte

effecten als storing van medische apparatuur een rol spelen in de normstelling en hoe ga je om met risicocommunicatie. De resultaten van de werkgroepdiscussies worden thans verwerkt tot de beoogde werkdocumenten.

Gezondheidsraad vat 25 jaar advisering samen

De invloed van de milieukwaliteit op de gezondheid

(W.F. Paschier)

“Op grond van het advieswerk van de Gezondheidsraad kan ik u geen samenvattende schatting in maat en getal leveren van de aantasting van de gezondheid van de Nederlandse bevolking door milieufactoren. Wel bieden adviezen van de Raad naar mijn mening uitdrukkelijk steun voor een beleid dat, met het oog op het tegengaan van gezondheidsschade, streeft naar beperking van de blootstelling aan

milieufactoren”. Dat schreef vice-voorzitter Knottnerus op 16 oktober 2000 aan minister Pronk van milieubeheer in een advies van de Gezondheidsraad over de invloed van milieufactoren op de gezondheid. De minister had om het advies gevraagd in verband met een volgend jaar uit te brengen nieuwe versie van het Nationaal Milieubeleidsplan.

De publicatie 'Gezondheidsraadadviezen over de invloed van milieufactoren op de gezondheid' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschillen'.

In juli 2000 vroeg minister Pronk de Gezondheidsraad om hem te informeren over de invloed van het fysieke milieu op de gezondheid. In de in 2001 te publiceren vierde versie van het Nationaal Milieubeleidsplan wil de minister aan die invloed uitdrukkelijk aandacht besteden. De voorzitter van de Raad zegde toe een compilatie van conclusies uit eerdere adviezen te zullen opstellen. Een diepere studie van het vraagstuk, leidend tot een meeromvattend advies, was gezien de geboden haast niet mogelijk (de minister wilde de informatie uiterlijk begin oktober in zijn bezit hebben). De wetenschappelijke staf van de Gezondheidsraad stelde gedurende de afgelopen zomermaanden de beoogde compilatie op en keek daarbij 25 jaar terug. De compilatie is als bijlage toegevoegd aan het advies dat in oktober is verschenen.

Facetten

Vanaf de instelling van de Gezondheidsraad in het begin van de vorige eeuw prijkten vragen naar de invloed van milieufactoren op de gezondheid op het werkprogramma. Desondanks valt het — zo blijkt uit het nu verschenen advies — de Raad moeilijk om anno 2000 de invloed van het fysieke leefmilieu op de gezondheid compleet en samenhangend in kaart te brengen. Voor een deel komt dat omdat de Gezondheidsraad tot op heden steeds over facetten van dit vraagstuk is geraadpleegd. Maar ook hangt het samen met het feit dat het milieu altijd in wisselwerking met sociale en economische factoren zijn invloed doet gelden. Ook het collectief en individueel gedrag bepaalt mede of, en zo ja in welke mate, de gezondheid wordt aangetast.

Lacunes

Op deelterreinen heeft de Raad echter wel kwantitatieve risicoschattingen geproduceerd, onder meer over de gevolgen van de blootstelling aan luchtverontreiniging in stedelijke gebieden. Andere adviezen met getalsmatige gegevens over gezondheidsrisico's gingen over blootstelling aan radon in woningen, lood in drinkwater, de diverse vormen van omgevingslawaai en over ultraviolette straling van de zon. In een betrekkelijk recent advies over grote luchthavens trachtte de Raad de diverse milieufactoren in samenhang te beoordelen. Dat leidde noodgedwongen tot een meer kwalitatieve analyse.

Aan het slot van het nu verschenen advies wordt gewezen op de lacunes in kennis over de gevolgen van chronische blootstelling aan lage niveaus van stoffen en straling,

de voor de praktijk relevante situatie. Onderzoek naar die gevolgen, in het bijzonder naar effecten op lange termijn, kan helpen een preciezer antwoord te geven op de door de minister gestelde vraag.

Totstandkoming

Het advies is, met medewerking van diverse stafleden van het Secretariaat van de Gezondheidsraad, voorbereid door plv. Algemeen Secretaris prof. dr WF Passchier.

Pleidooi voor matig keukenzoutgebruik

Preventie van hoge bloeddruk

(ABL)

Matig zijn met keukenzout is goed voor de bloeddruk. Terughoudendheid met het gebruik van keukenzout bij de industriële bereiding van voedingsmiddelen is wenselijk. Het eten van veel groente en fruit en van magere zuivelproducten lijkt ook te helpen. Over-

gewicht, veel alcohol en lichamelijke inactiviteit zijn risicofactoren die aandacht verdienen. Dit schrijft de Gezondheidsraad in een op 18 oktober 2000 verschenen advies aan de Minister van VWS.

De publicatie 'Keukenzout en bloeddruk' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschenen'.

Het staat vast dat natrium in voedsel de bloeddruk verhoogt. Keukenzout is de belangrijkste natriumbron. De gemiddelde consumptie van keukenzout in Nederland is, met ruim negen gram per persoon per dag, vrijwel gelijk aan die in ons omringende landen. Ongeveer 15 procent van de bevolking heeft een te hoge bloeddruk. Al enkele decennia leeft de vraag of de preventie van hoge bloeddruk gediend is met algemene maatregelen beperking van de consumptie van keukenzout.

Zoutgevoeligheid

Uit omvangrijk wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat een nogal forse vermindering van de gemiddelde natriuminneming, zeg met eenkwart, de gemiddelde bloeddruk in de bevolking doet dalen. Die daling is echter betrekkelijk klein. Ook is gebleken dat zo'n beperking zeer grote inspanningen vergt en niet of nauwelijks is te handhaven. Bovendien groeit in wetenschappelijke kringen het vermoeden dat er verschillen zijn in de 'zoutgevoeligheid' van mensen: minder natriuminneming heeft bij de één een veel gunstiger invloed op de bloeddruk dan bij de ander.

Mineraalmengsels

Volgens het advies is het wenselijk om in het huishouden én in de voedingsmiddelenindustrie aandacht te blijven geven aan matiging van het keukenzoutgebruik als één van de mogelijkheden om de bloeddruk in toom te houden. Daarnaast verdient het tegengaan van overgewicht en overmatig alcoholgebruik aanbeveling. Voldoende lichaamsbeweging helpt ook. Verder komen er steeds meer aanwijzingen dat het eten van veel groente en fruit en van magere zuivelproducten goed is voor de bloeddruk, evenals het mijden van verzadigd vet. Intussen is duidelijk geworden dat natriumarme keukenzoutvervangende mineraalmengsels effectief kunnen zijn bij mensen met hypertensie. Het huishoudelijk gebruik van die mengsels is echter nog discutabel, onder meer omdat men thuis met die producten kwistiger blijkt om te gaan dan met keukenzout.

De Gezondheidsraad richt zich in dit advies niet op de medische behandeling van hypertensiepatiënten. Het voorschrijven van een natriumarm dieet of van keukenzout-

vervangende mineraalmengsels kan belangrijk zijn, al naar gelang het oordeel van de behandelend arts, onder meer over de zoutgevoeligheid van de patiënt.

Totstandkoming

Het advies is voorbereid door dr ir CJK Spaaij, secretaris bij de Gezondheidsraad, met raadpleging van de volgende deskundigen:

- dr DE Grobbee, hoogleraar klinische epidemiologie; Universiteit Utrecht
- dr ir D Kromhout, sectordirecteur Volksgezondheidsonderzoek RIVM Bilthoven, tevens hoogleraar volksgezondheidsonderzoek; Wageningen
- Universiteit en Researchcentrum
- dr PW de Leeuw, hoogleraar interne geneeskunde; Universiteit Maastricht
- dr MADH Schalekamp, hoogleraar inwendige geneeskunde; Erasmus Universiteit Rotterdam

Diagnostiek en therapie onder de loep genomen

Aanpak van ADHD kan beter

(ABL)

De herkenning en behandeling van kinderen met ADHD is voor verbetering vatbaar. Deze kinderen zijn, meestal al heel jong, voortdurend rusteloos, overbeweeglijk, impulsief en ongeconcentreerd. Ze stellen zichzelf en hun omgeving voor grote moeilijkheden en in veel gevallen is er sprake van een bedreigde ontwikkeling. Vaak zijn er ook andere problemen. Goede diagnostiek is nodig om te waarborgen dat kind en gezin de juiste zorg krijgen. Er

bestaan twee effectieve behandelwijzen: medicatie en intensieve gedragstherapie via ouders en leerkrachten. Voor beide is in de praktijk verbetering van het rendement mogelijk. Er is grote behoefte aan richtlijnen voor kinderartsen, gedragswetenschappers en huisartsen. Aldus de Gezondheidsraad in een op 13 november 2000 verschenen advies aan de Minister van VWS.

De publicatie 'Diagnostiek en behandeling van ADHD' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschijnen'.

ADHD, *attention deficit hyperactivity disorder*, geldt in de psychiatrie als een stoornis die behandeling behoeft vanwege de grote last en belemmering die zij geeft voor kind en gezin en de bedreiging voor de verdere ontwikkeling. Vaak zijn er ook problemen met spraak, motoriek of sociale vaardigheden of is er een specifieke leerstoornis. Meer dan de helft van de kinderen met ADHD heeft daarnaast een ander psychiatrisch ziektebeeld, zoals een angststoornis, depressie of — vooral — overmatig opstandig en agressief gedrag. Vooral deze laatste combinatie heeft een ongunstige prognose. ADHD geeft, mede door de bijkomende verschijnselen, een verhoogde kans op vroegtijdige schooluitval, problemen met het werk en met sociale contacten, verslaving, ongelukken en delicten.

Gedragsproblemen bij kinderen kunnen allerlei oorzaken hebben. Voor een zorgvuldige diagnose-stelling is informatie nodig van ouders en leerkrachten. Medische en psychosociale deskundigheid is onmisbaar en het bestaan van bijkomende afwijkingen moet grondig worden nagegaan. Elke behandeling van een kind met ADHD moet beginnen met op de ouders gerichte psycho-educatie: voorlichting over de aard van de stoornis en over hoe er mee om te gaan.

Therapie

Medicinale behandeling met methylfenidaat (Ritalin) heeft bij de meeste kinderen een gunstig effect zolang het middel wordt ingenomen. Goede en systematische voorlichting, begeleiding en evaluatie versterken dat effect. De veiligheid van het gebruik is, tot een gebruiksduur van bijna twee jaar, onderzocht en goed gebleken; die van langduriger gebruik of op langere termijn is onbekend. Onderzoek hiernaar is dringend gewenst.

Gedragstherapeutische programma's worden vooral verzorgd door de jeugd-GGZ (voorheen Riagg-jeugd) en zijn gericht op een consistente aanpak door ouders en leerkrachten. Ze kunnen — zeker in lichtere gevallen — voldoende effectief zijn mits voldaan is aan eisen op het gebied van inhoud, intensiteit, duur en opbouw. Bij onvoldoende effect dient na maximaal een half jaar medicatie te worden overwogen.

Sedert 1993 is het gebruik van Ritalin sterk gestegen. In 1999 waren er in ons land circa 30 000 gebruikers tot 19 jaar. De gebruiksduur loopt uiteen van enkele maanden tot jaren. De vraag in hoeverre de medicatie doorgaans verantwoord wordt ingesteld, is niet te beantwoorden. Blijkens een Amerikaans onderzoek krijgt een substantieel deel van de kinderen met ADHD geen medicatie, terwijl deze in meer dan de helft van de gevallen wordt voorgeschreven zonder dat in strikte zin sprake is van ADHD, maar veeleer van ADHD-achtige gedragskenmerken. Hoewel in zulke gevallen medicatie niet bij voorbaat misplaatst is, dreigt toch het gevaar van onverantwoorde uitbreiding. De Gezondheidsraad meent dat dit ook voor Nederland geldt en pleit voor gedegen onderzoek naar de huidige praktijk.

Richtlijnen

In de helft van de gevallen wordt de behandeling met Ritalin ingezet door een kinderarts, in één op de vijf door een kinderpsychiater. Huisartsen zijn vooral betrokken bij vroege onderkenning, verwijzing, begeleiding en onderhoudsmedicatie. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft richtlijnen opgesteld. Er is grote behoefte aan hiervan afgeleide richtlijnen, specifiek bestemd voor kinderartsen, voor gedragswetenschappers en voor huisartsen.

Jeugdzorg, onderwijs, opvoedingsondersteuning en de schoolgezondheidszorg kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de herkenning en opvang van kinderen met gedragsproblemen of ADHD. Wél moet voldaan worden aan voorwaarden met betrekking tot deskundigheid, beschikbaarheid en samenwerking.

Samenstelling commissie

- dr H van Engeland, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie; Universiteit Utrecht, *voorzitter*
- drs LG Bandsma, psychotherapeut/orthopedagoog; GGZ DWO circuit Jeugd, Delft
- dr JK Buitelaar, hoogleraar biopsychosociale determinanten van menselijk gedrag; Universiteit Utrecht
- dr JMA Hermans, Co Act Consult; hoogleraar opvoedkunde, Universiteit van Amsterdam,
- dr RB Minderaa, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie; Universiteit Groningen
- AC Paternotte, Landelijke vereniging voor ontwikkelings-, gedrags- en leerproblemen Balans, Bilthoven, *adviseur*
- drs RWM Roozenburg, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, *adviseur*
- dr TWJ Schulpen, hoogleraar sociale pediatrie; Universiteit Utrecht
- dr JA Sergeant, hoogleraar klinische neuropsychologie; Vrije Universiteit, Amsterdam
- drs AJC Struiksma, psycholoog; Pedologisch Instituut, Rotterdam
- drs MJ Wennekes, neuroloog; Atrium Medisch Centrum Heerlen
- DCM Gersons-Wolfensberger, arts; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Geraadpleegde externe deskundigen

- dr A Cools, hoogleraar farmacologie; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr J Dekker, huisarts, lid dagelijks bestuur NHG; Amsterdam
- dr R Herings, Instituut voor farmaco-epidemiologie Utrecht
- dr E van de Lisdonk; vakgroep huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr T Schoffelmeer, hoogleraar farmacologie; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr T Voorn, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Universiteit Utrecht

Oppassen met foliumzuurverrijking

(ABL)

Als een vrouw in de periode rond het begin van een zwangerschap te weinig foliumzuur binnenkrijgt, is er een verhoogde kans op een open rug, een waterhoofd of een ander neuralebuisdefect bij de vrucht. Het slikken van een foliumzuursupplement in die periode is daarom wenselijk, maar dit gebeurt nog

onvoldoende. De beschikbaarheid van voedingsmiddelen waaraan foliumzuur is toegevoegd, zou dit euvel kunnen verhelpen. In een op 15 november 2000 verschenen advies aan de Minister van VWS dringt de Gezondheidsraad echter aan op terughoudendheid.

De publicatie 'Risico's van foliumzuurverrijking' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschijnen'.

Foliumzuur is een B-vitamine dat een belangrijke rol speelt in de eiwitstofwisseling en de DNA-synthese in het lichaam. Het komt van nature vooral voor in groene groente en citrusfruit. De in vitaminepreparaten verwerkte synthetische vorm wordt PMG genoemd (pteroylmonoglutaminezuur). Van groot belang is een toereikende foliumzuurvoorziening voor vrouwen in de periode rond het begin van een zwangerschap. Schiet die voorziening tekort dan dreigt het gevaar dat de zich in de moederschoot ontwikkelende vrucht een neuralebuisdefect oploopt. Berucht zijn de open rug en het waterhoofd.

Neurologisch risico

Al enkele jaren geldt voor vrouwen met zwangerschapswens de aanbeveling om dagelijks via een foliumzuursupplement 400 microgram PMG in te nemen. Hiervan komt echter in de praktijk niet genoeg terecht. Daarom worden in sommige landen 'gewone' voedingsmiddelen op de markt gebracht waaraan PMG is toegevoegd. Deze 'foliumzuurverrijking' is in Nederland niet toegestaan.

Volgens de Gezondheidsraad is niet uit te sluiten dat een hoge inneming van PMG neurologische afwijkingen uitlokt of verergert. De dagelijks ingenomen hoeveelheid mag daarom niet groter zijn dan één milligram. Voor mensen met een gebrekkige vitamine B12-voorziening kan het risico van neurologische schade extra groot zijn. De huidige kennis biedt geen mogelijkheden om voor deze groep — waarin zich veel ouderen bevinden — een veilige bovengrens voor de inneming van PMG aan te geven.

Voorkeur

De Gezondheidsraad wil, in afwachting van meer gegevens, de foliumzuurverrijking van voedingsmiddelen beperkt zien tot producten die speciaal bestemd zijn voor vrouwen met zwangerschapswens. Voorlichting en etikettering moeten helpen voorkómen dat via gecombineerd gebruik van foliumzuursupplementen en verrijkte voedingsmiddelen de dagelijkse inneming van PMG boven één milligram komt. Via zogeheten post marketing surveillance moet worden nagegaan in hoeverre de verrijkte producten inderdaad uitsluitend de doelgroep bereiken en of zich tóch nog ongewenste bijwerkingen voordoen.

Een beter gepropageerde en gecontroleerde toepassing van foliumzuursupplementen verdient de voorkeur boven de toevoeging van PMG aan voedingsmiddelen, zo luidt het in de aanbiedingsbrief van de Gezondheidsraad bij het advies aan de minister.

Samenstelling commissie

- dr ir RJJ Hermus, voedingskundige; TNO Voeding, Zeist, *voorzitter*
- drs DZ van Asselt, geriater in opleiding; Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- dr H van den Berg, biochemicus; TNO Voeding, Zeist
- dr GHJ Boers, internist; Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- dr J Lindemans, klinisch chemicus; Academisch Ziekenhuis Rotterdam
- dr JJM Marx, hoogleraar interne geneeskunde; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr GJ Mulder, hoogleraar toxicologie; Universiteit Leiden
- dr PWJ Peters, hoogleraar teratologie; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr RPM Steegers-Theunisse, arts-epidemioloog; Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- dr FRJ Verhey, zenuwarts; Academisch Ziekenhuis/ Universiteit Maastricht
- dr ir P Verhoef; Wageningen Centre for Food Sciences, Wageningen
- ir W Bosman; Gezondheidsraad, Den Haag, *adviseur*
- dr ir LE Voorrips, voedingskundige-epidemioloog; TNO Voeding, Zeist en Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Meer onderzoek, meer lichaamsbeweging

Advies over RSI

(ABL)

Vooraf in de beroepsbevolking geeft het klachtensyndroom RSI veel problemen. Vaak betekent het een forse aanslag op iemands kwaliteit van leven, soms zelfs de onmogelijkheid om nog aan het arbeidsproces deel te nemen. Er is weinig bekend over de oorzaken en over effectieve methoden voor preventie en therapie. Vrijwel altijd is een complex van risicofactoren in het geding. Het voorschrijven

van absolute rust aan een RSI-patiënt verdient geen aanbeveling. Dit schrijft de Gezondheidsraad — vaststellend dat er dringend behoefte is aan wetenschappelijk onderzoek — in een op 27 november verschenen advies aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De publicatie 'RSI' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschijnen'.

De benaming *repetitive strain injury* (RSI) staat voor een syndroom van pijn of hinder in de nek, bovenrug, schouder, boven- of onderarm, elleboog, pols of hand die leiden tot beperkingen en participatieproblemen. Het ziektebeeld is een uiting van een verstoorde balans tussen belasting en belastbaarheid, ontstaan na activiteiten met herhaalde bewegingen of juist in een statische houding. Over de oorzakelijke lichamelijke mechanismen is nog maar weinig bekend. Te denken valt aan spier-, pees- of zenuwafwijkingen.

Last

Ongeacht de last en de duur van de klachten hebben jaarlijks naar schatting twee tot vier op de tien werkende mensen weleens last van RSI. Gaat het om klachten die leiden tot beperkingen bij de dagelijkse bezigheden, dan zijn de geschatte jaarlijkse prevalenties ongeveer tien (nek/schouder/bovenrug) en vijf procent (elleboog/pols/ hand).

Risicofactoren voor RSI zijn overmatige krachtoefening of werken in ongemakkelijke houdingen, in voortdurend dezelfde houding of met repeterende bewegingen. Bijkomende factoren kunnen de kans op klachten vergroten (werkdruk, werkstress, werktempo, gebrekkige begeleiding, enzovoort).

Belastbaarheid

In bedrijven en instellingen tracht men via allerlei maatregelen RSI te voorkomen. Er is echter nog hoegenaamd geen wetenschappelijk bewijs voor de doeltreffendheid van zulke pogingen. Van groot belang voor de preventie is, hoe dan ook, een aanpak die niet beperkt blijft tot slechts één van de mogelijke risicofactoren.

Evenals over de preventie is ook zeer weinig bekend over de doeltreffendheid van

therapieën. Tot nog toe ondergaat een RSI-patiënt vaak allerlei behandelingen zonder afdoende resultaat. Dat geeft veel ongerustheid, onzekerheid en extra leed. De in de eerstelijns aan patiënten gegeven adviezen moeten eensluidend zijn. Goede voorlichting is belangrijk. De eerste stap van elke behandeling dient te bestaan uit vermindering van de blootstelling aan veronderstelde risicofactoren en uit het bevorderen van lichaamsbeweging met het oog op verhoging van de belastbaarheid. Absolute rust is volgens het advies uit den boze.

In de aanbiedingsbrief aan de staatssecretaris schreef vice-voorzitter prof. dr JA Knottnerus:

“Gezien de behoefte aan het voorkómen van RSI-klachten introduceren diverse bedrijven en instellingen preventieve maatregelen. Om te kunnen nagaan in welke mate die maatregelen doeltreffend zijn, is het van groot belang dat bedrijven en instellingen, in samenspraak met arbo-diensten, de introductie van dergelijke maatregelen koppelen aan een systematisch evaluatiekader. Ook ten aanzien van de vroege herkenning en tijdige behandeling van RSI-klachten is het belangrijk dat de uitkomsten van de in de arbeidsgeneeskundige praktijk ingestelde behandelwijzen systematisch worden gevolgd en geëvalueerd.”

Samenstelling commissie

- dr MHW Frings-Dresen, hoogleraar arbeidsgezondheidskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, *voorzitter*
- dr AMNG van Attekum, bedrijfsarts; Universiteit Maastricht
- dr ir PM Bongers, epidemioloog; TNO-Arbeid, Hoofddorp
- dr JH van Dieën, bewegingswetenschapper; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr GP van Galen, hoogleraar psychologische functieleer; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr Sj van der Linden, hoogleraar reumatologie; Universiteit Maastricht
- dr W van Mechelen, hoogleraar bedrijfsgezondheidszorg; Vrije Universiteit, Amsterdam
- drs C Muskee, revalidatiearts; Revalidatiecentrum Beatrixoord, Haren
- dr RAB Oostendorp, wetenschappelijk directeur Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort; hoogleraar paramedische zorg; UMC St Radboud, Nijmegen
- drs J Ruitenbergh, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *adviseur*
- dr JW Stenvers, neuroloog; Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
- dr PMM Beemsterboer, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

De commissie raadpleegde de volgende deskundigen

- I Bense, oefentherapeut Mensendieck, Harderwijk
- J Driehuizen, fysiotherapeut, Amsterdam
- drs M van Essen, orthopedisch en arbeidsgeneeskundige; Nederlands RSI-Instituut, Leusden
- drs M van Eijnsden, revalidatiearts; Universiteit Maastricht
- dr GJ Lankhorst, hoogleraar revalidatiegeneeskunde; Vrije Universiteit Amsterdam
- dr JWS Vlaeyen, psycholoog; Universiteit Maastricht

Als belanghebbenden zijn gehoord

- M Davelaar; RSI-patiëntenvereniging, Delft
- mr CS Frenkel; VNO-NCW, Den Haag
- JH Koning; VNO-NCW, Den Haag
- X van Noort; RSI-patiëntenvereniging, Delft
- J Warning; FNV-bondgenoten, Utrecht
- E Zegers; RSI-patiëntenvereniging, Delft

Ruimte voor duisternis

(ABL)

In een op 30 november aan de bewindslieden van VROM, V&W en LNV aangeboden advies wijst de Gezondheidsraad op het belang van het nachtelijk donker als een 'oer kwaliteit' van de leefomgeving van mens en dier. De Raad

pleit voor expliciete opneming van het thema lichthinder in het milieubeleid. Bestaande regelgeving moet worden uitgebreid en het toezicht op de naleving ervan is voor verbetering vatbaar.

De publicatie 'Hinder van nachtelijk kunstlicht voor mens en natuur' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschijnen'.

Het donker van avond en nacht gaat steeds verder teloor door verstedelijking, automobiliteit, flexibilisering van arbeidstijd, sportbeoefening, glastuinbouw, verlichting van gebouwen, reclame-uitingen, enzovoort. Er zijn nog geen gegevens over de denkbare aantasting van de gezondheid door de optredende verkorting van de avond en de nacht in combinatie met de invloed van andere stressfactoren van de hectische 24-uurs maatschappij. Hinder- en belevingsonderzoek leert dat veel mensen belang hechten aan het ondergaan van nachtelijk duisternis en de zichtbaarheid van de sterrenhemel.

Bedreiging

Nachtelijk kunstlicht kan op veel manieren ook het gedrag en de levenscyclus van dieren beïnvloeden, te meer omdat het vaak samengaat met andere versturende of barrière-versterkende omstandigheden zoals de invloed van het wegverkeer. Bij vogels, insecten en amfibieën zijn verschijnselen van desoriëntatie, aantrekking en afstoting waargenomen. Dergelijke effecten verhogen doorgaans de kansen op uitputting en sterfte, hetgeen vooral bedreigend is voor kleine geïsoleerd voorkomende populaties.

Voor het terugdringen van lichthinder in de woonomgeving door verlichting van sportcomplexen en assimilatieverlichting in kassen is regelgeving voorhanden of in voorbereiding. De controle op de naleving van die voorschriften zou echter aangescherpt moeten worden. Ook ontbreekt het nog aan richtlijnen voor lichtreclame en *floodlight*.

Donkertegebieden

Ondanks het gebrek aan kennis uit empirisch onderzoek naar de ecologische gevolgen van nachtelijk en avondlijk kunstlicht, zijn er voldoende redenen voor ondersteuning van het huidige 'nee-tenzij' beleid van Rijkswaterstaat inzake wegverlichting in natuurgebieden. Het overheidsbeleid ten aanzien van openbare verlichting zou echter ingepast moeten worden in een integrale en landelijk dekkende aanpak ter bescherming en verbetering van de kwaliteit van natuur en landschap. Te denken valt onder meer aan het aanwijzen van donkertegebieden, analoog aan stiltegebieden. Expliciete opneming van het thema lichthinder in het milieubeleid zal de doorwerking van maatregelen naar andere overheidsinstanties ten goede komen.

Totstandkoming

Dit advies is voorbereid door drs MMHE van den Berg, secretaris bij de Gezondheidsraad, met raadpleging van de volgende deskundigen:

- ir J Gorter, Vereniging Natuurmonumenten
- dr ir DA Schreuder, voorzitter van de Commissie Lichthinder van de Nederlandse Stichting voor Verlichtingskunde (NSVV)
- dr J Vos, TNO Technische Menskunde, Soesterberg
- dr JG de Molenaar, Alterra, Wageningen
- ing JG de Vries, Rijkswaterstaat, Dienst Weg- en Waterbouwkunde, Delft

Commissie VNV

(JAG van de Wiel)

In gevolge van de Europese Verordening 'Nieuwe voedingsmiddelen en voedsel-ingrediënten' levert een producent vóór het op de markt brengen van een nieuw voedingsmiddel een veiligheidsdossier in bij één lidstaat. Deze lidstaat verricht de zogenoemde eerste beoordeling. De overige lidstaten maken op basis van het dossier en het eerste oordeel een zogenoemde tweede beoordeling. Alle lidstaten bediscussiëren de aanvraag voor markt-

toelating en de veiligheidsbeoordeling in het Permanent Comité voor Levensmiddelen. De uitkomst is een Europese beschikking over het wel of niet toelaten van het nieuwe voedingsmiddel. In Nederland worden de eerste en tweede beoordelingen verricht door de in 1999 bij de Gezondheidsraad ingestelde Commissie Veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen (VNV). De commissie heeft momenteel zeven dossiers onder handen.

Het nieuwste verzoek om advies betreft een tweede beoordeling. Onderwerp van beoordeling is trehalose, een suiker die al langer wordt gebruikt als voedselingrediënt. Het gaat erom dat dit disaccharide verkregen wordt door middel van een nieuw enzymatisch proces. Trehalose heeft dezelfde energetische waarde als saccharose, maar is slechts half zo zoet van smaak. De stof zal gebruikt worden in fruit- en roomvullingen.

De eerste beoordeling is uitgevoerd door de pendant van de commissie VNV in Engeland, de 'Advisory committee on novel foods and processes' (ACNFP). Deze commissie streeft naar maximale openheid en heeft een website, waar de dossiers van de aanvragers zijn in te zien. Iedere belangstellende kan commentaar leveren. Het internetadres is www.foodstandards.gov.uk/committees/acnfp.

De webpagina van de Nederlandse commissie VNV is te vinden via de website van de Gezondheidsraad: www.gr.nl/overig/beraadsgroepen/vnv.htm. Deze bevat een overzicht van alle dossiers die de commissie in behandeling heeft en van de uitgebrachte adviezen. De volledige tekst van de adviezen is op de website te vinden onder 'publicaties'. De commissie VNV publiceert de dossiers die door aanvragers worden ingediend niet op de website, maar deze zijn – op afspraak – in te zien in de bibliotheek van de Gezondheidsraad.

Samenstelling Commissie VNV

- dr LM Schoonhoven, emeritus hoogleraar entomologie; Wageningen Universiteit en Researchcentrum, *voorzitter*
- dr JEN Bergmans; Commissie Genetische Modificatie (COGEM), Den Haag, *adviseur*
- dr CAFM Bruijnzeel-Koomen, hoogleraar dermatologie/allergologie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- ir EJ Kok, toxicoloog; Rijks-Kwaliteitsinstituut voor Land- en Tuinbouwproducten, Wageningen
- dr CF van Kreijl, moleculair-bioloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
- dr FM Nagengast, gastro-enteroloog; Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- dr ir JMA van Raaij, voedingsfysioloog; Wageningen Universiteit
- dr ir G Schaafsma, hoogleraar voeding; Wageningen Universiteit, TNO Voeding, Zeist
- dr EG Schouten, hoogleraar epidemiologie; Wageningen Universiteit
- dr GJA Speijers, toxicoloog; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
- dr WJ Stiekema, hoogleraar bioinformatica; Wageningen Universiteit
- ir R Top; Ministerie van VWS, Den Haag, *adviseur*
- dr WM de Vos, hoogleraar microbiologie; Wageningen Universiteit
- dr RA Woutersen, toxicoloog; TNO Voeding, Zeist
- dr JAG van de Wiel; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Adviezen Commissie WBO

(WvV)

Conform de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) hoort de Minister van VWS de Gezondheidsraad alvorens te beslissen over het verlenen of intrekken van een vergunning

voor vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. De hieruit voortvloeiende adviestaak wordt verricht door de in 1995 ingestelde Commissie WBO van de Raad.

De publicatie 'Wet bevolkingsonderzoek: CT-screening op longkanker' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschonen'.

Op 2 augustus 2000 vroeg de Minister van VWS advies over een vergunning- aanvraag van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam. De aanvraag heeft betrekking op een wetenschappelijk onderzoek, getiteld: 'Rotterdam randomised trial for lung cancer screening in high risk subjects'. Het wordt uitgevoerd in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Academisch Ziekenhuis Groningen. De screening gebeurt met 'low-dose' spiraal-CT-scanning onder rokers en ex-rokers (ten minste 20 pak-jaren, niet langer geleden dan vijf jaar gestopt) tussen 50 en 75 jaar (1 pak-jaar = een jaar lang één pakje sigaretten per dag, of twee jaar een half pakje per dag, enzovoort).

In het op 22 november 2000 uitgebrachte advies concludeert de commissie dat het beoogde project voldoet aan de wettelijke eisen, mits een vooronderzoek onder een steekproef uit de doelgroep uitwijst dat het informatiemateriaal voor deelnemers begrijpelijk is.

Nieuwe aanvraag

Op 9 oktober 2000 vroeg de minister advies over een vergunningaanvraag van het Instituut Urologie van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam. Het gaat om een deelonderzoek gekoppeld aan de 'European randomised study of screening for prostate cancer' (ERSPC). Voor de uitvoering van het Nederlandse aandeel in de ERSPC, in de regio Rotterdam, verleende de minister op 15 augustus 1997 vergunning.

Toxische stoffen op de werkplek

(CA Bouwman en AvdB)

De Commissie WGD, de Commissie Reproductietoxische stoffen en de Commissie Herevaluatie van oude MAC-waarden lichten de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgele-

genheid voor over de schadelijke gevolgen van beroepsmatige blootstelling aan toxische stoffen in de lucht. De Commissie WGD bracht een advies uit over benzotriazol.

De publicatie '1,2,3-benzotriazol' is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad of via www.gr.nl. Zie rubriek 'Verschonen'.

Beroepsmatige blootstelling aan 1,2,3-benzotriazol (advies; 22 november 2000)

1,2,3-benzotriazol is een reukloos, wit tot lichtbruin kristallijn poeder, dat in de industrie wordt gebruikt als middel tegen corrosie, als stabilisator voor plastics en als intermediair bij de synthese van verschillende chemische verbindingen. Benzotriazol komt op de werkplek vooral voor in de vorm van stof.

Volgens het advies is het niet uit te sluiten dat beroepsmatige blootstelling aan benzotriazol leidt tot sensibilisatie en irritatie van de ogen of de luchtwegen, ook bij concentraties op de werkplek beneden de in de arbeidshygiëne gebruikte 'stofnorm'.

Er zijn ook redenen voor bezorgdheid over de mogelijke kankerverwekkendheid van benzotriazol. De schaars beschikbare uitkomsten van onderzoek brengen de commissie tot de uitspraak dat de stof "verdacht kankerverwekkend is voor de mens". Het is niet

duidelijk in hoeverre een genotoxisch werkingsmechanisme hier een rol speelt. Andere gegevens over de gevolgen van langdurige blootstelling aan benzotriazol ontbreken.

Het advies mondt uit in de constatering dat het — gezien het huidige tekort aan wetenschappelijke gegevens — niet mogelijk is een gezondheidkundige advieswaarde af te leiden voor de beroepsmatige blootstelling aan 1,2,3-benzotriazol.

Nieuwe aanvragen

Op 11 oktober 2000 ontving de Commissie Herevaluatie oude MAC-waarden het verzoek om een gezondheidkundige advieswaarde vast te stellen voor in water oplosbare molybdeenverbindingen.

Commissie geïnstalleerd

Orgaantransplantatie

Op 11 oktober 2000 installeerde de Voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie 'Orgaantransplantatie', waarvan de samenstelling hieronder is vermeld. De commissie heeft tot taak een adviesaanvraag te beantwoorden die de Raad in oktober 1999 kreeg voorgelegd en waarin de Minister van VWS verzocht in te gaan op de verschillende nieuwe ontwikkelingen (zie Graadmeter, nov/dec 1999, p 14-5).

Samenstelling commissie

- dr G Kootstra, emeritus hoogleraar algemene heelkunde, Maastricht, *voorzitter*
- dr mr H Akveld; hoogleraar ondernemingsrecht in de gezondheidszorg, Erasmusuniversiteit, Rotterdam
- P Batavier, transplantatiecoördinator; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- dr ID de Beaufort, hoogleraar medische ethiek; Erasmus Universiteit, Rotterdam
- MEG van Gulp; transplantatiecoördinator; Leids Universitair Medisch Centrum
- dr J IJzermans, transplantatiechirurg; Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt
- dr R Hené, nefroloog; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- dr RAP Koene, hoogleraar interne geneeskunde; Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr GJ Olthof; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, *adviseur*
- dr GG Persijn, immunoloog; Nederlandse Transplantatie Stichting, Leiden
- dr MJH Slooff, hoogleraar hepatobiliaire chirurgie; Academisch Ziekenhuis Groningen
- dr JM Wilmink, emeritus hoogleraar nierziekten, Amsterdam
- drs MA Bos; Gezondheidsraad, *secretaris*

Commissie geïnstalleerd

Bioterrorisme

Op 24 oktober 2000 installeerde de Voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie 'Bioterrorisme', waarvan de samenstelling hieronder is vermeld. De commissie heeft tot taak een vorig jaar ontvangen adviesaanvraag (zie Graadmeter mei/juni 1999, p. 12-3) te beantwoorden. De Minister van VWS vroeg daarin om wetenschappelijke voorlichting over, onder meer, de kwetsbaarheid van de gezondheid van de Nederlandse bevolking voor verschillende agentia die kunnen worden gebruikt door terroristen.

Samenstelling van de commissie

- prof. dr JC Terlouw, oud-Commissaris van de Koningin in Gelderland, *voorzitter*
- dr RA Coutinho, hoogleraar epidemiologie en bestrijding infectieziekten; Universiteit van Amsterdam, Directeur GG & GD Amsterdam
- dr Ph van Dalen, microbioloog; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
- dr ADME Osterhaus, hoogleraar virologie; Erasmus

- Universiteit Rotterdam
- Lt-Kol HW Poen, Ministerie van Defensie, *adviseur*
 - JE van Steenberghe; arts, Hoofd Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekenbestrijding, Den Haag

- dr P van der Torn, arts; Directeur Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde, Utrecht
- drs R Vrolijk; Ministerie van BZK, *adviseur*
- AH Zwennes; Ministerie van VWS, *adviseur*
- drs EJ Schoten; Gezondheidsraad, *secretaris*

Commissie geïnstalleerd

Deoxynivalenol

Op 6 november 2000 installeerde Vice-voorzitter Hautvast van de Gezondheidsraad de Commissie 'Deoxynivalenol', waarvan de samenstelling hieronder is vermeld. De door de commissie te beantwoorden adviesaanvraag dateert van 6 december 1999. Daarin vroeg de Minister van VWS, mede namens de Staatssecretaris van LNV, om advies over een recent verschenen RIVM-rapport over DON (een toxine dat wordt geproduceerd door een schimmel — *Fusarium* — die van nature op granen voorkomt) (zie Graadmeter, jan/feb 2000, p 15).

Samenstelling van de commissie

- | | |
|---|---|
| • dr JH Koeman, hoogleraar toxicologie, Wageningen | Rijksuniversiteit Groningen |
| • dr VJ Feron, emeritus hoogleraar toxicologie, Utrecht | • drs NMI Scheidegger; Ministerie Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| • dr J Fink-Gremmels, hoogleraar veterinaire farmacologie; Universiteit Utrecht | • dr GJA Speijers; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, <i>adviseur</i> |
| • dr ir MRH Löwik, voedingskundige-epidemioloog; TNO Voeding, Zeist | • dr ir JM de Stoppelaar; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, <i>adviseur</i> |
| • dr GJ Mulder, hoogleraar toxicologie; Universiteit Leiden | • dr ir MA de Waardt, fytopatholoog; Wageningen Universiteit |
| • dr PJJ Sauer, hoogleraar kindergeneeskunde; | • dr ir LTJ Pijls; Gezondheidsraad, <i>secretaris</i> |

Nieuwe aanvragen

(ABL)

Rijgeschiktheid bij hersentumoren of -doorbloedingsstoornissen

Op 3 oktober 2000 heeft de Minister van Verkeer en Waterstaat, refererend aan andere adviezen inzake medische geschiktheid voor het rijbewijs en wijzend op nieuwe wetenschappelijke inzichten ter zake, de Gezondheidsraad om advies gevraagd met betrekking tot hersentumoren of afwijkingen in de hersendoorbloeding.

Volgens de huidige 'Regeling eisen geschiktheid 2000' (paragrafen 7.5 en 7.6 van de bijlage bij die regeling) mogen mensen met een hersentumor of een afwijking aan een bloedvat van de hersenen niet rijgeschikt worden verklaard als zij niet aan hun aandoening zijn geopereerd. De minister wijst op betrekkelijk nieuwe andere behandelingsmethoden én op het feit dat het soms beter is om niet te opereren. Er is op dit gebied belangrijk werk gedaan door een werkgroep onder leiding van de Maastrichtse neuroloog dr MCTFM de Krom.

De minister vraagt de Gezondheidsraad "de genoemde paragrafen 7.5 en 7.6 aan de thans heersende inzichten te toetsen en waar nodig te actualiseren", rekening houdend met het Maastrichtse "voorwerk dat op dit moment reeds gedaan is". Zij voegt hieraan de wens toe om het onderwerp in kwestie voorrang te geven boven de al eerder gevraagde advisering over de rijgeschiktheid van insuline-afhankelijke diabetici, in het bijzonder de geschiktheid voor rijbewijzen van groep 2.

Ministeriële reacties

(HvD)

Veldonderzoek voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen

(zie Graadmeter maart/april 2000, p5-6 of www.gr.nl)

Op 5 september 2000 heeft de Minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, een reactie doen toekomen aan de Voorzitters van de beide Kamers der Staten-Generaal.

De minister onderschrijft het standpunt van de Raad dat veldonderzoek een bruikbaar hulpmiddel is in de tweede stap van de beoordeling van de toelaatbaarheid van een bestrijdingsmiddel. Ook deelt hij de opvatting dat veldonderzoek kan dienen ter validatie van de modelstudies die in de eerste stap worden gebruikt. De conclusie van de Raad dat de overheid onvoldoende concreet omschreven heeft welke natuurwaarden zij tegen de mogelijk schadelijke invloed van pesticiden wil beschermen, onderschrijft de bewindsman niet. Hij verwijst naar de beleidsnotitie 'Omgaan met risico's' en de daarin genoemde milieukwaliteitsnormen. Een nadere specificatie van de beschermwaardigheid van populaties, in termen van ruimte en tijd, acht hij nu nog niet opportuun.

De minister is het ermee eens dat zinvol veldonderzoek voor de toelating van bestrijdingsmiddelen alleen mogelijk is als vaststaat welke effecten onaanvaardbaar zijn. Dit impliceert dat ook in de tweede stap van de risicobeoordeling normen moeten worden gehanteerd. Op EU-niveau bestaat echter nog geen overeenstemming over zulke normen. Daarom geeft de bewindsman er de voorkeur aan om niet verder te gaan met een Nederlandse invulling, maar de ontwikkelingen binnen de Europese Unie te stimuleren. Hij verwacht echter geen spoedige resultaten. In de behoefte aan een derde stap (tijdelijke toelating gekoppeld aan verplicht veldonderzoek onder praktijkomstandigheden), zoals door de Raad voorgesteld, is, aldus de reactie, al op andere wijze voorzien, namelijk door de verlenging van een (reguliere) toelating afhankelijk te stellen van gegevens uit praktijkonderzoek.

Door het advies van de Gezondheidsraad voelt de minister zich gesterkt in de opvatting dat verder moet worden gewerkt aan de monitoring van de aanwezigheid van gewasbeschermingsmiddelen in het milieu. Het instellen van een centraal bureau voor het onderzoeken en registreren van incidenten (plotseling optredende sterfte onder dieren), zoals bepleit door de Raad, acht hij echter niet wenselijk. De mogelijk geringe verbetering in de toelatingsprocedure weegt zijns inziens niet op tegen de grote organisatorische en personele consequenties. Dit geldt temeer omdat de meeste incidenten het gevolg zijn van illegaal of foutief gebruik. Dergelijke incidenten kunnen, zo schrijft de minister, geen gevolgen hebben voor de toelatingsprocedure.

Opsporing en behandeling van adolescenten met schizofrenie

(zie Graadmeter juli/aug 1999, p 11, of www.gr.nl)

(ABL)

In haar op 25 september 2000 aan de Voorzitters van de beide Kamers der Staten-Generaal kenbaar gemaakte standpunt over dit advies noemt de Minister van VWS schizofrenie "een zeer ernstige ziekte die diep ingrijpt in het leven van patiënten en hun omgeving" die "belangrijke beperkingen in de kwaliteit van leven met zich meebrengt". Er zijn, aldus de minister, in ons land ruim 100 000 mensen met deze ziekte. "Vroegtijdige herkenning en snelle behandeling zijn dan ook om meerdere redenen wenselijk". Minister Borst is het echter met de Gezondheidsraad eens dat een "bevolkingsonderzoek of een proef daarmee voor dit doel niet bruikbaar is. Op verschillende plaatsen hebben

organisaties binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg elkaar gevonden in projecten die zich richten op tijdige herkenning en snelle interventie". De primaire verantwoordelijkheid voor de overdracht van de via dergelijke projecten te verkrijgen kennis ligt volgen de minister bij de beroepsorganisaties en de koepels van zorgaanbieders.

Schizofrenie is één van de ziekten waarvoor multidisciplinaire richtlijnen en protocollen voor diagnostiek en zorg onontbeerlijk zijn. De minister heeft een stuurgroep, waarin vijf beroepsorganisaties met steun van het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut CBO en met financiële facilitering van VWS-zijde samenwerken, gevraagd een multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen.

Voor het door de Gezondheidsraad bepleite onderzoek is financiële ruimte binnen een budget van veertig miljoen gulden dat de minister onlangs voor de komende periode beschikbaar heeft gesteld voor "versterking van ggz-onderzoek". Ten slotte wijst de minister op het recent door behandelaars, onderzoekers, patiënten en verwanten in het leven geroepen Schizofrenie Platform. "Voor mij toont dit initiatief aan dat er inmiddels een breed draagvlak bestaat om tot verbetering en verandering van de behandeling van de ziekte schizofrenie te komen".

De effectiviteit van fysieke therapie (zie Graadmeter jan/feb 2000, p.6, of www.gr.nl)

Uit de resultaten van door de Gezondheidsraad besproken wetenschappelijk onderzoek blijkt, zo schreef minister Borst op 25 september 2000 aan de beide Kamervoorzitters, "dat er bij een aantal aandoeningen bewijs is gevonden voor de effectiviteit van bepaalde behandelwijzen. Dit betreft elektrotherapie bij artrose, lasertherapie bij pijnbehandeling en reumatische artritis en ultrageluidbehandeling bij tenniselleboog. Verder bestaat er weinig tot geen bewijs voor de effectiviteit van de genoemde therapievormen".

De minister hecht veel belang aan een goede wetenschappelijke onderbouwing van de paramedische zorg. "In de meerjarenaafpraak die ik heb gemaakt met de paramedische zorg is () afgesproken richtlijnen te ontwerpen die zo veel mogelijk *evidence based* zijn". Mevrouw Borst zal de "beroepsgroep fysiotherapie verzoeken om bij het opstellen van nieuwe richtlijnen en het bijstellen van de richtlijnen de resultaten van de Gezondheidsraad zeer ter harte te nemen. Op deze manier zal het gebruik voor indicaties waarvan de effectiviteit niet is bewezen worden afgeschaft".

De hier besproken ministeriële reactie eindigt als volgt:

Ik vind dat waar gebleken is dat fysieke therapie werkt deze behandelingsmethode kan worden toegepast. Daar waar gebleken is dat fysieke therapie niet effectief is of waar twijfel bestaat, kan mijn inziens deze behandelingsmethode niet worden toegepast. Ik zal eveneens het KNFG verzoeken om in de bij- en nascholing deze resultaten mee te nemen. Daarnaast zal ik de HBO-raad op de hoogte stellen van deze resultaten. Ik zal de HBO-raad tevens verzoeken om in overleg met de opleidingen te bekijken hoe het best met deze resultaten kan worden omgegaan.

Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom

(zie Graadmeter, nov/dec 1999, p 6-7 of www.gr.nl)

Op 3 oktober 2000 heeft de Minister van VWS de Voorzitters van beide Kamers der Staten-Generaal op de hoogte gesteld van haar standpunt over dit advies. Het advies beschrijft aldus de minister "concrete mogelijkheden voor de verbetering van zorg aan patiënten met hernia van de rug. De aanbevelingen van de Gezondheidsraad neem ik gaarne over. Gericht patiënt-gebondenonderzoek via ZON en NWO levert aanvullende op *evidence* gebaseerde bouwstenen voor transmurale richtlijnen. Het zal de toepas-

sing van zinnige én zuinige zorg voor deze grote patiëntencategorie bevorderen”. De minister schrijft verder:

Een transmurale richtlijnen voor hernia dient aan te sluiten op de inmiddels in Nederland lopende programma's voor de ontwikkeling van transmurale richtlijnen, zoals voor lage rugpijn binnen het programma herijking van richtlijnen van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, de Orde van Medische Specialisten, het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA/IbMG), Dutch Cochrane Centre en het Nederlands paramedisch Instituut (NPI). Daarbij is gebruik gemaakt van de bestaande standaard van het Nederlands Huisartsen genootschap (NHG) uit 1996. De implementatie van de ontwikkelde richtlijn moet in principe vallen binnen het programma MTA- en Richtlijnen Implementatie van de Werkgroep onderzoek Kwaliteit onder leiding van prof. Grol. Over de exacte verdere invulling van dit laatste programma vindt overleg met CVZ en ZON/MW-NWO plaats.

Decubitus (zie Graadmeter, jan/feb 2000, p 6-7 of www.gr.nl)

In haar op 13 oktober 2000 aan de beide Kamervoorzitters gezonden standpunt schrijft de Minister van VWS dat de aanbevelingen van de Gezondheidsraad enerzijds aanleiding geven tot beleidswijzigingen en anderzijds vragen om continuering en consolidering van al ingezet beleid. Ook nopen ze tot “nadere invulling van het gevoerde en te voeren kwaliteitsbeleid door zorginstellingen en zorgverleners”. Mevrouw Borst wijst, vaststellende dat uit het advies blijkt dat decubitus een steeds groter volksgezondheidsprobleem wordt, op het project ‘Kwaliteit Decubitus Preventie’ van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Dit project dient ter bevordering van de implementatie van de CBO-richtlijn decubituspreventie. De eind 2001 te verwachten uitkomsten zullen dienen “als basis voor toekomstig beleid rondom implementatie van decubitusrichtlijnen”.

De decubitusrichtlijnen en de hoofdlijnen van het advies van de Gezondheidsraad zullen onder de aandacht worden gebracht “van de KNMG en het LCVV, als vertegenwoordigende organisaties van de in dit verband relevante beroepsgroepen (artsen, verpleegkundigen en verzorgenden)”. De minister zal er bij de programmering en/of subsidiëring op aandringen dat onderzoeksresultaten rond decubitus steeds met voldoende publiciteit worden kenbaar gemaakt aan genoemde beroepsgroepen. Voor al lopende decubitusregistratie-projecten is in de periode 2000-2003 een kwart miljoen per jaar beschikbaar.

Met de Gezondheidsraad meent minister Borst dat er meer onderzoek moet komen. Zij heeft de RGO gevraagd hieraan aandacht te geven. Met betrekking tot de rationele keuze van antidecubitus-materiaal meldt de minister dat vóór 2001 VWS een hulpmiddelen-informatiecentrum zal oprichten dat “relevante informatie zal bundelen en nieuwe diensten aanbieden”. Tot slot onderschrijft zij ook de aanbeveling van de Gezondheidsraad om een landelijk coördinatiepunt op te zetten, “met als één van de kerntaken verspreiding en implementatie van kennis over decubitus uit de praktijk en de wetenschap. Ik zal de huidige Stuurgroep Decubitus vragen om een plan van aanpak te maken voor een dergelijk coördinatiepunt”.

Piekblootstelling aan organische oplosmiddelen

(zie Graadmeter, sept/okt 1999, p 7-8 of www.gr.nl)

Op 8 mei 2000 heeft de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de Voorzitter van de Sociaal-Economische Raad laten weten dat hij dit advies beschouwt als “een belangrijke bijdrage aan het door mij ingezette preventiebeleid met betrekking

tot het terugdringen van het Organisch Psycho-syndroom (OPS). Dat beleid mikt, zo schrijft de staatssecretaris, primair op vervanging van producten die veel oplosmiddelen bevatten door andere. Is in bepaalde situaties zo'n vervanging niet wettelijk te regelen dan "acht ik, uitgaande van het advies van de Gezondheidsraad, het normeren van piekblootstellingen aan oplosmiddelen aangewezen. Ik ben voornemens dit te doen door het opstellen van een beleidsregel bij de arbo-regelgeving. () Hierover verneem ik graag uw mening".

Verschenen

Adviezen 1999

Grote luchthavens en gezondheid. 1999/14.
Dagbesteding voor mensen met een ernstige meervoudige handicap. 1999/15.
Gezondheidsrisico's van siliconen-borstimplantaten. 1999/16.
Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. 1999/18.
Harttransplantatie bij het jonge kind. 1999/19.
De effectiviteit van fysieke therapie. 1999/20
Vroege opsporing van ijzerstapelingsziekte. 1999/21.
Transport van bestraalde splijtstoffen. 1999/22.
Decubitus. 1999/23.
Wet bevolkingsonderzoek: tuberculose. 1999/01WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (5). 1999/02WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: ERGO. 1999/03WBO
Wet bevolkingsonderzoek: prenatale screening en risicoperceptie. 1999/04WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: cervixscreening in een medisch centrum. 1999/05WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: de ziekte van Parkinson. 1999/06WBO.
Copper sulphate. 1999/01OSH.
Selenium and its compounds. 1999/02OSH.
Ethylene Thiourea. 1999/03OSH.
Azathioprine. 1999/04OSH.
 β -Butyrolactone. 1999/05OSH.
Carbadox. 1999/06OSH.
1,2-Dibromoethane. 1999/07OSH.
Diethylsulphate. 1999/08OSH.
Diglycidyl resorcinol ether. 1999/09OSH.
2-Methylaziridine (propylene imine). 1999/10OSH.
Metronidazole. 1999/11OSH.
N-Nitrosodimethylamine (NDMA). 1999/12OSH.
2-Nitropropane. 1999/13OSH.
Procarbazine hydrochloride. 1999/14OSH.
Vinylbromide. 1999/15OSH.

De hierboven vermelde publicaties zijn verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag, tel: 070 3406728, fax: 070 3407523, e-mail: order@gr.nl, www.gr.nl.

Overige publicaties 1999

Jaarverslag Gezondheidsraad 1998. A99/01.
Health Council of the Netherlands Reports 1998. A99/02.
Werkprogramma 2000 Gezondheidsraad. A99/03.
Informed consent en prerandomisatie. A99/04.

Adviezen 2000

Vaccinatie bij een griepandemie. 2000/01.
Rijgeschiktheid van personen met een cardioverter-defibrillator. 2000/02.
Atmosferische verspreiding van gewasbeschermingsmiddelen. 2000/03.
Leukodepletie van bloedproducten. 2000/04
Blootstelling aan radon. 2000/05.
Blootstelling aan elektromagnetische velden (0Hz - 10 MHz). 2000/06.
Veldonderzoek voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen. 2000/07.
Intensive care rond de geboorte. 2000/08.
Voedselinfecties. 2000/09.
Vluchtige organische stoffen uit bouwmaterialen in verblijfsruimten. 2000/10.
Ontwerp-planningsbesluit radiotherapie. 2000/11.
Voedingsnormen: Calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, pantotheenzuur en biotine. 2000/12.
Keukenzout en bloeddruk. 2000/13.
Pertussis: a critical appraisal (2). 2000/14.
De bewaartermijn voor medische gegevens: Signalement. 2000/15.
GSM basisstations. 2000/16.
Cholesterolverlagende therapie. 2000/17.
Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. 2000/18.
Farmacogenetica. 2000/19.
Risico's van foliumzuurverrijking. 2000/21.
RSI. 2000/22.
Gezondheidsraadadviezen over de inhoud van milieufactoren op de gezondheid: 1975-2000. 2000/23.
Diagnostiek en behandeling van ADHD. 2000/24.
Hinder van nachtelijk kunstlicht voor mens en natuur: Signalement. 2000/25.
Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (6). 2000/01WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: familiale dikkedarmkanker. 2000/02WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: screening op HIV-infectie. 2000/03WBO.
Wet bevolkingsonderzoek: CT-screening op longkanker. 2000/04WBO.
Ethanol. 2000/01OSH.
Halothane. 2000/02OSH.
Nitrous oxide. 2000/03OSH.
Cadmium and its compounds. 2000/04OSH.
Mercury and its compounds. 2000/05OSH.

De hierboven vermelde publicaties zijn verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag, tel: 070 3406728, fax: 070 3407523, e-mail: order@gr.nl, www.gr.nl.

Lithiumcarbonate and lithiumchloride. 2000/06OSH.
Chloroform. 2000/07OSH.
Hardwood and softwood dust: Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity. 2000/08OSH.
4,4'-methyleen bis (2-chloroaniline). 2000/09OSH.
Epichloorhydrine (1-chloor-2,3-epoxypropan).
4,4'-methyleen dianiline. 2000/11OSH.
Urethaan. 2000/12OSH.
Aziridine. 2000/13OSH.
1,2,3-Benzotriazol. 2000/14OSH.

Overige publicaties 2000

Health Council of the Netherlands Reports 1999. A00/01.
Jaarverslag Gezondheidsraad 1999. A00/02.
Werkprogramma 2001 Gezondheidsraad. A00/03.

De hierboven vermelde publicaties zijn verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag, tel: 070 3406728, fax: 070 3407523, e-mail: order@gr.nl, www.gr.nl.