

# Adviseren met beleid

## Een onderzoek naar de doorwerking van adviezen van de Gezondheidsraad

Dr. Kor Grit  
Dr. Jolanda Dwarswaard  
Prof.dr. Roland Bal

2012.04

Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG)



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM  
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT  
GEZONDHEIDSZORG



# Adviseren met beleid

Een onderzoek naar de doorwerking van adviezen  
van de Gezondheidsraad

## **Publicatiedatum**

September 2012

## **Auteurs**

Dr. Kor Grit

Dr. Jolanda Dwarswaard

Prof.dr. Roland Bal

## **Contactgegevens**

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Tel. 010 - 408 8555

[research@bmg.eur.nl](mailto:research@bmg.eur.nl)

[www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)



## Samenvatting

De Gezondheidsraad wordt alom gezien als een van de meest gezaghebbende wetenschappelijke adviesorganen. Ondanks dit gezag is de positie van de Raad lang niet altijd vanzelfsprekend. Hoewel de wettelijke taak van de Raad is om de minister en de Kamer te informeren, is het voor het behouden van de eigen positie belangrijk te kijken naar de doorwerking van de adviezen. Het belang van doorwerking blijkt ook uit het feit dat doorwerking door de Raad zelf als één van de centrale kwaliteitscriteria wordt gezien. In dit onderzoek stond doorwerking van de adviezen van de Gezondheidsraad centraal en is de volgende probleemstelling leidend geweest.

*Welke factoren bepalen de manier waarop doorwerking plaatsvindt en wat kunnen we daaruit leren voor het adviesproces van de Gezondheidsraad?*

We hebben daarbij gewerkt met een brede definitie van doorwerking. Dat wil zeggen dat we niet alleen hebben gekeken naar de relatie tussen de Raad en de opdrachtgever, maar ook andere publieken, zoals het beleidsveld (inclusief instellingen en beroepsgroepen), de media, maatschappij en wetenschap hebben meegenomen in het onderzoek. De brede definitie van doorwerking blijkt tevens uit de verschillende vormen van doorwerking die zijn getypeerd: (1) instrumentele doorwerking: het advies leidt tot directe verandering in beleid of wetgeving of in het gedrag van individuen en/of organisaties, (2) conceptuele doorwerking: het advies bewerkstelligt een verandering in de kennis, opvattingen of causale redenering van individuen en (3) agenderende doorwerking: het onderwerp van het advies wordt onderdeel van het maatschappelijke of politieke debat. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gekozen voor casusonderzoek. Bij de selectie van de casussen is getracht een afspiegeling van de diverse aandachtsgebieden van de Raad te verkrijgen. Bijlage 2 bevat een beschrijving van de onderzochte casussen.

### **Doorwerking**

Alle adviezen van de Gezondheidsraad die wij hebben onderzocht werken op de een of andere manier door. De meeste respondenten typeren het betrokken advies of adviezen als succesvol in termen van doorwerking. Slechts een enkele keer werd er gesproken over een minder succesvol advies, wanneer bijvoorbeeld de opdrachtgever een bepaald onderdeel van het advies niet volgt. De ideeën over de mate van succes van een advies lopen uiteen onder de respondenten, waarbij het opvallend is dat de opstellers van het advies vaker wat kritischer zijn dan de afnemers van het advies.

De manier waarop adviezen doorwerken kan wel grote verschillen vertonen. Doorwerking varieert van het direct omzetten in maatregelen tot het op de agenda zetten van een onderwerp. Veel adviezen kennen zowel een instrumentele als een conceptuele en agenderende doorwerking. Conceptuele verheldering is een belangrijk onderdeel van tal van adviezen, zelfs bij adviezen die ook een sterk instrumentele doorwerking hebben gehad. Commissies van de Raad neigen eerder naar conceptuele en agenderende adviezen, terwijl de opdrachtgever eerder denkt aan instrumentele adviezen. Ondanks deze neiging van de opdrachtgever weet de Raad een zekere weerstand te bieden aan deze druk tot instrumentalisering.

De adviezen van de Raad vinden op diverse manieren hun weg binnen de ministeries en het beleidsveld. Doorwerking kan zowel geschieden via overheidsregulering als via zelfregulering, zoals opname in een professionele richtlijn voor de beroepsgroep of in het beleid van het bedrijfsleven. Doorwerking buiten de directe invloedssfeer van de opdrachtgever is dan ook een belangrijk onderdeel van het succes van de doorwerking van de Raad.

### **Succesfactoren**

Nadere analyse van de in het kader van dit onderzoek geanalyseerde casus leidt tot het identificeren van een aantal factoren die bijdragen aan doorwerking van adviezen:

- *Afstemming met opdrachtgever.* Hoewel het scheiden van wetenschap en beleid een belangrijke voorwaarde is voor de legitimiteit van de Gezondheidsraad, kan de Raad niet bestaan zonder banden met de wereld van politiek en beleid. Afstemming met de aanvrager is daarom een belangrijke succesfactor, zeker in situaties waarbij de commissie in meer of mindere mate afwijkt van de adviesaanvraag. Een vertraagd of afwijkend advies mag dan wel niet voldoen aan de aanvankelijke verwachtingen van de opdrachtgever, maar dit blijkt lang niet altijd een probleem te zijn mits dit goed is afgestemd met de opdrachtgever. Belangrijke kwesties die afstemming behoeven zijn de probleemdefinitie, tijdigheid en de vertaalslag naar het beleid.
- *Samenstelling commissie.* De samenstelling van de commissie lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn voor doorwerking, omdat doorwerking sterk leunt op het wetenschappelijk gezag van de Raad en het netwerk van de commissie. Onafhankelijkheid en een goede vertegenwoordiging van alle relevante aspecten van deskundigheid zijn daarbij van cruciaal belang.
- *Kwaliteit van aanbeveling.* De kwaliteit van de aanbeveling betreft niet alleen het wetenschappelijke gehalte van het advies, maar vooral ook of het wetenschappelijke oordeel leidt tot bruikbare aanbevelingen voor de beleidspraktijk.
- *Nazorg.* Nazorg is een belangrijke succesfactor voor doorwerking, maar het blijft tegelijkertijd een precaire activiteit voor de Gezondheidsraad. Diverse vormen van nazorg kunnen bijdragen aan de doorwerking van adviezen, zoals het aanbieden van het advies aan de minister, het genereren van media-aandacht, het benutten van de contacten met het ministerie, het vervolgwerk door de ambtelijk waarnemer en het zendingswerk door commissieleden. Via nazorg kan de commissie een breder publiek bereiken dan de opdrachtgever, wat positief kan bijdragen aan de doorwerking van adviezen. Zendingswerk door commissieleden vergt wel een spagaat, omdat het formeel niet past onder de vlag van de Gezondheidsraad al pakt het wel gunstig uit voor de doorwerking.
- *Accumulatie van advieswerk.* Accumulatie draagt niet alleen bij aan een verdere wetenschappelijke fundering van de adviezen; het draagt tevens uit dat de Gezondheidsraad als het ware een 'kenniscentrum' vormt op deze terreinen.

### **Faalfactoren**

Daarnaast kon een aantal factoren worden geïdentificeerd die doorwerking juist belemmeren:

- *Beperkte meerwaarde van adviezen.* Het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar concrete aanbevelingen vergt een zorgvuldige afweging van de commissie, maar voorzichtig opgestelde en weinig vernieuwende adviezen dreigen snel na de publicatie in de vergetelheid te raken. Zonder rimpeling in de wetenschappelijke, politieke of publieke vijver zijn de kansen op doorwerking gering. Indien de Raad echter verder reikt dan zijn polsstok lang is, ligt het verwijt van onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing op de loer. Binnen de Raad bestaan verschillende opvattingen over hoe met dit dilemma dient te worden omgegaan. Het lijkt daarom van belang dit thema intern bespreekbaar te maken en verschillende vormen van omgang ermee te verkennen.
- *Indirecte discussie over inhoud van advies.* Weliswaar wordt zelden de wetenschappelijke inhoud van een advies op directe wijze ter discussie gesteld, maar op indirecte wijze kan wel de kwaliteit van het advies in twijfel worden getrokken.

Vooraf de samenstelling van de commissie kan een kwetsbaar punt zijn; deze mag geen vragen oproepen.

- *Niet passend bij de beleidslijn van opdrachtgever.* Door bijvoorbeeld veranderende politieke opvattingen of dat het voorgestelde beleid te kostbaar is voor het kabinet kan de opdrachtgever besluiten om het advies niet (volledig) over te nemen.
- *Onvoldoende aansluiting bij relevante beleidsdirecties.* Continuïteit binnen de ambtenarij wordt erg belangrijk gevonden door de Raad, maar wisselingen in de bestuursdienst vormen niet het enige probleem voor de doorwerking van adviezen. Een ander probleem is dat veel adviezen bruikbaar zijn voor meerdere ministeries en directies. Onvoldoende rekening houden met deze omstandigheid leidt tot verminderde doorwerking.
- *Onvoldoende reflectie op bestuurlijke vraagstukken.* Commissies willen in hun adviezen soms niet expliciet de bestuurlijke vraag 'wie iets moet doen' aan de orde stellen, maar hebben daar soms wel impliciet opvattingen over. De keuze voor overheidsregulering is vaak een impliciete keuze die het gevolg is van het mechanisme dat de overheid de vragende partij is en de Raad zich in principe niet buigt over bestuurlijke vraagstukken. Doordat de Gezondheidsraad bestuurlijke vraagstukken niet tot zijn takenpakket rekent, kan er een kloof ontstaan met het ministerie omdat adviezen dan te ver op afstand blijven van de bestuurspraktijk.
- *Onvoldoende bekendheid bij bredere publiek.* Enkele adviezen blijken maar een beperkte bekendheid te hebben buiten de directe opdrachtgever. Daardoor worden niet alle potentiële opties die bijdragen aan doorwerking benut.

### ***De Raad in de bredere context***

De Gezondheidsraad functioneert als een gezaghebbend orgaan binnen het Nederlandse bestuurlijke landschap. Het gezag van de Raad draagt bij aan de doorwerking van adviezen, en omgekeerd, de doorwerking van adviezen versterkt het gezag van de Raad. Het toekennen van gezag aan het instituut van de Gezondheidsraad is ook in het belang van derden. De wetenschappelijke autoriteit is bijvoorbeeld een belangrijke reden voor de opdrachtgever om de Raad in te schakelen, omdat het kan zorgen voor meer draagvlak voor het beleid. Het gaat de opdrachtgever niet alleen om bijeenbrengen van kennis, maar ook om de autoriteit die het advies uitstraalt. Binnen de Nederlandse poldercultuur en corporatistische structuur bestaat er behoefte aan gezaghebbende wetenschappelijke adviesorganen die bijdragen aan de consensusvorming. Dat maakt dat maar weinig spelers bereid zijn om openlijk het gezag van de commissie ter discussie te stellen of zelfs het advies volgen ook al hebben zij wel degelijk kritiek op de commissie. De Raad lijkt daarmee een comfortabele positie te hebben in Nederland. Tegelijkertijd is dat ook het grootste gevaar voor de Raad. De buitenwereld kan immers anders tegen de Raad aankijken dan in de openbaarheid zichtbaar wordt.

Het gezag van de Gezondheidsraad is uitkomst van een zorgvuldig spel van distantie en betrokkenheid. Afstemming is wenselijk, maar een zekere wederzijdse afstand draagt evenzeer bij aan de doorwerking. Een onafhankelijk advies van een gezaghebbend wetenschappelijk adviesorgaan kan door het ministerie of het beleidsveld als een betrouwbare bron voor het beleid fungeren. De kwaliteit van de adviezen van de Raad wordt zelden in de openbaarheid bediscussieerd, tenzij het gekoppeld is aan de onafhankelijkheid van de commissie. Opvallend is dat de zichtbare gevaren voor het gezag van de Gezondheidsraad vooral komen van buiten de kring van de wetenschappelijke en bestuurlijke arena. Het is vooral een deel van het publiek dat niet meteen tot de primaire doelgroep van de Raad behoort dat het gezag van de Raad ter discussie stelt. Dit publiek lijkt daarmee een steeds belangrijker doelgroep te worden voor de Raad, omdat wetenschappelijke adviesorganen moeten opereren in een veranderende mediawereld die steeds minder bereid lijkt om de wetenschap een platform van autoriteit aan te bieden.

## **Aanbevelingen**

- *Stem type van advies af op het publiek en vice versa.* Bij complexe en ambigue problemen is het eerder wenselijk om te zorgen voor conceptuele verheldering en het advies te richten op een breder publiek dan bij simpele problemen.
- *Houd rekening met percepties.* Het is wenselijk dat de Raad meer rekenschap geeft van percepties in de publieke discussie, ook in situaties waar ze in de ogen van de Raad niet terecht zijn. Bij twijfel kan de Raad onder het vergrootglas komen te liggen.
- *Samenstelling van commissie vraagt voortdurende reflectie.* Hoewel de Gezondheidsraad al veel aandacht besteedt aan de samenstelling van commissies blijft dit een kwetsbaar punt. De Raad kan twee strategieën hanteren bij het samenstellen van de commissie: de onafhankelijke scheidsrechter of de *mediator*. Het is van belang dit steeds onderwerp van reflectie binnen de Raad te houden.
- *Meer aandacht voor positie en rol ambtelijk waarnemer.* De rol van ambtelijk waarnemer dient passend te zijn bij de reikwijdte van het advies. Enige senioriteit is niet alleen wenselijk om de commissie goed te kunnen attenderen op de adviesbehoeften van de opdrachtgever, maar kan vooral gunstig zijn bij adviezen waarbij afstemming over meerdere beleidsterreinen wenselijk is.
- *Meer helderheid over wat een 'passend bewijs' telt.* Wetenschappelijk advieswerk gaat eerder over het zoeken naar wanneer er sprake kan zijn van passend bewijs dan om het strikt bewaken van wetenschappelijke grenzen.
- *Meer rekenschap geven van de bestuurlijke context.* De Raad dient rekening te houden met de bestuurlijke context waarin adviezen landen en deze te betrekken in zijn adviezen. Op die manier kan de context waarin adviezen geïmplementeerd moeten worden een grotere rol spelen in het adviesproces. Daarmee kan voorkomen worden dat er ongewild een te grote kloof ontstaat met de opdrachtgever en met het beleidsveld.

## Summary

The Health Council of the Netherlands is regarded as one of the most authoritative scientific advisory bodies in the Netherlands. Despite this, the position of the Council is never self evident. Although it is the task of the Council to advise government, for its reputation it is increasingly necessary to also be concerned with the impact of advisory work. Within the Council, impact is regarded as one of the key quality criteria for its advisory work. In this research project, the impact of the advisory work of the Health Council was analyzed. The leading research question was:

*Which factors play a role in the impact of the advisory work of the Health Council of the Netherlands and what can we learn from those factors for the advisory process?*

We worked with a broad definition of impact. Not only impact on the direct client of the Council – government, including Parliament – was taken into account, but also the broader policy fields (including the professions), the media, the broader society and science. Three types of impact were distinguished: (1) instrumental: the advice leads to a direct policy or legal change or in organizational or individual behavior, (2) conceptual: the advice has an impact on the knowledge, opinions or causal reasoning of individuals or organizations, and (3) agenda-setting: the advice influences the way an issue becomes part of societal debate. To answer the main research question, specific advisory trajectories were analyzed. A total of 8 cases were studied, representing the broad policy spectrum of the Council.

### **Impact**

All advisory trajectories analyzed in this report in one way or the other have an impact. Most respondents characterize advises of the Council as successful in terms of impact. Only occasionally respondents are critical, for example because parts of the advice have not resulted in follow up. Opinions about the extent of follow up differ though, and interestingly members of advisory committees tend to be more critical than the diverse publics of the Council.

The ways in which advisory reports have an impact differ considerably. Impact varies between the direct translation of advises in policies to the agenda-setting function of the advisory report. Many advisory reports have instrumental, as well as conceptual and agenda-setting impacts. Conceptual clarification is an important part of most advisory reports, even in rather instrumental advises. Advisory committees tend to write conceptual or agenda-setting advisory reports, while the client (usually a Ministry) usually puts an emphasis on instrumental functions.

Council advises reach their audiences in many ways to government and the wider policy field. Impact can both be reached through government regulation or through self regulation, for example through guidelines of professional organizations or in industry policies. Impact beyond the direct circle of influence of government is therefore an important part of successful impact of the advisory work of the Council.

### **Success factors**

Further analysis of the cases analyzed in this report lead to the following factors that influence impact of advisory work in a positive way:

- *Alignment with the client.* Although bounding science from policy is an important part of the legitimacy of the work of the Council, the advisory work of the Council is dependent on intensive contacts with politics and policy. Alignment with the client is an important success factor, especially in situations where advisory committees deviate from the advisory questions. Delayed or deviating advisory reports are no

problem if coordination with the client has been done properly. Important elements that need alignment are problem definition, timeliness and the translation of findings to the policy context.

- *Committee composition.* Committee membership is an important precondition for the impact of advisory work, as impact strongly depends on the scientific reputation of the Council and the network of committee members. Independence of committee members and a representation of all relevant disciplines to a given issue are of crucial importance.
- *Quality of recommendations.* The quality of recommendations is, needless to say, of high importance for the impact of advisory work. Quality of recommendations is not only dependent on the scientific quality of the advice, but also on the usefulness of recommendations in policy.
- *Aftercare.* Advisory work is not done when the advisory report is published. Aftercare is a crucial success factor for impact, but also a precarious activity for the Council. Several methods of aftercare can contribute to impact, such as generating media attention, the use of contacts within ministries, and missionary work by former committee members. Through aftercare, the Council can reach a wider audience. But missionary work by committee members causes somewhat of a split as former committee members cannot represent the Council.
- *Accumulation of advisory work.* Accumulation is both important for the scientific basis of advisory work and for the reputation of the Council as a 'knowledge centre'.

### **Fail factors**

Next to the success factors, there are a number of factors that prohibit or at least negatively influence impact.

- *Limited value of recommendations.* Translating scientific insights to policy and practice recommendations ask for careful considerations of the committee, but too careful and hardly innovative recommendations tend to be forgotten very quickly. Without a ripple in the scientific, policy or public pond, the changes for impact are small. Recommendations that go far beyond the reach of the committee however risk being criticized for a lack of scientific underpinning. Within the Council, different viewpoints exist in how to deal with this dilemma, which makes it important to discuss this internally and explore and evaluate different ways of dealing with it.
- *Internal discussions on the advisory trajectory.* Although open discussion about the scientific content of advises are infrequent, the advice can be indirectly criticized. Especially the composition of committees can be a vulnerable issue.
- *Lack of fit with (changing) governmental policies.* Changing political perspectives in government as well as cost considerations can make ministries decide not to follow Council recommendations.
- *Lack of fit with relevant policy departments.* Discontinuity of civil servants is an important threat to policy impact, but is not the only one. Another problem is that many advises are relevant for several ministries or departments. Not taking this into account reduces impact.
- *Insufficient reflection on administrative issues.* Committees are often hesitant to explicitly address administrative issues in advisory reports, even though they might have opinions about this. The choice for governmental action is often an implicit one, caused by the fact that government calls for advice, but also because the Council does not consider administrative issues as part of its task. Gaps between the Councils' work and policy practice are a result.
- *Insufficient publicity.* Some of the advises we studied are hardly known beyond the direct client. As a result, not all possibilities for reaching impact are used.

### ***The position of the Council in the wider policy context***

The Health Council of the Netherlands functions as an authoritative body within the broader Dutch policy landscape. The authority of the Council contributes to the impact of its advices, and vice versa. Contributing authority to the Council is also in the interest of other actors in the policy arena and is an important reason to ask for the Councils' advice, as this can create support for specific policies. Within the Dutch neo-corporatist policy landscape, scientific advice can form the basis for consensus. Because of this, policy actors tend to be hesitant to openly criticize the Council and even follow Council recommendations if they have objections. Because of this, the Council has a comfortable position in policy. On the reverse, the comfortable position can also be a threat to the Council, as changing policy opinions can easily affect its status.

The authority of the Council is the result of a careful play of distance and involvement. Alignment is necessary, but a mutual distance between the Council and its policy clients also serves the impact of advisory work. Independent scientific advice can form the backbone of policies and of societal consensus. The quality of the Councils' advices is hardly ever publicly discussed, although the (lack of) independence of committee members can be an issue of public debate. Such debates are most often sparked by relative outsiders to the policy community. Especially actors that are not the direct audience of the Council can question the Councils' authority. As scientific advisory bodies have to function in an environment that increasingly seems to question the authority of science, the Council would be wise to reconsider its audiences.

### ***Recommendations***

- *Align the type of advice to the audience, and vice versa.* Complex and ambiguous problems call for conceptual clarification rather than instrumental advice, and for the targeting of a wider audience than more simple problems.
- *Take public perceptions into account.* It is expedient that the Council takes public perceptions of problems and solutions into account, even when these perceptions are wrong from the viewpoint of the Council. Transparent reasoning of advisory reports can prevent public debate on the Councils' position.
- *Committee composition calls for continuous reflection.* Although the Council already gives much attention to committee membership, this remains a vulnerable issue. The Council can employ two strategies concerning committee composition: the independent arbitrator or the mediator. Committee composition should be a constant object of reflection within the Council.
- *Increased attention for the role and position of the policy observer.* The role of policy observers in the committee needs to fit the reach of the advice. Seniority of civil servants acting as policy observers is desirable to point committees to new policy developments and especially when advices need coordination between policy fields.
- *More clarity of what counts as 'fitting' evidence.* Scientific advisory work concerns to a larger extent the search for 'fitting' evidence that the strict guarding of scientific boundaries. What type of evidence is needed and possible differs between policy fields. The Council should take this into account.
- *Take administrative contexts into account.* The Council should account for the administrative contexts in which advisory reports land, and consider these in the formulation of recommendations. In this way, the implementation context of recommendations can play a larger role in advisory work. This can prevent implementation problems and thus lead to a higher impact of advisory reports.



## Inhoudsopgave

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Inleiding .....                                                                                     | 13 |
| 1.1 Doorwerking geconceptualiseerd .....                                                               | 13 |
| 1.2 Verschillende soorten beleidsproblemen .....                                                       | 15 |
| 1.3 Succesvolle doorwerking .....                                                                      | 17 |
| 1.4 Probleemstelling .....                                                                             | 17 |
| 1.5 Methoden .....                                                                                     | 18 |
| 1.6 Opbouw rapport .....                                                                               | 21 |
| 2. Uitkomsten van het spel – vele vormen van doorwerking .....                                         | 23 |
| 2.1 Instrumentele doorwerking .....                                                                    | 23 |
| 2.2 Conceptuele doorwerking .....                                                                      | 27 |
| 2.3 Agenderende doorwerking .....                                                                      | 29 |
| 2.4 Geen of beperkte doorwerking .....                                                                 | 31 |
| 2.5 Verschillende percepties van succes van doorwerking .....                                          | 34 |
| 2.6 Conclusie .....                                                                                    | 35 |
| 3. Het spel vooraf .....                                                                               | 37 |
| 3.1 Framing van het beleidsprobleem: het spel rond de adviesaanvraag .....                             | 37 |
| 3.2 Samenstelling van de commissie .....                                                               | 43 |
| 3.3 De ambtelijk waarnemer .....                                                                       | 45 |
| 3.4 Hoorzittingen .....                                                                                | 47 |
| 3.5 Spelen met tijd - Tijdigheid .....                                                                 | 49 |
| 3.6 Vooraf verspreiden van conceptdelen .....                                                          | 51 |
| 3.7 Conclusie .....                                                                                    | 52 |
| 4. Het spel der grenzen - relatie wetenschap-beleid .....                                              | 55 |
| 4.1 Grenzenwerk tussen wetenschap en beleid .....                                                      | 55 |
| 4.2 Hoe hard moet het bewijs zijn? .....                                                               | 56 |
| 4.3 Wat is het domein van de raad? .....                                                               | 59 |
| 4.4 Nazorg .....                                                                                       | 62 |
| Interviewer: Wat is het verschil dan? .....                                                            | 64 |
| 4.5 Focus op opdrachtgever / focus op overheid .....                                                   | 67 |
| 4.6 Conclusie .....                                                                                    | 70 |
| 5. Het gezag van het instituut Gezondheidsraad .....                                                   | 73 |
| 5.1 Functie van het gezag van de Gezondheidsraad .....                                                 | 73 |
| 5.2 Bouwen aan wetenschappelijk gezag: een gezamenlijke taak .....                                     | 75 |
| 5.3 Ondernemen van het gezag van de Gezondheidsraad .....                                              | 77 |
| 5.4 Behoeft aan gezaghebbende wetenschappelijke raden in specifieke Nederlandse bestuurspraktijk ..... | 79 |
| 5.5 Conclusie .....                                                                                    | 81 |
| 6. Conclusies .....                                                                                    | 83 |
| 6.1 Doorwerking .....                                                                                  | 83 |
| 6.2 Bepalende factoren van doorwerking .....                                                           | 85 |
| 6.3 De Raad in de bredere context .....                                                                | 88 |
| 6.4 Aanbevelingen .....                                                                                | 89 |
| Literatuur .....                                                                                       | 91 |
| Afkortingen .....                                                                                      | 93 |
| Bijlage 1. Lijst met respondenten .....                                                                | 94 |
| Bijlage 2. Casusbeschrijvingen .....                                                                   | 95 |



## 1. Inleiding

De Gezondheidsraad heeft tot taak de minister en de Kamer “voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek” (Gezondheidsraad 2011). De werkwijze en het gezag van de Gezondheidsraad worden over het algemeen zeer positief omschreven. Niet voor niets begon Pim Fortuyn het stuk over de Gezondheidsraad in zijn analyse van de adviesstructuur voor de volksgezondheid voor het toenmalige Ministerie van WVC (Fortuyn 1990) met de zinsnede “Never change a winning team”. Hoewel deze woorden sindsdien vele malen zijn herhaald en de Gezondheidsraad alom wordt gezien als een van de meest gezaghebbende wetenschappelijke adviesorganen, is de positie van de Raad in het politieke en beleidsmatige landschap geenszins vanzelfsprekend en dient iedere keer opnieuw bevochten en bevestigd te worden (Bijker, Bal, and Hendriks 2009). Zo is er een voortdurende druk op de instrumentalisering van het wetenschappelijk advies, die ook de Gezondheidsraad niet onberoerd laat en hebben de opeenvolgende taakstellingsoperaties ook de Raad niet ontzien. Het politieke rumoer waar het werk van de Gezondheidsraad zich noodzakelijkerwijs geregeld in bevindt treft bovendien af en toe ook de Raad zelf, zoals recent de advisering over de Mexicaanse griep en de Q koorts nog heeft laten zien en even daarvoor die over het HPV virus (Lips 2010). Recentelijk heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad in de aanbiedingsbrief bij het advies *De rol van vaccinatie bij de voorbereiding op een griep пандemie* gewezen op het belang van het gezag van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad 2011). Meer in het algemeen maken wetenschappers zich zorgen over “het tanende gezag van de wetenschap” (Dijstelbloem & Hagendijk 2011:9). Als gevolg van deze discussies en ontwikkelingen is er een constante noodzaak voor de Gezondheidsraad op zijn eigen positie en op de doorwerking van zijn adviezen te reflecteren.

Hoewel de taak van de Gezondheidsraad formeel omschreven is als het informeren van de minister, is de mate waarin doorwerking van de adviezen plaatsvindt in beleid en wetgeving voor de Raad dus van groot belang (zie ook Putters et al., 2004; Bekkers et al., 2004). De erkenning hiervan blijkt onder meer uit het feit dat doorwerking, naast output en productietijd, door de Raad wordt gezien als een van de centrale kwaliteitscriteria (Gezondheidsraad 2008). Ook uit de opdracht voor dit onderzoek, gericht op het verkennen van de doorwerking van adviezen, blijkt het belang dat de Raad hieraan hecht. Dit onderzoek gaat dan ook voorbij de wettelijke taak van de Raad. Doorwerking gaat immers verder dan het op juiste wijze informeren van de minister. Wettelijk gezien kan de Raad zijn taak juist hebben verricht, terwijl er geen sprake is geweest van doorwerking.

In de zelfstudie die voorafging aan de internationale visitatie in 2008 wordt doorwerking voornamelijk beschreven door middel van een kwantitatieve analyse van het aantal en de aard van de ministeriële reacties. In ons onderzoek hebben wij een bredere, meer kwalitatieve opvatting van het begrip doorwerking gehanteerd. In het onderstaande zullen we het begrip doorwerking conceptualiseren, stil staan bij verschillende type problemen waarover wetenschappelijk advies gegeven kan worden, de verschillende typen doorwerking die hiervoor kunnen worden verwacht en de verschillende functies van adviesraden die hieruit volgen. Nadat we de probleemstelling hebben geformuleerd worden de onderzoeksmethoden beschreven.

### 1.1 Doorwerking geconceptualiseerd

Bij een *smalle* invulling van het begrip doorwerking gaat het om de beïnvloeding die zich afspeelt in de relatie tussen adviescolleges en opdrachtgevers, dat wil zeggen in de verhouding met de regering en/of het parlement. Een dergelijke vorm van doorwerking kan blijken uit het aantal en de aard van de verwijzingen naar een adviesrapport in beleidsnota's,

visies en handelingen van het parlement. Dat sluit aan bij het idee van de bruikbaarheid van adviezen die hier als de instrumentele of functionele benadering wordt aangeduid. Doorwerking kan echter ook *breder* worden gezien, bijvoorbeeld door óók te kijken naar media-aandacht, gebruik in de wetenschap en in het onderwijs en in het (beleids)veld waarop het advies betrekking heeft, zoals een bepaalde sector, een specifieke beroepsgroep of een categorie van producenten. Een advies kan een aanjager van maatschappelijk debat zijn, onafhankelijk van de reactie van de minister. Het kan ook zo zijn dat lagere overheden of uitvoeringsorganisaties concreet gebruik maken van aanbevelingen of inzichten uit adviezen van de adviescolleges, zonder dat het ministerie al op een advies heeft gereageerd of zonder dat dit tot concreet beleid leidt.

De bredere benadering van doorwerking sluit aan bij het belang van de functie van adviescolleges als ‘countervailing power’ die uiteindelijk (juist door de ruimte voor het kritische tegengeluid) bijdraagt aan de legitimiteit van politiek en bestuur. Een te ver doorgevoerde functionalistische benadering van doorwerking doet geen recht aan de publieke effecten die het gevolg (kunnen) zijn van uitgebrachte adviezen en de invloed die een publieke discussie (kan) hebben op de aandacht van het ministerie voor de inhoud van een advies. Door druk vanuit andere partijen kan een advies alsnog, zelfs in versterkte mate, doordringen binnen de arena van de beleidsmakers. Voorbeelden hiervan uit het verleden zijn de adviezen rond dyslexie—waar het veld druk mee aan de slag ging terwijl het advies gepingpongd werd tussen de ministeries van VWS en OC&W—en dioxine—dat via de omweg van de Europese Unie alsnog leidde tot beleidsbijstelling in Nederland (Bijker, Bal, and Hendriks 2009).

Adviescolleges kunnen alleen in de politieke en beleidsarena een belangrijke functie vervullen indien hun legitimiteit niet ter discussie staat. Wetenschappelijke adviescolleges besteden daarom continu aandacht aan het bewaken en borgen van hun wetenschappelijke gezag (Bijker, Bal en Hendriks 2009). Doorwerking wordt daarom niet alleen geanalyseerd op het niveau van het individuele advies, maar wordt ook breder benaderd vanuit het niveau van het instituut van de Gezondheidsraad.

#### *Doorwerking: verschillende vormen*

Binnen de bovengenoemde brede opvatting onderscheiden we in dit onderzoek, in navolging van Weiss (1991), drie verschillende soorten doorwerking. Deze driedeling geeft de mogelijkheid om doorwerking ook te bezien buiten het ‘gebruik’ van het advies door de opdrachtgever. Er is sprake van *instrumentele doorwerking* op het moment dat het advies leidt tot een directe verandering van gedrag van individuen of organisaties in lijn met de aanbevelingen van het advies. Deze instrumentele doorwerking komt overeen met de hierboven beschreven smalle opvatting van doorwerking. Doorwerking kan echter ook op conceptueel niveau plaatsvinden. In het geval van *conceptuele doorwerking* heeft het advies een verandering in de kennis, opvattingen of causale redenering van individuen tot gevolg. Het kan hier gaan om een nieuwe manier van kijken naar een bestaand fenomeen of een bestaande praktijk, dan wel het in kaart brengen van een nieuw fenomeen. Als laatste onderscheiden we *agenderende doorwerking*. Hiervan spreken we wanneer het onderwerp van het advies onderdeel wordt van het maatschappelijke of politieke debat (Bekkers et al 2004).<sup>1</sup> Bij agenderende doorwerking gaat het er niet alleen om dat een bepaald onderwerp op de agenda wordt gezet, maar het gaat er ook over op welke manier er over het onderwerp wordt geschreven en gesproken. Met andere woorden, in welke *frame* het onderwerp wordt geplaatst.

---

<sup>1</sup> Weiss (1991) spreekt hier van *advocacy*, waarbij het er om gaat een bepaald belang naar voren te brengen; onderzoek naar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM heeft bijvoorbeeld laten zien dat de VTV een belangrijke rol speelt in het benadrukken van het belang van de publieke gezondheid (van Egmond et al. 2011).

### *Doorwerking: verschillende publieken*

De drie verschillende vormen van doorwerking laten zien dat er ook verschillende publieken van de adviezen van de Gezondheidsraad te onderscheiden zijn. Naast de opdrachtgever, de minister van een specifiek departement, kunnen de adviezen ook een ander publiek bereiken. Voor een analyse van de doorwerking zullen we dan ook bij verschillende domeinen te rade moeten gaan. In navolging van Bekkers et al. (2004) onderscheiden wij zes 'publieken' van de Gezondheidsraad: (1) departement; (2) parlement; (3) beleidsveld; (4) media; (5) maatschappij en (6) wetenschap. In de trits van instrumentele, conceptuele en agenderende doorwerking is het te verwachten dat een steeds breder publiek wordt bereikt, cq. wordt aangesproken.

## **1.2 Verschillende soorten beleidsproblemen**

In het kader van doorwerking is het van belang om stil te staan bij de aard van de beleidsproblemen waarover wetenschappelijk advies wordt gevraagd. Beleidsproblemen verschillen in de mate waarin er eenduidigheid is over de bestaande wetenschappelijke kennis en de mate waarin er consensus is over de maatschappelijke doelen en dominante criteria. Op basis van deze twee eigenschappen maken Bijker et al (2009), gebaseerd op Renn (2005), onderscheid in vier soorten beleidsproblemen: (1) enkelvoudig, (2) complex, (3) onzeker en (4) ambigu. Hoewel er geen scherpe scheidslijn getrokken kan worden tussen de verschillende categorieën, is het een bruikbaar analytisch onderscheid. Er is sprake van een simpel probleem als de wetenschappelijke kennis (zo goed als) compleet en eenduidig is en de maatschappelijke doelen reeds zijn weerslag hebben gevonden in wet- en regelgeving. Een voorbeeld betreft de beoordeling van enkelvoudige stoffen in het kader van het milieu- of arbeidsomstandighedenbeleid: er is een lange wetenschappelijke traditie waarin de methoden voor normstellingen tot in groot detail zijn ontwikkeld en er bestaat een helder wettelijk kader waarin adviezen kunnen worden ingebed. In het geval van complexe beleidsproblemen is er wel wetenschappelijke kennis, maar bestaat er onenigheid over de relaties tussen de verschillende variabelen en de effectiviteit van de mogelijke beleidsmaatregelen. Een voorbeeld betreft blootstelling aan meerdere stoffen tegelijkertijd: over hoe interacties tussen stoffen kunnen worden geanalyseerd en moeten worden genormeerd is veel minder wetenschappelijke overeenstemming en bestaat een minder uitgewerkt wettelijk kader.

Een probleem wordt als onzeker getypeerd als er sprake is van fundamentele wetenschappelijke onduidelijkheid. Een voorbeeld is de opkomst van het vogelgriepvirus in 2010. Het was lange tijd wetenschappelijk onduidelijk of deze variant van de griep zou leiden tot meer doden dan bij de gewone seizoensgriep. Tegelijkertijd is er wel consensus over de noodzaak voor preventie van griep, dan wel het beperken van de gevolgen voor de volksgezondheid. Dit voorbeeld maakt overigens ook duidelijk dat beleidsproblemen door de tijd heen een andere classificatie kunnen krijgen. Inmiddels wordt de H1N1 variant van de griep (de 'Mexicaanse griep') gezien als een 'gewone griep'. Bij ambiguë problemen tenslotte ontbreekt niet alleen de wetenschappelijke kennis, maar ook de consensus over gedeelde waarden. Een voorbeeld is de beoordeling van genetisch gemodificeerde organismen (gmo). Hier is niet alleen discussie over het soort kennis dat relevant is om tot beoordeling te komen, cq. welke testen daarvoor gehanteerd kunnen worden, maar bestaat ook discussie over welke waarden in het geding zijn; het gaat dan bijvoorbeeld niet alleen om de milieurisico's van de verbouwing van gmo's maar ook om de mate van afhankelijkheid van kleine boeren in ontwikkelingslanden ten opzichte van producenten van gmo's en bestrijdingsmiddelen (Quartz 2011).

### *Verschillende functies van adviesraden*

Het erkennen van verschillende soorten beleidsproblemen heeft gevolgen voor de functie en werkwijze van adviesraden (zie ook tabel 1). Met het toenemen van de (cognitieve en

normatieve) onzekerheid wordt de kring van relevante publieken steeds groter. Funtowitz & Ravetz spreken hier van 'extended peer review' omdat niet alleen de traditionele peer review van collega's van belang is, maar bredere kringen relevante mede-beoordelaars worden voor de kwaliteit van de advisering (Funtowicz and Ravetz 1993). Voor simpele beleidsproblemen kan een adviesraad varen op de expertise van enkele, voor de eigen organisatie werkende, wetenschappers. Dergelijke adviezen kunnen routinematig, bijvoorbeeld met behulp van een kostenbatenanalyse, worden vervaardigd. In het geval van complexe beleidsproblemen zullen ook externe experts, ook van bijvoorbeeld NGO's, moeten worden betrokken bij het opstellen van het advies. Zij zullen met elkaar moeten discussiëren over de kwaliteit van het bestaande wetenschappelijke bewijs. Bij onzekere problemen is het niet meer afdoende om met wetenschappers alleen te discussiëren. Hun kennis is in dergelijke gevallen niet toereikend. Ook vertegenwoordigers van relevante maatschappelijke stakeholders zullen bij de vorming van het advies moeten worden betrokken. Voor ambigue problemen, waarbij onenigheid bestaat over de belangrijke maatschappelijke doelen en waarden, gaat het niet alleen meer om relevante maatschappelijke stakeholders, maar om een veel breder publiek (Bijker, Bal & Hendriks, 2009).

Halffman & Bal onderscheiden op basis van de verschillende soorten beleidsproblemen en de kennis die nodig is om een advies voor een dergelijk beleidsprobleem te vervaardigen, vijf verschillende functies van adviesraden: (1) review; (2) instrumental; (3) mediation; (4) advocacy en (5) reflection. We kunnen deze functies relateren aan hierboven besproken soorten beleidsproblemen en de kennis en participanten die daarvoor nodig zijn. In de reviewfunctie houdt een adviesraad zich vooral bezig met het verzamelen en wegen van wetenschappelijke kennis. Op deze manier wordt getracht om een gezamenlijk begrip van de problematiek te ontwikkelen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het bijeenbrengen van experts met uiteenlopende opvattingen. Dit past vooral bij onzekere problemen. Instrumentele activiteiten betreffen het verzamelen van beschikbare kennis waarbij er een zekere mate van uitwisselbaarheid tussen experts bestaat. Simpele beleidsproblemen kunnen op deze manier worden benaderd. Onder mediation verstaan Halffman & Bal de taken die erop gericht zijn om de verschillende, conflicterende posities helder te krijgen en vervolgens te zoeken naar manieren om de partijen bij elkaar te brengen. Dit kan zowel formele als informele activiteiten betreffen. Deze functie komt niet naar voren in de eerder besproken typologie van Weiss. Complexe en ambigu problemen vragen om een dergelijke aanpak. Advocacy activiteiten hebben betrekking op wat Weiss agenderende doorwerking noemt. Het feit dat de Gezondheidsraad zich richt op gezondheid maakt de Raad in zekere zin al een pleitbezorger van de waarde 'gezondheid'. Reflectieve activiteiten staan verder van de dagelijkse beleidsvorming af en richten zich vooral op vragen: wat gebeurt er precies en wat betekent dit voor de toekomst? Men kan daarbij denken aan essays of publieke lezingen. Deze functie komt overeen met de *framing* functie die eerder werd onderscheiden en lijkt vooral van belang voor onzekere en ambigue problemen (Halffman and Bal 2008). Door middel van (re)framing wordt een beleidsprobleem in een bepaald denkkader geplaatst: wat is de aard van het probleem en waar liggen de mogelijkheden voor interventies. Dit denkkader bepaalt hoe de werkelijkheid wordt gezien (Schon & Rein 1995). Een *frame* (concept, metafoor of verhaal) heeft niet alleen een diagnostische functie, maar ze werkt ook prescriptief. Naast het duiden wat er aan de hand is, geeft ze ook richting aan een mogelijke oplossing.

Hoewel tabel 1 de suggestie wekt dat op basis van een typering van het beleidsprobleem op voorhand te bepalen valt wat de taak van een adviesraad is, staat die taak echter niet vast. Een adviesraad kan immers door middel van reframing van het beleidsprobleem – het plaatsen van een probleem in een ander denkkader – bepalen wat haar eigen taak is. De minister kan bijvoorbeeld een beleidsprobleem als simpel *framen*, waarmee een adviesraad een instrumentele taak krijgt. Door het beleidsprobleem te *reframen* als onzeker en ambigu kan een adviesraad een meer reflexieve taak op zich nemen.

| Soort beleidsprobleem | Betrokkenen bij adviesproces                                                                       | Taak adviesraad            | Activiteiten adviesraad                                                                                          |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Simpel                | Interne experts                                                                                    | Instrumental               | Integreren van bevindingen                                                                                       |
| Complex               | Interne en externe experts                                                                         | Review                     | Bewerkstelligen van gezamenlijk begrip van de problematiek                                                       |
| Onzeker               | Interne en externe experts, stakeholders, relevante maatschappelijke actoren                       | Mediation Advocacy         | Verkennen van uiteenlopende opvattingen en zoeken naar overeenkomsten                                            |
| Ambigu                | Interne en externe experts, stakeholders, relevante maatschappelijke actoren, individuele burgers. | Mediation Advocacy Reflect | Verkennen van uiteenlopende opvattingen en zoeken naar overeenkomsten. Interpretieren van overkoepelende doelen. |

Tabel 1: Beleidsprobleem, taken en processen binnen adviesraden (op basis van Bijker, Bal & Hendriks 2009; Halffman & Bal 2008)

### 1.3 Succesvolle doorwerking

Bovenstaande conceptualisering van doorwerking heeft consequenties voor zowel de vraag wanneer doorwerking ‘succesvol’ kan worden genoemd als voor de methoden om het ‘succes’ van doorwerken te kunnen onderzoeken. Succescriteria voor wetenschappelijk advies dienen rekening te houden met de hierboven besproken verschillende functies van adviesraden (Halffman & Bal 2008). Van een advies over een ambigu beleidsprobleem kan niet worden verwacht dat er sprake is van instrumentele doorwerking. Een advies over een ambigu probleem heeft al heel wat bereikt wanneer er sprake is van agenderende doorwerking (in de vorm van het op de agenda zetten van een probleem of *reframing* in het maatschappelijk debat). Van een enkelvoudig probleem mogen we daarentegen verwachten dat het advies een instrumentele werking heeft. Het is kortweg onmogelijk en onjuist om met slechts met één maat te meten. Onderstaande tabel tracht een en ander te combineren en laat zien waar onderzoek naar doorwerking zich op zou kunnen richten.

| Soort beleidsprobleem | Wat is doorwerking bij dit type beleidsprobleem | Publiek bij dit type beleidsprobleem                                                                                |
|-----------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enkelvoudig           | Instrumenteel                                   | Opdrachtgever                                                                                                       |
| Complex               | Instrumenteel / conceptueel                     | Naast opdrachtgever ook beleidsveld                                                                                 |
| Onzeker               | Conceptueel                                     | Naast opdrachtgever ook beleidsveld, media, maatschappij (stakeholders) en wetenschap                               |
| Ambigu                | Agenderend                                      | Naast opdrachtgever ook beleidsveld, media, maatschappij (naast stakeholders ook individuele burgers) en wetenschap |

Tabel 2: Soort beleidsprobleem, doorwerking en publiek

### 1.4 Probleemstelling

De Gezondheidsraad heeft ons gevraagd onderzoek te doen naar de doorwerking van haar advies. De hoofdvraag van het onderzoek is als volgt geformuleerd.

*Welke factoren bepalen de manier waarop doorwerking plaatsvindt en wat kunnen we daaruit leren voor het adviesproces van de Gezondheidsraad?*

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke typen doorwerking kunnen we onderscheiden?
- In hoeverre is de Gezondheidsraad bewust van de verschillende typen doorwerking en probeert men hierop te anticiperen?
- Wanneer beschouwen de opdrachtgever en het beleidsveld<sup>2</sup> doorwerking als succesvol? Welke criteria hanteren zij daarbij?
- Welke succes- en faalfactoren, voorafgaand en na het verschijnen van het advies, op het niveau van het advies en het niveau van het instituut van de Gezondheidsraad zijn bepalend voor de mate van doorwerking?
- Komen de verwachtingen van de Gezondheidsraad en het (beleids)veld overeen? En zo nee, hoe wordt hier mee omgegaan?

## **1.5 Methoden**

De Gezondheidsraad heeft een zeer breed werkteerterrein en het is onmogelijk om over dat gehele terrein de doorwerking van het werk van de Raad te onderzoeken. Daarom hebben wij ervoor gekozen om op kwalitatieve wijze case studies uit te voeren. In het onderstaande beschrijven we de casusselectie, de dataverzamelmethode en de wijze van analyse.

### *Casusselectie*

We hebben de casus op drie niveaus gedefinieerd, namelijk: (1) sectorspecifiek, (2) procedurespecifiek en (3) adviespecifiek. Bij de selectie hebben we tevens gestreefd naar voldoende variëteit van de adviezen in termen van typen beleidsproblemen: van ambigu en onzeker (o.a. *Vergrijzen met ambitie*) tot meer instrumenteel (o.a. gevaarlijke stoffen bij werknemers en *Gezonde voeding; logo's onder de loep*). Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat adviezen zich niet altijd eenduidig laten typeren met behulp van de modeltermen van ons ontwikkelde theoretische kader, omdat veel adviezen meerdere typen beleidsproblemen en vormen van doorwerking met zich meedragen.

### Sectorspecifiek

Op sectorspecifiek niveau zijn drie adviezen uit de ouderenzorg bestudeerd. Er is gekozen voor deze sectorspecifieke casusselectie, omdat dit onder meer de mogelijkheid biedt om te bekijken waarom een bepaald advies wel doorwerking heeft gehad en een ander advies niet, terwijl de randvoorwaarden relatief gelijk zijn vanwege het feit dat ze zijn gericht op (min of meer) dezelfde sector. Voordeel van deze benadering is bovendien dat er een meer lange termijn perspectief kan worden gehanteerd. In het afgelopen decennium zijn er elf adviezen verschenen die betrekking hebben op de ouderenzorg (zie tabel 3), daarvan zijn er drie onderzocht: (1) *Dementie* uit 2002, (2) *Vergrijzen met ambitie* uit 2005, en (3) *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid* uit 2009. Ten tijde van de uitvoering van het onderzoek is ook nog het advies *Ouderdom komt met gebreken; Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit* uit 2008 meegenomen, omdat dit advies samen met de geselecteerde adviezen een reeks van adviezen vormt op het gebied van de ouderenzorg die op elkaar voortbouwen.

---

<sup>2</sup> In dit rapport bedoelen we met opdrachtgever de ministerie(s) en de Tweede Kamer die een advies aanvragen bij de Gezondheidsraad en met het beleidsveld de spelers in het praktische veld waarop het advies betrekking heeft.

| Naam advies                                                                      | Jaartal | Aandachtsgebied                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------|
| Dementie                                                                         | 2002    | Optimale gezondheidszorg         |
| Urine-incontinentie                                                              | 2001    | Optimale gezondheidszorg         |
| Vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen en risicogroepen                       | 2003    | Optimale gezondheidszorg         |
| Vergrijzing met ambitie                                                          | 2005    | Optimale gezondheidszorg         |
| Briefadvies Griepvaccinatie bij ouderen van groot belang                         | 2007    | Preventie                        |
| Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid                                  | 2009    | Preventie                        |
| Briefadvies over Hoogspanningslijnen en de ziekte van Alzheimer                  | 2009    | Gezonde leefomgeving             |
| Advies Onderzoek Verpleging & Verzorging                                         | 2001    | Innovatie & kennisinfrastructuur |
| Onderzoek medische zorg voor ouderen                                             | 2006    | Innovatie & kennisinfrastructuur |
| Briefadvies multimorbiditeit bij ouderen                                         | 2007    | Innovatie & kennisinfrastructuur |
| Ouderdom komt met gebreken; Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit | 2008    | Innovatie & kennisinfrastructuur |

Tabel 3: Adviezen binnen de ouderenzorg naar aandachtsgebied

De spreiding over de tijd van deze adviezen – 2002, 2005 en 2009 – was een belangrijke reden om voor deze adviezen te kiezen. Er is specifiek gekozen voor het advies *Vergrijzen met ambitie* vanwege het feit dat de Tweede Kamer dit advies heeft aangevraagd. Ook is ervoor gekozen om zowel een specifiek advies (dementie) als een meer breed en verkennend advies (Vergrijzen met ambitie) te selecteren.

#### Procedurespecifiek

De Gezondheidsraad kent naast adviezen over actuele onderwerpen ook vaste activiteiten (Gezondheidsraad 2011). Binnen deze activiteiten heeft de GR een vaste adviserende taak. Dergelijke processen en adviezen zijn van een andere aard dan de processen rondom actuele onderwerpen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de communicatie en afstemming met de opdrachtgever omdat hier een veel langduriger relatie mee wordt opgebouwd. Dit kan van invloed zijn op de doorwerking van de adviezen. De advisering rondom toxische eigenschappen en gezondheidseffecten van stoffen op werknemers is om deze reden als casus gekozen.

#### Adviesspecifiek

Als laatste hebben we een drietal adviezen bekeken die adviseren over actuele onderwerpen; namelijk: (1) *Bijzondere interventies aan het hart* (2007); (2) *Astma, allergie en omgevingsfactoren* (2007) en (3) *Gezonde voeding: logo's onder de loep* (2008). Reden voor deze selectie is (a) een spreiding over de aandachtsgebieden van de Gezondheidsraad (zowel optimale gezondheidszorg, gezonde leefomgeving als gezonde voeding); (b) de actualiteit van het onderwerp waarbij er wel voldoende tijd is geweest voor doorwerking en (c) een spreiding in curatieve en preventieve onderwerpen (de care sector wordt onderzocht in de sectorspecifieke casus).

De gekozen adviezen omvatten het brede werkterrein van de Gezondheidsraad, waarbij alle zes aandachtsgebieden zijn meegenomen: optimale gezondheidszorg, preventie, gezonde leefomgeving, gezonde voeding, gezonde arbeidsomstandigheden en innovatie & kennisinfrastructuur (zie tabel 4). In bijlage 2 wordt een korte omschrijving gegeven van de onderzochte adviezen.

| Naam advies                                                             | Jaartal    | Aandachtsgebied                  |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|
| Dementie                                                                | 2002       | Optimale gezondheidszorg         |
| Vergrijzing met ambitie                                                 | 2005       | Optimale gezondheidszorg         |
| Ouderdom komt met gebreken                                              | 2008       | Innovatie & kennisinfrastructuur |
| Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid                         | 2009       | Preventie                        |
| Bijzondere interventies aan het hart                                    | 2007       | Optimale gezondheidszorg         |
| Astma, allergie en omgevingsfactoren                                    | 2007       | Gezonde leefomgeving             |
| Gezonde voeding: logo's onder de loep                                   | 2008       | Gezonde voeding                  |
| Toxische eigenschappen en gezondheidseffecten van stoffen op werknemers | doorlopend | Gezonde arbeidsomstandigheden    |

Tabel 4: Onderzochte adviezen naar aandachtsgebied van de Gezondheidsraad

### *Dataverzameling*

Om de doorwerking van de gekozen casus te onderzoeken is gebruik gemaakt van twee methoden van dataverzameling: documentenanalyse en interviews.

### Documentenanalyse

Voor de geselecteerde casus zijn de volgende documenten geanalyseerd:

- Het advies van de Gezondheidsraad
- De officiële reactie van de opdrachtgever
- Parlementaire documenten die verwijzen naar het betreffende advies
- Documenten uit het beleidsveld
- Artikelen in de media
- Het archief van de Gezondheidsraad.

Voor de artikelen in de media is gebruik gemaakt van de database die beschikbaar is via de bibliotheek van de Gezondheidsraad. De medewerkers van de bibliotheek houden per advies bij of er berichtgeving verschijnt op websites of in de kranten. Dit is allemaal opgeslagen in een database die wij voor dit onderzoek mochten inzien. De officiële reactie van de opdrachtgever bevond zich ook in deze database. Soms waren er ook andere parlementaire documenten in opgenomen. Dit leek echter niet helemaal compleet. Er is daarom ook gezocht via de website officiëlebekendmakingen.nl. Daarnaast werden relevante documenten soms aangedragen in de interviews. Naast deze bronnen hebben we ook gezocht in de media databank LexisNexis. Hieruit kwamen echter geen aanvullende stukken.

### Interviews

Vanwege de definitie van doorwerking die wij hanteren, lag het voor de hand om naast de analyse van de officiële documenten ook interviews af te nemen. Voor de geselecteerde casus hebben we semi-gestructureerde interviews gehouden met:

- de secretaris, voorzitter en een of twee leden van desbetreffende commissie
- de ambtelijk waarnemer(s) van het advies
- de kernspelers in het beleidsveld (afgeleid uit de analyse van het advies, de interviews met de secretaris en het betreffende ministerie).

De interviews waren gericht op het verloop van het adviesproces, van probleemformulering tot en met eventuele doorwerking. In totaal is gesproken met 48 mensen, verdeeld over 43 interviews. Sommige respondenten spraken wij twee keer. Een overzicht van de respondenten is opgenomen in bijlage 1. De interviews, op één na, zijn met toestemming van de respondenten opgenomen en verbatim uitgewerkt. Voor één interview is een verslag gemaakt dat ter accordering is voorgelegd aan de respondenten.

### *Analyse*

De interviews en de documenten zijn eerst op casusniveau geanalyseerd. Daaruit volgde een uitgebreide casusbeschrijving waarin werd beschreven wat de aanleiding van het advies was, hoe het proces is verlopen en wat er vervolgens is gebeurd met het advies. Een beknopte versie van deze casusbeschrijvingen is te vinden in bijlage 2. Op basis van de casusbeschrijvingen is daarna een analyse gemaakt van de diverse casus. Er is gezocht

naar factoren die de doorwerking hebben beïnvloed. Gekeken is welke factoren voor meerdere casus relevant waren en op welke manier deze factoren van invloed zijn geweest op de doorwerking. Op basis van deze analyse zijn de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 ontstaan.

## **1.6    *Opbouw rapport***

In hoofdstuk 2 beschrijven de verschillende soorten doorwerking die we hebben gezien binnen de door ons onderzochte casus. Vervolgens laten we in hoofdstuk 3 tot en met 5 zien welke factoren we hebben geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op de doorwerking. We onderscheiden daarbij twee niveaus, namelijk (1) het niveau van het advies en (2) het niveau van het instituut Gezondheidsraad. Hoofdstuk 3 gaat in op de fase voorafgaand aan het verschijnen van het advies en welke factoren in het ‘spel vooraf’ de doorwerking bepalen. In hoofdstuk 4 staat de relatie tussen wetenschap en beleid centraal. De wijze waarop de afstand en nabijheid tussen Raad tot en het beleid wordt vormgegeven, heeft gevolgen voor de doorwerking van adviezen. Tevens gaan we daarbij in op factoren van doorwerking in het spel na het verschijnen van het advies (nazorg). In hoofdstuk 5 verleggen we het niveau van analyse van het advies naar het niveau van het instituut Gezondheidsraad. We richten ons daar op het gezag van de Gezondheidsraad binnen het Nederlandse bestuurlijke landschap en de invloed daarvan op doorwerking.



## **2. Uitkomsten van het spel – vele vormen van doorwerking**

In dit hoofdstuk bespreken we welke typen doorwerking de onderzochte casus hebben veroorzaakt. In het inleidende hoofdstuk onderscheidden we drie typen doorwerking, namelijk instrumentele, conceptuele en agenderende doorwerking (Weiss 1991). In het onderstaande bespreken we deze typen doorwerking aan de hand van de geanalyseerde casus. Overigens is er niet altijd sprake van doorwerking. Soms is die er wel, maar betreft het een ander soort doorwerking dan de desbetreffende commissie voor ogen had. Het is ook van belang om hierbij stil te staan. De constatering dat er geen of andere doorwerking heeft plaatsgevonden dan bedoeld, geeft ook interessante inzichten. Daarnaast is het van belang om te laten zien dat er binnen een casus verschillende opvattingen zijn over het succes van het advies in termen van doorwerking. De verschillende betrokken commissieleden, ambtenaren van het ministerie en de secretaris van de Gezondheidsraad hebben soms verschillende ideeën over een al dan niet succesvolle doorwerking. Dit hoofdstuk biedt daarin inzicht en illustreert daarmee ook de verschillende theoretische concepten uit hoofdstuk 1.

Zoals de titel van het hoofdstuk al suggereert is doorwerking de uitkomst van een spel. De uitkomst is afhankelijk van de spelregels, de spelers zelf, en de wijze waarop het spel wordt gespeeld. Deze thema's komen in de andere hoofdstukken uitvoerig aan de orde. Het bespreken van de uitkomsten van het spel gaat echter niet zonder soms al wat aandacht te besteden aan de elementen die de uitkomst bepalen. Om dit hoofdstuk goed te kunnen begrijpen is enig inzicht in de achtergrond van de adviezen soms noodzakelijk. We verwijzen in die gevallen naar de bijlage waarin de casus kort worden beschreven.

In het eerste deel van dit hoofdstuk bespreken we de verschillende typen van doorwerking. De voorbeelden die in dit hoofdstuk worden aangehaald zijn niet uitputtend, maar geven een overzicht van het brede palet aan doorwerking van de adviezen van de Gezondheidsraad. Omdat een advies vaak uit meerdere deeladviezen bestaat kan deze tot verschillende typen doorwerking hebben geleid. Eén of meer deeladviezen kunnen bijvoorbeeld hebben geleid tot instrumentele doorwerking, terwijl de overige (deel)adviezen geen doorwerking kennen. De onderzochte casus kunnen daarom zowel genoemd worden in de paragraaf over instrumentele doorwerking als in de paragraaf die voorbeelden beschrijft van adviezen die niet tot doorwerking hebben geleid.

### **2.1 Instrumentele doorwerking**

Er is sprake van instrumentele doorwerking op het moment dat het advies leidt tot een directe verandering van gedrag van individuen of organisaties in lijn met de aanbevelingen van het advies. Instrumentele doorwerking is de meest zichtbare vorm van doorwerking. Adviezen worden in dat geval direct omgezet in maatregelen. Hiervan zijn in de casus voldoende voorbeelden te noemen. We zien deze instrumentele doorwerking bij verschillende publicaties van de Gezondheidsraad. In deze paragraaf wordt onderscheid gemaakt tussen instrumentele doorwerking bij de opdrachtgever (departement of bij uitzondering parlement) en het beleidsveld. Instrumentele doorwerking wordt overigens niet altijd positief gewaardeerd. Als laatste bespreken we ook voorbeelden van instrumentele doorwerking die niet positief zijn ontvangen.

#### *Instrumentele doorwerking door de opdrachtgever*

In 2002 vraagt de minister de Raad een advies over de stand van wetenschap met betrekking tot bijzondere interventies aan het hart. De reden voor de adviesaanvraag is de actualisering van het Planningsbesluit in het kader van de Wet Bijzonder Medische Verrichtingen (WBMV). Twee jaar later schrijft de minister een hernieuwde adviesaanvraag, omdat er "onduidelijkheid bestaat over de informatiebehoefte" (Gezondheidsraad 2007c). Die

onduidelijkheid zou blijken uit overleg tussen het departement en de Gezondheidsraad. Volgens de minister is in het werkprogramma van 2005 “de oorspronkelijke adviesaanvraag slecht te herkennen”. In de nieuwe adviesaanvraag staat de minister uitgebreid stil bij het nieuwe zorgstelsel en het idee van concurrentie tussen zorgaanbieder dat daaraan ten grondslag ligt. Het beleid is er daarom op gericht om zoveel mogelijk in te zetten op deregulering, aldus de minister. De vraag aan de Raad is of er argumenten zijn tegen het dereguleren van de verrichtingen die op dat moment vallen onder het Planningsbesluit Bijzondere interventies aan het hart.

Het advies heeft geleid tot een aantal beleidswijzigingen, dat te typeren is als instrumentele doorwerking. In de formele reactie van de minister wordt op grond van het advies *Bijzondere interventies aan het hart* een commissie opgericht die de concentratie in de kinderhartcentra moet gaan begeleiden. Dit is direct overgenomen uit het advies. Ook de aanbeveling dat de (kinder)hartchirurgie onder het vergunningsstelsel van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen hoort te vallen, wordt door de minister opgevolgd.

Daar hebben we het advies van de Gezondheidsraad ter harte genomen om een commissie in te stellen, de Commissie Lie. Henk Lie, die dus én voorzitter was van de Gezondheidsraad-commissie én hier van de commissie kinderharten. Die commissie heeft zijn werk heel erg goed gedaan. Daar zijn heel veel kwaliteitscriteria uit naar voren gekomen (interview beleidsmedewerker VWS).

De kwaliteitscriteria die zijn opgesteld door deze commissie zijn echter vanwege vergaande juridisering moeilijk te hanteren. Het lukt het ministerie niet altijd om de criteria ook te hanteren, omdat het ministerie steeds vaker te kampen heeft met ziekenhuizen die een vergunningsbesluit juridisch aanvechten (interview beleidsmedewerker VWS).

Tegelijkertijd stuiten we op de problematiek van de juridisering van alles. Dat je nauwelijks meer goed bedacht beleid kan uitvoeren op grond van de WBMV, omdat alles wat je doet als overheid met de duurste advocaten wordt bestreden als het niet in het belang is van de instelling. Dus een heleboel van de kwaliteitsoverwegingen die je hoopt te hanteren bij je verdere beleid, die worden teniet gedaan. (interview beleidsmedewerker VWS)

Het advies van de Gezondheidsraad heeft echter wel een belangrijke rol gespeeld in het juridische spel tussen het ministerie en de ziekenhuizen. Het advies van de Gezondheidsraad zorgde ervoor dat het ministerie sterker stond in haar besluit geen vergunning te verlenen aan een bepaald ziekenhuis. De rechter nam de criteria die door de Gezondheidsraad zijn opgesteld over.

De hartchirurgie, daarvan had de GR aanbevolen om dat vooral onder de vergunningplicht te houden. Dat is gedaan. We hebben ook een casus gehad waarbij [naam ziekenhuis] niet langer voldeed aan de criteria. Toen zijn ze gestopt met hartchirurgie. Daarna wilden ze opnieuw een vergunning hebben en die is geweigerd. En die heeft juridisch stand gehouden, mede dankzij het advies van de GR, waarin ook criteria stonden voor de hartchirurgie. (interview beleidsmedewerker VWS)

Hetzelfde advies was ook input voor het Planningsbesluit van het ministerie. Op basis van het advies heeft de beleidsmedewerker in het besluit opgenomen dat katheterablaties alleen mogen plaatsvinden als er ook *on site* chirurgie is. De beleidsmedewerker vertelt dat het “advies van de Gezondheidsraad heel nuttig is geweest” voor het opstellen van het Planningsbesluit. Op basis van het advies van de Raad heeft het ministerie een “heel aantal instellingen juridisch houdbaar kunnen weigeren” (interview beleidsmedewerker VWS).

Het instellen van het Landelijke Dementie Programma (LDP) is een voorbeeld van instrumentele doorwerking van het advies *Dementie*. Binnen het LDP werd ingezet op het verbeteren van de zorg aan cliënten met dementie en hun mantelzorgers en het vergroten

van de inspraak van cliënten in de regio. De belangrijkste thema's van het subsidieprogramma waren het verbeteren van de kwaliteit van zorg door kleinschalige zorgvoorzieningen (Tweede Kamer 2005b:113), het verbeteren van de wettelijke positie van de dementerende cliënt (Tweede Kamer 2005b:13, Tweede Kamer 2006:73) en het verbeteren van de positie van de mantelzorger. Deze thema's zijn te herleiden uit het advies van de Gezondheidsraad. De commissie beveelt onder andere aan om de kwaliteit en organisatie van de zorg voor dementiepatiënten te verbeteren, aandacht te besteden aan de overbelasting van mantelzorgers en om het begrip wilsonbekwaamheid bij dementie nader te omlijnen. Bij de vormgeving van het subsidieprogramma zijn de aanbevelingen van de Gezondheidsraad dus duidelijk te herkennen. Een toenmalige beleidsmedewerker bij VWS omschrijft de functie van het LDP vooral als het bouwen van een infrastructuur voor het verbeteren van de langdurige zorg. Het advies heeft daar volgens haar een hele belangrijke rol vervuld. "Als dat advies er niet was geweest was dat nooit gebeurd" (interview beleidsmedewerker VWS) is haar stellige overtuiging. Het programma liep tot eind 2008 en is positief geëvalueerd door ZonMw. In de slotbeschouwing wordt het programma als "katalysator" (ZonMw 2009:54) omschreven.

Veel van de adviezen met betrekking tot de vaststelling van gezondheidkundige grenswaarden voor chemische stoffen op de arbeidsplek kunnen ook onder het vakje instrumentele doorwerking worden geschaard. Met name die adviezen over specifieke stoffen – de bulk van de adviezen in deze procedure – vallen hieronder. Doorwerking van een deel van deze adviezen is bovendien tot op zekere hoogte gegarandeerd omdat ze onderdeel zijn van een specifieke drietraps procedure: na het advies van de Gezondheidsraad over de gezondheidkundige advieswaarde adviseert de subcommissie gezondheidsschadelijke stoffen van de commissie Arbeidsomstandigheden van de SER over de haalbaarheid van die waarde, waarna de minister hem vaststelt. Afwijkingen van de advieswaarde van de Gezondheidsraad zijn meestal tijdelijk totdat de SER beoordeelt dat het wel (technisch dan wel financieel) haalbaar is om aan de gezondheidkundige advieswaarde te voldoen.

Aan het automatisme van de doorwerking is in 2007 wel een verandering gekomen met de implementatie van een nieuwe procedure voor de vaststelling wat van toen af aan wettelijke grenswaarden ging heten. Gold de drietraps procedure tot die tijd voor *alle* stoffen die in de procedure werden behandeld, sindsdien is dat alleen nog het geval voor *genotoxisch carcinogene* en *allergene* stoffen zonder drempelwaarde-effect (stoffen die respectievelijk kanker dan wel allergische reacties kunnen veroorzaken en waarvan wordt aangenomen dat een veilige drempelwaarde niet is vast te stellen; het gaat bij deze stoffen altijd om een risico-afweging). Over 'gewone' toxische stoffen adviseert de Gezondheidsraad rechtstreeks aan de minister, die dan een wettelijke waarde kan vaststellen. Achtergrond van de wijziging in de procedure van 2007 waren precies discussies over doorwerking, niet zozeer in het beleid – die was volgens de drietrapsprocedure min of meer gegarandeerd – maar wel in de praktijk. Een tweede achtergrond vormde het gegeven dat er in de praktijk met veel meer stoffen wordt gewerkt dan waarvoor normen beschikbaar zijn (voor de tienduizenden in de praktijk gehanteerde stoffen waren slechts achthonderd wettelijke normen vastgesteld), terwijl die stoffen vaak ook nog in combinatie worden gebruikt. Uitgangspunt van de verandering in 2007 is dan ook dat bedrijven zelf verantwoordelijk zijn voor de vaststelling van grenswaarden voor de stoffen waarmee zij werken. De wettelijke grenswaarden zijn slechts een van de bronnen die ze daarvoor kunnen gebruiken. De vraag is of doorwerking naar de praktijk daarmee ook beter is geworden. Nog lopend onderzoek van de Inspectie SZW geeft aan dat er in de chemische industrie bij de eerste inspectie geen enkel van de bezochte bedrijven voldoet aan alle voorschriften. Door naast toezicht op de regelgeving de bedrijven de weg te wijzen blijkt naleving ten aanzien van grenswaarden vrijwel volledig mogelijk (interview beleidsmedewerker SZW en inspecteur van de Inspectie SZW).

### *Instrumentele doorwerking in beleidsveld*

Als het gaat over instrumentele doorwerking dan hoeft dat niet alleen te betekenen dat de opdrachtgever actie moet ondernemen. Zoals we zojuist al schetsten voor de gezondheidsschadelijke stoffen kan er ook via bedrijfsleven of het gezondheidszorgveld doorwerking van een advies plaatsvinden. Sterker nog, uiteindelijk is dit vaak ook de bedoeling van het advies en de adviesaanvraag. Een voorbeeld van deze vorm van instrumentele doorwerking is het opnemen in een professionele richtlijn. We zien bijvoorbeeld dat de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap *NHG-standaard Dementie* (NHG 2003) heel duidelijk vaart op de kennis die wordt gepresenteerd in het Gezondheidsraad advies over dementie. In de standaard wordt het gebrek aan bewijs voor de behandeling met oestrogenen genoemd en neemt men ook de noodzaak voor een diagnose door een gespecialiseerde arts over. Ook het kwaliteitsinstituut CBO verwijst in haar richtlijn Dementie naar het Gezondheidsraadadvies wanneer het gaat over vroege diagnose, informele zorg en de afwezigheid van wetenschappelijk bewijs voor het gebruik van cholinesterase (CBO 2005). Op basis van de richtlijn heeft de NVVA, tegenwoordig Verenso, een instrument ontwikkeld dat ouderengeneeskundigen ondersteunt bij het stellen van de diagnose dementie. Hoewel er niet wordt verwezen naar het advies van de Gezondheidsraad wordt de gedachtegang op het gebied van depressie, angst, informele zorg en onafhankelijkheid wel gevolgd door de NVVA (Theeuwes 2002).

In navolging van het advies *Bijzondere interventies aan het hart* is door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie een centraal registratieorgaan opgericht, de National Cardiovasculair Data Registry (NCDR). Dit lijkt op het eerste gezicht een mooi voorbeeld van instrumentele doorwerking. De commissie adviseert landelijke registratie en er is ook daadwerkelijk een centraal registratieorgaan in het leven geroepen. Er zijn echter nog wel problemen met de registratie, waardoor het achterliggende idee van het advies, openheid en transparantie over de kwaliteit van zorg, nog niet wordt bereikt. De gegevens zijn bijvoorbeeld niet openbaar, terwijl dit wel wordt bepleit door de commissie. Bovendien leveren nog niet alle centra gegevens aan. De voorzitter van de NCDR noemt het bestaan van de NCDR vooral een kwestie van papier, want “het loopt allemaal niet” (interview voorzitter NCDR). Eén van de oorzaken daarvan is een discussie over de kosten van de registratie. Ook zijn de commissieleden niet enthousiast over het feit dat de overheid het oprichten van het registratieorgaan heeft overgelaten aan het beleidsveld en niet veel meer zelf de regie heeft genomen. De directeur van de NCDR is veel minder pessimistisch over de voortgang van de registratie. Zij vertelt dat er steeds meer ziekenhuizen gaan registreren en is positief over de toekomst van de NCDR (interview directeur NCDR).

Naar aanleiding van het advies *Gezonde voeding: logo's onder de loep* besluit het bedrijfsleven drie belangrijke aanpassingen door te voeren: het invoeren van een gezamenlijk logo, het hanteren van twee verschijningsvormen en een betere afstemming met de richtlijnen van het Voedingscentrum. Het creëren van één gezamenlijk logo was moeilijk en tevens aanleiding om het advies aan te vragen en het advies heeft daartoe een stimulans gegeven (interview voorzitter wetenschappelijke commissie IKB). De aanpassingen zijn allen conform de aanbevelingen van de Gezondheidsraad, ook al verwachtte de Raad daarbij wel dat de overheid hierin het voortouw zou nemen in plaats van het bedrijfsleven. Hoewel het advies voor een deel niet is opgevolgd doordat er bijvoorbeeld is gekozen voor zelfregulering in plaats van de aanbevolen overheidsregulering is het advies een “succesvol vehikel geweest om beleid neer te zetten” (interview beleidsmedewerker VWS).

### *Instrumentele doorwerking niet altijd positief ontvangen*

Instrumentele doorwerking heeft vaak een positieve connotatie. Er wordt immers iets gedaan met een advies. In het kader van doorwerking lijkt het dan al snel goed. Directe actie hoeft echter niet altijd positief te zijn. Bijvoorbeeld vanwege een verkeerde of te snelle interpretatie van het advies. Een dergelijke instrumentele doorwerking is het afschaffen van de subsidies

op matrasbeschermingshoezen door de zorgverzekeraars op basis van het advies *Astma, allergie en omgevingsfactoren*. In het advies staat dat het niet bewezen is dat een matrasbeschermingshoes als enkelvoudige interventie zal bijdragen aan de preventie van astma. De zorgverzekeraars hebben op basis van deze constatering de subsidies voor de matrasbeschermingshoezen afgeschaft (interview Astmafonds). Het advies zegt echter ook dat een effectieve aanpak van astma vooral betekent dat een combinatie van interventies ingezet moet worden. Een dergelijke hoes kan daarvan onderdeel zijn. Het Astmafonds is dan ook niet blij met deze instrumentele doorwerking van het advies.

De voortvarendheid waarmee Albert Heijn het advies *Gezonde voeding* opvolgde (een logo met twee verschijningsvormen) werd niet door iedereen gewaardeerd. Het ministerie bleek grote moeite te hebben met de aanpak van Albert Heijn, omdat zij vreesden dat daarmee het harmonisatieproces bemoeilijkt zou worden. Het ministerie koos voor een aanpak waarbij rekening werd gehouden met alle spelers in het veld. Toen Albert Heijn met een persbericht wilde komen om hun nieuwe beleid aan te kondigen was men bij VWS “not amused”. Een directielid van Albert Heijn vertelt dat zij daarover met een Directeur Generaal van het ministerie heeft gesproken.

Want’, zei hij, ‘de normen die hier in staan, zijn een ideaalbeeld waar we naar toe gaan groeien. Mijn tijdspad is twintig jaar en die tijd geef ik dus aan het veld om deze normen te bereiken. En jullie gaan het gewoon doen.’ En dat was niet de bedoeling. (interview hoofd Kwaliteit en Productduurzaamheid Ahold Europa, Albert Heijn)

Het voorbeeld laat zien dat het niet altijd in ieders belang is als een veldspeler direct het advies van de Gezondheidsraad overneemt.

## **2.2 Conceptuele doorwerking**

In een meer brede opvatting van doorwerking gaat het niet alleen over directe veranderingen in gedrag van individuen of organisatie. Doorwerking kan ook plaatshebben op conceptueel niveau doordat er naar aanleiding van het advies veranderingen optreden in de kennis, opvattingen of causale redeneringen van individuen of organisaties. Voor alle type doorwerking geldt dat het in sommige gevallen lastig is om vast te stellen of er een (causaal) verband bestaat met het uitgebrachte advies. De Gezondheidsraad is vaak niet de enige actor die zich bezighoudt met een bepaald onderwerp. Vooral bij adviezen die een conceptuele rol vervullen is dat lastig te bepalen. Het is vaak onduidelijk welk verschil een advies van de Gezondheidsraad precies maakt.

Het lijkt me lastig. Ook omdat een onderwerp meestal sowieso belangrijk wordt gevonden in de samenleving. En opgepakt wordt, ook als het advies er niet geweest was. (interview beleidsmedewerker VWS)

Dat wil echter niet zeggen dat conceptuele doorwerking niet zichtbaar gemaakt kan worden. Ten aanzien van een aantal adviezen is wel degelijk conceptuele doorwerking te constateren.

Het advies *Bijzondere interventies aan het hart* heeft geleid tot veel discussie en beleidswijzigingen. In eerste instantie heeft de minister van VWS besloten het advies niet te volgen en de PCI's en ICD's uit het vergunningstelsel (WBMV) te halen (Tweede Kamer 2007). De Gezondheidsraad bleef denken vanuit aanbodsturing, terwijl het ministerie de stap wilde maken naar zelfregulering en marktwerking, aldus de officiële reactie van de minister op het advies. Uiteindelijk heeft de Tweede Kamer ervoor gezorgd dat deze verrichtingen toch vergunningplichtig bleven gedurende een overgangstermijn (Tweede Kamer 2009). Vooruitlopend op de voorgenomen opheffing van de vergunningplicht is voor de ziekenhuizen meer ruimte gecreëerd om PCI en ICD zorg aan te kunnen bieden. Hiertoe konden vergunningaanvragen worden ingediend. Een groot deel van de aanvragen is

gehonoreerd. Ten tijde van de adviesaanvraag was bij het ministerie nog niet duidelijk in hoeverre overheidsingrijpen via het vergunningensysteem van de WBMV nog noodzakelijk was. Het advies zelf gaf die duidelijkheid niet, aldus een beleidsmedewerker bij VWS. Het proces dat ontstond naar aanleiding van het verschijnen van het advies zorgde echter wel voor conceptuele helderheid binnen het ministerie. Het advies droeg daarmee indirect bij aan een “weloverwogen besluitvorming” (interview beleidsmedewerker VWS). De constatering dat de Gezondheidsraad in haar advies te veel uitging van aanbodsturing bracht in ieder geval een belangrijke discussie op gang.

Een ander voorbeeld van conceptuele doorwerking is de positieve kijk op de vergrijzing die spreekt uit het advies *Vergrijzen met ambitie*. Het was het expliciete doel van de commissie om een filosofisch en normatief advies te schrijven dat zou leiden tot een verandering in de conceptualisering van vergrijzing (interview secretarissen Gezondheidsraad). Deze vorm van doorwerking lijkt te zijn bereikt door de Gezondheidsraad. Het advies was aangevraagd door de themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer. In de rapportage van deze themacommissie wordt expliciet de meer positieve visie van de Gezondheidsraad op de vergrijzing overgenomen. In de inleiding van het rapport staat dit als volgt omschreven.

Als titel van het rapport is gekozen voor *Lang zullen we leven!* Gaandeweg realiseerden wij ons dat het een maatschappelijke prestatie is dat zoveel mensen zo oud kunnen worden in een relatief goede gezondheid en onder goede leefomstandigheden (Tweede Kamer 2005a).

Dit advies wordt ook gebruikt in het politieke debat, maar daarin verdwijnt soms de positieve toon die het advies uitstraalt. In de algemene politieke beschouwingen in 2005, in het kader van de Miljoenennota 2006, wordt het advies *Vergrijzen met ambitie* op een geheel andere wijze aangehaald door de toenmalige politieke leider van de Socialistische Partij.

Als tekortkomingen van de zorg die nu door velen gesignaleerd worden, blijven bestaan of toenemen, dan zou ook de behoefte kunnen toenemen om zelf te bepalen wanneer men afscheid van het leven wil nemen.” Hier staat in één zin het verband tussen het geluk van mensen, hun levenswil, en de leefomstandigheden in verpleeghuizen. Zover zijn wij dus al in Nederland dat de Gezondheidsraad dit zo opschrijft. (Tweede Kamer 2005b:102)

Het gebruik van het advies in de politieke context zorgt in dit geval voor een geheel andere interpretatie van het advies.

#### *Conceptuele doorwerking in beleidsveld*

Een voorbeeld van conceptuele doorwerking buiten de directe invloedssfeer van de overheid is het advies *Preventie bij ouderen. Focus op zelfredzaamheid*. De conceptuele boodschap van het advies, meer focus op functioneringsgerichte preventie en zelfredzaamheid, heeft vooral zijn weg gevonden naar het praktijkveld via het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Diverse adviezen van de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) hebben bijgedragen aan de totstandkoming van het NPO programma. De voorzitter van het NPO wijst daarbij op de adviezen *Onderzoek medische zorg voor ouderen* (RGO), *Vergrijzen met ambitie* en *Ouderschap komt met gebreken*. Belangrijke punten die in het NPO zijn opgepakt zijn de focus op kwetsbare ouderen, samenwerking en de ouderen een stem geven. Het advies *Preventie bij ouderen* leverde een goede basis voor de onderbouwing van een conceptuele aanpassing in het NPO programma.

Na de derde subsidieronde realiseerde het NPO zich dat er nog weinig projecten werden ingediend die ook voldoende de brug naar preventie en welzijn maakten. De neiging was om projecten vooral medisch in te steken, terwijl hulp bij welzijn voor kwetsbare ouderen van groot belang kan zijn. Daarom zijn de subsidierondes tijdelijk stopgezet om eerst een interne discussie te voeren en een visiedocument op te stellen. Dit document is gebruikt voor het opsporen en invullen van ‘witte vlekken’ in het NPO programma (NPO 2010, werkdocument

12-06-2010). Bij het opstellen van dit visiedocument kwam het advies *Preventie bij ouderen* goed van pas.

Maar wij hebben op een goed moment bij ronde 3 of 4, toen kwam dit advies [*Preventie bij ouderen*] over dat functioneren, toen hebben we gezegd: Je mag indienen wat je wilt, [...] maar het moet bij voorkeur gaan over preventie bij functiebeperking en kwaliteit van leven. Nou, er was duidelijk een link met het advies van de Gezondheidsraad. (interview voorzitter NPO)

De voorzitter van het NPO ziet de interne discussie over het programma en de uitkomst van het advies als een gelijktijdige ontwikkeling, waarbij het advies wel gebruikt is ter onderbouwing van hun tussentijdse visiedocument.<sup>3</sup> “Maar om nou te zeggen: dit eerst en toen wij. Nee, het ging gelijktijdig.” (idem) Ook de coördinator van het NPO heeft niet de indruk dat het advies van de Gezondheidsraad de kernaanleiding was om te reflecteren over het idee van het NPO programma.

“De vraag van ouderen en zelfredzaamheid, die zit daar sterk in. Maar ik weet niet of dat bewust werd gedaan naar aanleiding van dat verschijnen van dat advies toen – nee. Het was toen echt een overdonderd zijn van de hoeveelheid aanvragen waarvan we het vermoeden hadden: start het daar?” (interview coördinator NPO)

Het Nationaal Programma Ouderenzorg heeft ook bijgedragen aan de verdere verspreiding van de gedachtegang van het advies *Preventie bij ouderen*. Meerdere veldspelers zijn niet bekend met het advies van de Raad, maar zij kennen wel de boodschap van het advies doordat zij op de hoogte zijn van ontwikkelingen binnen het NPO programma, waarbij er meer aandacht is gevraagd voor het blijven kunnen functioneren en behoud van zelfredzaamheid. Via het NPO programma kreeg het advies een conceptuele doorwerking in het beleidsveld.

### **2.3 Agenderende doorwerking**

Er is sprake van agenderende doorwerking wanneer het thema van een advies onderwerp wordt van het maatschappelijke of politieke debat. Het gaat er daarbij niet alleen om dat een bepaald onderwerp op de agenda wordt gezet, maar het gaat ook over de manier waarop er over een onderwerp wordt geschreven en gesproken. Met andere woorden, in welk *frame* het onderwerp wordt geplaatst. Sommige van de onderzochte adviezen zorgden er (mede) voor dat een onderwerp op de maatschappelijke, de politieke of de beleidsagenda kwam. Ook hier geldt, evenals bij conceptuele doorwerking, dat het niet of nauwelijks mogelijk is om een causaal verband aan te tonen. We bespreken hier de diverse adviezen rond ouderen zorg die er samen mede voor hebben gezorgd dat het thema van de ouderen zorg een duidelijk plek op de agenda kreeg. Sinds 2002 is er een reeks van min of meer opvolgende adviezen verschenen bij de Raad: *Dementie*, *Vergrijzen met ambitie*, *Onderzoek medische zorg voor ouderen*, *Ouderdom komt met gebreken: geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit* en *Preventie bij ouderen; focus op zelfredzaamheid*.

#### *Op de publieke agenda*

Voor verschillende onderzochte casus is ruime aandacht geweest in de media. Rondom het verschijnen van bijvoorbeeld het advies *Dementie* in maart 2002 wordt in verschillende kranten aandacht besteed aan de capaciteitsproblemen in de zorg voor dementerende patiënten. Ook later in datzelfde jaar wordt er nog verwezen naar het advies. In november

---

<sup>3</sup> In het document zijn elementen uit advies *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid* terug te vinden (bijvoorbeeld behoud van ‘functioneren’ ofwel het tegengaan van beperkingen) maar er wordt niet expliciet naar het advies verwezen. Mogelijk speelt daarbij mee dat bij het opstellen van de eerste concepten men wel de beschikking had over het concept advies maar dat deze nog niet was gepubliceerd.

2002 besteedt NRC Handelsblad aandacht aan de wettelijke positie van ouderen. In relatie tot verschillende horrorverhalen in de ouderenzorg wordt verwezen naar de capaciteitsproblemen. De agenderende doorwerking van het advies betreft vooral het bewust worden van de problematiek bij een groter publiek en dat mensen meer open en makkelijker over dementie durven te praten (interview secretaris Gezondheidsraad).

#### *Op de beleidsagenda*

Doordat het advies *Dementie* een veel breder advies werd dan de oorspronkelijke vraagstelling (advies over medicatie) kwam het onderwerp op de beleidsagenda van diverse afdelingen binnen het ministerie die daarop niet waren voorbereid. Door het advies van de Gezondheidsraad werd dementie een probleem dat verder ging dan het medische domein. Ook de langdurige zorg, publieke gezondheid en welzijn werden in het advies aangesproken op hun taak. Volgens een voormalig beleidsmedewerker bracht dat echt een grote verandering teweeg.

Ik kan nog terughalen hoe toen de besluitvorming op de directie plaatsvond van “wat moeten wij met dit advies?” [...] Onze toenmalige directeur was vooral bezig met geld, bouw en dat soort onderwerpen, niet met dementie. De Gezondheidsraad zette duidelijk dat onderwerp op de agenda. Het was duidelijk dat er wel iets mee moest gebeuren. Ergens was dat denk ik ook wel het gevoel, er moet dus iets mee, we kunnen dit niet afhandelen als een simpel adviesje met even een reactie, zoals het vaak met dat soort adviezen gaat. Er zijn twee collega's daarmee aan de slag gegaan, maar ook wel een beetje tegen de op dat moment heersende moraal in. (interview voormalig beleidsmedewerker VWS)

#### *Op de politieke agenda*

Het advies *Dementie* heeft in de Tweede Kamer tot een aantal debatten geleid over het preventiebeleid rondom screening op dementie, over het verspreiden van publieke informatie en het intensiveren van het onderzoek (Tweede Kamer 2004). Ook de capaciteitsproblemen in de ouderenzorg waren onderwerp van hevig debat. De staatssecretaris van VWS, Ross-van Dorp, houdt in de Tweede Kamer een pleidooi dat grotendeels expliciet gebaseerd is op het advies van de Gezondheidsraad (Tweede Kamer 2005b). Het gaat daarbij om preventie, geïntegreerde zorg, het verbeteren van de kwaliteit en capaciteit van de ouderenzorg, ondersteuning van mantelzorgers en een pro-actieve houding van de huisartsen. Vandaag de dag is er nog steeds politieke aandacht voor het onderwerp dementie. Kernthema's als kleinschalige zorgvoorzieningen, de wettelijke positie van de dementerende cliënt en de positie van de mantelzorger staan nog steeds hoog op de politieke agenda (Tweede Kamer 2010, Tweede Kamer 2011a).

Het advies *Vergrijzen met ambitie* kent ook een agenderende doorwerking in de politiek. Volgens de toenmalige beleidsmedewerker heeft het advies als input gediend voor het regeerakkoord van Balkenende 4.

Het heeft het onderwerp geagendeerd voor de volgende regering, het vierde kabinet Balkenende [...] Ik denk dat het voor een deel echt agenderend is geweest en mogelijk zijn effect heeft gehad richting regeerakkoord van Balkenende 4. (interview voormalig beleidsmedewerker VWS)

In diverse adviezen werd nadrukkelijk aandacht gevraagd voor een integrale aanpak van de zorg voor ouderen en de specifieke problematiek van ouderenzorg. Dit heeft mede geleid tot het ambitieuze NPO programma en dat ouderenzorg een belangrijke plaats op de publieke agenda heeft gekregen. De reeks van adviezen van de Gezondheidsraad heeft daarmee de ouderenzorg stevig op de publieke en politieke kaart gezet.

## 2.4 Geen of beperkte doorwerking

Er zijn ook casus onderzocht waarin volgens de respondenten heel weinig is gebeurd met de adviezen. We onderscheiden hierbij twee verschillende categorieën. In de eerste categorie bespreken we (deel)adviezen die een beperkte bekendheid hebben bij de opdrachtgevers en veldspelers. In de tweede categorie vallen (deel)adviezen die wel bekend zijn bij de verschillende publieken van de Gezondheidsraad, maar door uiteenlopende oorzaken niet opgevolgd worden.

### *Beperkte bekendheid bij opdrachtgevers en beleidsveld*

Met het advies *Astma, allergie en omgevingsfactoren* is volgens de verschillende respondenten niet veel gebeurd. Ondanks de wettelijke verplichting en verzoeken vanuit de Gezondheidsraad heeft de aanvrager, de staatssecretaris van VROM, ook niet gereageerd op het advies. Er is onduidelijkheid over de bekendheid van het advies bij het Astmafonds. De secretaris van de commissie geeft aan dat het Astmafonds in de voorbereidende consultatieronde om een bijdrage is gevraagd en dat er op grond van dit verzoek een uitgebreide reactie is ontvangen van de coördinator Monitoring. De geïnterviewde respondenten van het Astmafonds "schamen zich" dat ze het advies niet kennen. Bij andere adviezen van de Gezondheidsraad zijn ze wel betrokken geweest. Zij geven tevens aan dat zij zeker op de hoogte geweest zouden moeten zijn als het Astmafonds gevraagd was. Dat lijkt niet het geval te zijn.

De secretaris van de commissie *Astma, allergie en omgevingsfactoren* vond het "opvallend" dat er in de NHG-richtlijn "met geen woord over het advies werd gesproken" (interview secretaris). De NHG-richtlijn verscheen na het publiceren van het advies van de Gezondheidsraad, maar is nergens in de richtlijn genoemd. Volgens de secretaris is de NHG tot "ongeveer dezelfde uitkomsten gekomen". Het niet benoemen van het Gezondheidsraadadvies heeft echter niet te maken met de onbekendheid van het advies. Een van de respondenten is zowel lid van de commissie van de Gezondheidsraad geweest als van de richtlijncommissie van de NHG. Hij heeft het Gezondheidsraadadvies niet onder de aandacht gebracht van de commissie, omdat het advies "niet zo veel nieuws bracht" (interview commissielid). In de NHG richtlijn konden wel verdergaand conclusies worden getrokken, aldus deze respondent.

De secretaris van deze commissie wijt het gebrek aan doorwerking aan de aard van de adviezen die worden gegeven in het advies. De adviezen zouden "te voorzichtig" zijn geformuleerd. Bovendien zou het advies niet veel nieuws bevatten. Ook veldspelers, zoals zorgverleners zouden geen nieuwe aanknopingspunten hebben gezien in het advies.

Een longarts vertelde mij 'ja, *what is new?* Dat wisten we allemaal al.' (interview secretaris commissie Gezondheidsraad)

Deze verklaring sluit aan bij de eerder vermelde uitspraak van een van de commissieleden dat het advies niet veel nieuwe zaken bevat. Een andere oorzaak van het gebrek aan doorwerking is volgens de secretaris te wijten aan de beperkte tijd die was om aan *nazorg* te doen. Na afloop van een advies moet een secretaris vaak al snel weer aan de slag met een nieuw adviestraject. Dat zorgt ervoor dat de nazorg van een vorig advies gemakkelijk op de achtergrond verdwijnt. Bovendien betekent nazorg dat er bijvoorbeeld in Nederlandstalige tijdschriften gepubliceerd wordt. Voor een voorzitter is het niet altijd aantrekkelijk om aan een dergelijke publicatie mee te werken (interview secretaris commissie Gezondheidsraad) en dus zal de secretaris daar meer tijd aan moeten (kunnen) besteden.

Ook het advies *Preventie bij ouderen. Focus op zelfredzaamheid* heeft geen officiële reactie van het aanvragende ministerie gekregen. Het is ook onduidelijk welke afdeling binnen het ministerie zich bezighoudt met het advies van de Gezondheidsraad. Het advies is aangevraagd door de directie Langdurige Zorg. Hoewel ook andere directies binnen VWS zich bezighouden met dezelfde problematiek is het advies niet bekend bij de desbetreffende beleidsmedewerkers. Zo constateert de beleidsmedewerker van de directie Preventie die zich bezighoudt met preventie bij ouderen tot haar eigen grote verbazing dat ze het advies niet kent en een beleidsmedewerker van de directie Maatschappelijke Ondersteuning merkt op dat zij nog meer met advies had kunnen doen. Het advies is interessant voor het beleidsterrein van de Wmo, hoewel het advies zich niet (primair) richt op de gemeenten. Het zijn niet alleen de beleidsmedewerkers die niet op de hoogte zijn van het bestaan van het advies of die het advies inmiddels ver weg hebben gestopt (adviezen kennen een korte halfwaardetijd). Ook veldspelers die mogelijk met de adviezen aan de slag hadden gekund, hebben geen kennis van het bestaan van het advies, zoals de CSO en de V&VN. Hoewel diverse potentiële gebruikers niet bekend zijn met de concrete inhoud van het advies, betekent dat nog niet dat zij niet op de hoogte zijn met de boodschap van het advies. Via ondermeer het Nationaal Programma Ouderen zijn zij wel bekend met de gedachtegang van het advies *Preventie bij ouderen*.

#### *Niet volgen van het advies door opdrachtgever of beleidsveld*

In bovenstaande casus is er niet of nauwelijks doorwerking, (deels) vanwege de beperkte bekendheid van het advies bij de opdrachtgever of de veldspelers. Bij het advies *Bijzondere interventies aan het hart* wordt door de minister expliciet afstand genomen van een deel van de boodschap van het advies. Er wordt een reactie gegeven door de minister, maar de minister is het niet eens met de strekking van het advies. De reden die de minister aangeeft om niet mee te gaan met het advies, is dat de Gezondheidsraad geen antwoord heeft gegeven op de gestelde vraag. In de brief aan de Tweede Kamer staat dit als volgt geformuleerd.

De Gezondheidsraad gaat in zijn advies uit van aanbodsturing en stelt de vraag voorop of er redenen zijn voor uitstroom. [...] [ik] wil juist de vraag voorop stellen of er noodzaak is voor voortzetting van de regulering. (Tweede Kamer 2007:3)

De Gezondheidsraad is het echter niet eens met deze lezing van het advies. Volgens de Raad is er wel antwoord gegeven op de vraag, maar hadden VWS en de Raad verschillende opvattingen over de wijze waarop de kwaliteit geborgd zou moeten worden. De secretaris van de commissie omschrijft dit als volgt.

De GR ging namelijk uit van het tot dan toe bestaande beleid, namelijk regulering via de WBMV, ter bevordering van veiligheid en kwaliteit. De Commissie zag het niet als haar taak om het voorgenomen beleid van deregulering, los van de kwaliteitsvraag, van een onderbouwing te voorzien. (schriftelijke communicatie secretaris commissie Gezondheidsraad)

Met deze invalshoek van de commissie is volgens de zienswijze van het ministerie de oorspronkelijke vraag niet beantwoord. Er bestaat dus verschil van inzicht tussen de commissie van de Gezondheidsraad en het ministerie over het al dan niet beantwoorden van de vraag.

In een andere casus gaat de minister wel expliciet in tegen het advies van de Gezondheidsraad. Van de adviezen die geformuleerd stonden in het advies *Dementie* heeft de minister nadrukkelijk twee adviezen niet opgevolgd. Ze vond dat de onafhankelijkheid van het onderzoek naar medicijnen voldoende werd gewaarborgd door het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De minister heeft tevens de aanbeveling met betrekking

tot de rol van de overheid bij het informeren over wilsverklaringen naast zich neergelegd. Zij verwijst hierbij naar de beperkte interesse van burgers in het opstellen van een wilsverklaring omtrent orgaandonatie (Tweede Kamer 2002:8).

De aanbevelingen van het advies *Gezonde voeding* zijn zoals eerder in dit hoofdstuk al aangegeven ook niet allemaal opgevolgd. De commissie was groot voorstander van het Scandinavische systeem waarbij de overheid, in dit geval het Voedingscentrum, de criteria vaststelt, maar de minister heeft anders besloten. De voorzitter van de commissie stelt dat door de keuze voor zelfregulering en de noodzaak tot het vinden van een gezamenlijk criterium de voorgestelde scherpe criteria van de Raad niet zijn overgenomen. "Het zijn meer compromis criteria geworden." (interview voorzitter commissie)

De discussie gaat over het vaststellen van de grenswaarden: aan welke grenswaarde(n) dient een product te voldoen om in aanmerking te komen voor een logo? De Gezondheidsraad volgt daarvoor de grenswaarden die de basis vormen voor de voedingsvoorlichting in Nederland: de Richtlijnen Goede Voedselkeuze van het Voedingscentrum. Het Voedingscentrum baseert deze grenswaarden bij voorkeur op gewenste veranderingen in de voedselinname gegevens, terwijl in de IKB methodiek de grenswaarden worden bepaald op basis van de samenstelling van het productassortiment. De voorzitter van de wetenschappelijke commissie van het IKB typeert de grenswaarden van de Raad als goede streefnormen, maar waaraan nu nog niet volledig kan worden voldaan: "De normen van de Gezondheidsraad zijn een goede leidraad waarin bij periodieke herzieningen van de criteria naar toe wordt gewerkt". Een heel streng systeem ineens zou weinig draagvlak bij de producenten krijgen, "omdat dit te grote technologische aanpassingen vereist dan wel door consumenten niet wordt geaccepteerd. En juist bij de productverbetering is veel gezondheidswinst te bereiken." (idem) De vertegenwoordiger van het Voedingscentrum benadrukt dat de criteria zich niet alleen richten op de consumentenvoorlichting maar vooral ook op de productontwikkeling.

Het klinkt misschien gek uit mijn mond, maar in de *push* and *pull* strategie die wij vanuit het Voedingscentrum hanteren, is een logo al een succes als dat betekent dat het logo het bedrijfsleven aanzet tot productverbetering. Dus al zou de consument er helemaal niets mee doen en het zorgt dat het bedrijfsleven daardoor tonnen minder zout in producten gooit, zorgt voor een betere vetzuursamenstelling en dergelijke, heb ik indirect mijn effect al bereikt. (interview waarnemend directeur Voedingscentrum)

Om producenten tot innovatie te stimuleren is een systeem nodig dat voor hen haalbaar is; vandaar dat men niet volledig is meegegaan met de in hun ogen strenge normen van de Raad. Er wordt gewezen op producten die nu nog moeilijk aan de aanbevolen richtlijnen van de Gezondheidsraad kunnen voldoen, zoals brood en soepen (te zout). Er is gekozen voor een systeem waarin de beste producten uit dit soort categorieën toch een logo kunnen krijgen om daarmee de consument te stimuleren om de beste varianten te kiezen en de producent te prikkelen tot (verdere) innovatie en verbetering. Daarnaast zou een dynamisch systeem zonder vaststaande criteria de producent ook meer prikkelen om hun producten te blijven verbeteren. "Naarmate er meer technologische innovatie en vernieuwing is, kun je ook de producten nog steeds gezonder maken, en nog steeds de consument helpen om de gezondere keus binnen een voedingsmiddelenproduct te maken." (interview voorzitter wetenschappelijke commissie IKB) Bovendien zouden de nieuwe criteria van het IKB-logo goed aansluiten bij de WHO-richtlijnen, waardoor deze beter aansluiten bij de internationale richtlijnen.

De secretaris van de commissie deelt de opvatting dat de criteria van de Gezondheidsraad momenteel te streng zijn niet. Voor de commissie was het belangrijk dat de voedingslogo's eenzelfde boodschap uitdragen als de voedingsvoorlichting. De commissie zou een

ambitieniveau hebben gekozen dat in ieder geval door een aanzienlijk deel van de bevolking wordt gerealiseerd en waar de producent met diens product naar toe kan bewegen. “Dus dat is een aanpak die objectief is, die aansluit bij de huidige consumptieniveaus uit die productgroep, die ook aansluit bij de mogelijkheden die binnen de productgroep bestaan.” (interview secretaris commissie Gezondheidsraad).

De gekozen weg door het ministerie, zelfregulering, betekent ook dat het logo een privaat product blijft, waardoor het een vrijwillig systeem blijft. Bedrijven zijn niet verplicht om mee te doen en kunnen ervoor kiezen om geen logo aan te vragen, terwijl zij wel voldoen aan de criteria. De kosten van deelname aan het logo kunnen een drempel zijn om mee te doen. In de ideale situatie, geschetst door de Gezondheidsraad, dragen alle producten die aan de criteria voldoen het logo. In het nieuw gekozen systeem van IKB ontbreekt die duidelijkheid voor de consument. In de ideale situatie doen alle producten mee, “zodat niet alleen de aanwezigheid maar ook de afwezigheid van het logo informatie geeft over de gezondheidkundige waarde van het product. Dat is in het belang van de helderheid van de boodschap aan de consument.” (interview secretaris commissie Gezondheidsraad)

## **2.5 Verschillende percepties van succes van doorwerking**

In het bovenstaande hebben wij een breed palet aan doorwerking geschetst. De vraag die vervolgens van belang is of men hierover tevreden kan zijn. Is er sprake van voldoende doorwerking? Zijn de adviezen van de Gezondheidsraad succesvol? Hierop is geen eenduidig antwoord te geven. De verschillende betrokken actoren hebben daar soms geheel andere ideeën over. Vooral het feit dat er soms sprake is van een ander type doorwerking dan geadviseerd door de Gezondheidsraad zorgt ervoor dat de percepties van het succes van de doorwerking uiteenlopen.

De casus *Bijzondere interventies aan het hart* laat goed zien dat er verschillende ideeën zijn over het succes van de doorwerking. Over het algemeen heerst bij de commissieleden het idee dat er weinig is gebeurd met het advies. Een commissielid geeft aan dat “veel leden wat teleurgesteld waren” over wat er gedaan is met het advies. Er is veel tijd gestoken in het advies en inhoudelijk vinden de commissieleden het een goed advies, maar de minister heeft er naar het gevoel van de commissieleden niets mee gedaan. Het pijnpunt bij de commissieleden heeft vooral betrekking op het grote aantal vergunningen voor PCI's en ICD's dat is uitgegeven in het aanlooptraject naar het vrijgeven van deze verrichtingen uit de WBMV.

Dat advies heeft niet heel veel zoden aan de dijk gezet. Het is een mooi boek, het is een mooi advies. Er zijn een paar dingen uit overgenomen. Concreet heeft het nul impact gehad. Flauw gezegd. Doordat er geen consequenties aan worden verbonden. [...] Het advies wordt wel gebruikt als een soort spiegel maar die impact is beperkt geweest. [...] Ook bij VWS, die hebben ook problemen met handhaving, omdat ziekenhuizen als het hen niet zint gewoon naar de rechter stappen. [...] Het wordt een steeds juridischer toestand. Alles wat je doet moet in feite door een jurist worden getoetst om te kijken of het handhaafbaar is. [...] Nu als er wordt gezegd, je mag niet dotteren, dan zeg je: “ik bel Moskowitz en die regelt het wel.” Want dan blijkt dat het ministerie daar onvoldoende op toegerust is. (interview commissielid Gezondheidsraad)

De secretaris van de commissie geeft een veel mildere versie van dit verhaal en benadrukt dat het ministerie wel degelijk iets gedaan heeft met het advies.

Je zou kunnen zeggen het ministerie heeft wel degelijk geluisterd naar onze kritische geluiden, maar ze hebben dus niet besloten om het niet te laten uittreden. Maar we wisten van te voren dat dat niet zou gebeuren. Immers de minister had al een beleidswijziging voor de

WBMV in de Kamer aangekondigd en de PCI/ICD's waren gewoon het eerst aan de beurt. (interview secretaris commissie Gezondheidsraad)

De beleidsmedewerkers bij VWS zijn eveneens veel minder negatief over het advies. Zij geven aan veel aanbevelingen direct te hebben opgevolgd (zie voor voorbeelden paragraaf over instrumentele doorwerking). Ze hebben weliswaar een deel van het advies niet opgevolgd, maar door te zeggen dat er geen antwoord is gegeven op de vraag hoeven zij formeel niet tegen het advies in te gaan. Zij zien dat niet als het belangrijkste onderdeel en benadrukken vooral ook wat zij wel hebben opgevolgd. Ook het feit dat de veldspelers, de wetenschappelijke verenigingen en individuele beroepsbeoefenaren zelf aan de slag zijn gegaan om een registratie op te zetten (met financiële middelen van VWS) ervaren zij als positief. Commissieleden hadden echter graag gezien dat overheid registratie zou afdwingen.

Ook voor het advies *Gezonde voeding: logo's onder de loep* geldt dat de commissieleden minder positief zijn over de doorwerking van hun advies dan de externe spelers (ministerie en veldpartijen). Volgens de wetenschappelijk secretaris is er zeker sprake van succes, want het had grote gevolgen, maar zijn we nog wel ver verwijderd van het ideaalbeeld. De minister heeft het idee omarmd van één logo dat consistent is met de voedingsvoorlichting door het Voedingscentrum, maar de respondenten uit de commissie zijn minder positief over de gekozen aanpak van zelfregulering. Met de nieuwe grenswaarden zijn de Richtlijnen Voedselkeuze van het Voedingscentrum op sommige punten aangescherpt volgens de aanbevelingen in het advies, maar op andere punten versoepeld. Verder doen niet alle gezonde producten mee aan het systeem van voedingslogo's. Het advies heeft een duidelijke stimulans gegeven om gezamenlijk tot een logo te komen, maar het gebrek aan overheidssturing daarbij is voor de commissieleden reden om enigszins pessimistisch te zijn over de mate van doorwerking van het Gezondheidsraadadvies.

De externe spelers benadrukken daarentegen dat het advies van de Raad heeft bijgedragen aan de realisatie van de twee kerndoelen van de voedingslogo's: een systeem dat zowel consumenten helpt bij hun keuze als producenten stimuleert tot productverbetering. De richtlijnen van de Gezondheidsraad schetsen dan het ideaalbeeld waar het veld gaandeweg naar toe kan groeien. Als het advies van de Gezondheidsraad heeft bijgedragen aan het feit dat het bedrijfsleven serieuzer is gaan werken aan productinnovatie, dan heeft het advies voor de externe spelers al een gunstig effect. Het advies van de Gezondheidsraad zou een signaal hebben afgegeven naar fabrikanten, die zodoende op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid worden aangesproken. Een chipsfabrikant heeft bijvoorbeeld het zoutgehalte verlaagd en voor betere vetzuren gezorgd, terwijl chips geen logo kunnen krijgen. "En als je dan weet dat chips veruit de meest gegeten snack is, dan hebben we dus op die manier al gezondheidswinst geboekt." (interview waarnemend directeur Voedingscentrum) Daarom vindt de betrokkene van het Voedingscentrum het effect op producenten minstens zo belangrijk als het effect op consumenten.

## **2.6 Conclusie**

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat er verschillende vormen van doorwerking zijn. De adviezen van de Gezondheidsraad vinden op diverse manieren hun weg binnen de ministeries en het beleidsveld. Soms wordt er op basis van een advies direct actie ondernomen. Andere adviezen hebben een meer conceptuele en agenderende doorwerking. Veel adviezen hebben zowel een instrumentele als een conceptuele doorwerking en zorgen er mede voor dat het onderwerp op de agenda blijft. Door het advies wordt er anders aangekeken tegen een beleidsprobleem of komt het beleidsprobleem op de politieke of maatschappelijke agenda.

Er zijn ook adviezen die maar weinig teweeg brengen. Soms omdat ze weinig bekendheid genieten bij het publiek van de Gezondheidsraad en soms omdat expliciet wordt afgezien van het volgen van het advies. De geringe bekendheid kan ook het gevolg zijn van de beperkte meerwaarde van het advies. Indien adviezen te voorzichtig zijn opgesteld en weinig nieuws bieden, bestaat het gevaar dat het al weer snel stil wordt na de verschijning van het advies. De doorwerking is gering als het advies geen rimpeling in de wetenschappelijke, politiek of publieke vijver te weeg brengt. We kwamen ook voorbeelden tegen waarbij adviezen relatief onbekend bleven, maar potentiële gebruikers aangeven dat zij er meer mee hadden kunnen doen. Voor doorwerking is het niet nodig dat alle potentiële gebruikers het advies goed kennen, omdat ook via derden de boodschap verder uitgedragen kan worden. We zagen in dit hoofdstuk dat er geen eenduidig oordeel bestaat over het al dan niet succesvol zijn van een advies. De ideeën over de mate van succes van een advies lopen uiteen onder de respondenten, waarbij de opstellers van het advies vaker wat kritischer zijn dan de afnemers van het advies.

In de voorbeelden zijn al diverse thema's aangeraakt die van belang zijn bij het al dan niet succesvol doorwerken van een advies. In het vervolg van dit rapport zullen we laten zien welke factoren invloed hebben op de uitkomsten van het spel. We bespreken achtereenvolgens in hoofdstuk 3 en 4 de factoren die voor en na het verschijnen van het advies relevant zijn voor de doorwerking van adviezen.

### 3. Het spel vooraf

Doorwerking begint niet pas bij de presentatie van het advies. In de voorafgaande fase van het aanvragen en het opstellen van het advies gebeuren tal van zaken die van belang zijn voor de mate en aard van de doorwerking. Een advies dient bijvoorbeeld aan te sluiten bij de verwachtingen van de opdrachtgever. Of een advies ‘landt’ bij de opdrachtgever wordt niet alleen bepaald door de wetenschappelijke inhoud van het advies, maar ook door de mate van afstemming tussen de Raad en de opdrachtgever. Deze afstemming begint al bij het opstellen van een adviesaanvraag en wordt mede bepaald door de samenstelling van de commissie. In dit hoofdstuk zoomen we in op het spel vooraf; de fase voorafgaand aan de publicatie van het advies.

De Gezondheidsraad kan volgens de wet gevraagde en ongevraagde adviezen uitbrengen. “We hebben ook een taak, en dat noemen we de signaleringstaak en daarvan zou je kunnen zeggen dat is een gevraagde ongevraagde taak.” (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad) Volgens de algemeen secretaris heeft de Raad weliswaar een signalerende functie, maar staat deze ongevraagde kant van het advieswerk het eerst onder druk bij bezuinigen. Dit onderzoeksrapport over doorwerking beperkt zich tot de gevraagde adviezen. Wij richten ons primair op de individuele adviezen. Er vindt bijvoorbeeld ook afstemming tussen ministeries en de Raad plaats over de vaststelling van het werkprogramma van de Raad, maar deze vorm van afstemming is niet meegenomen in de analyse, tenzij direct relevant voor een van de onderzochte casus.<sup>4</sup>

Bij het nemen van een besluit om een adviestraject te starten gaat het enerzijds om de vraag of “het beleid er op zit te wachten” en anderzijds of het wel past bij de taken en het profiel van de Gezondheidsraad (algemeen secretaris Gezondheidsraad). Volgens de algemeen secretaris komt het eigenlijk niet voor dat de Gezondheidsraad een aanvraag niet honoreert, ook al heeft de Raad wel die mogelijkheid: “We kunnen ook wel zeggen dat doen we niet. Ik weet niet of dat ooit is voorgekomen. Weet ik niet.” (idem) Dat betekent echter niet dat de Raad (of een commissie) een adviesaanvraag onverkort overneemt. Processen van herdefiniëring van de adviesaanvraag komen regelmatig voor. Dat begint al bij de eerste stappen op weg naar een adviesaanvraag. Voordat de minister een officiële adviesaanvraag indient, vindt er afstemming plaats tussen de opdrachtgever en de Gezondheidsraad. In die fase kan bijvoorbeeld ook aan bod komen of de vraag wel geschikt is voor de Raad en of bepaalde onderdelen wel passend zijn voor het werkveld van de Gezondheidsraad. In het ambtelijk vooroverleg kan dus al besloten worden of een bepaalde beleidskwestie al dan niet geschikt is voor een adviesaanvraag en op welke wijze de vraag geformuleerd wordt.

#### 3.1 *Framing van het beleidsprobleem: het spel rond de adviesaanvraag*

De meeste adviezen van de Gezondheidsraad zijn gevraagde adviezen, waarbij de opdrachtgever een adviesaanvraag opstelt. Het is gebruikelijk dat een of meerdere ministeries een aanvraag indienen, maar ook de Kamer kent het wettelijk recht om de Gezondheidsraad om advies te vragen. Gezien zijn taak ten behoeve van de beleidsarena is het niet verwonderlijk dat de Gezondheidsraad niet vertrekt vanuit een tabula rasa. De opdrachtgever wenst weliswaar een wetenschappelijk oordeel over een aantal vragen, maar in de aanvraag ligt ook al een eerste oordeel besloten over de aard van het probleem waarmee ook richting wordt gegeven aan de mogelijke antwoorden. Om een adviesaanvraag te kunnen opstellen is een eerste aanzet van probleemdefiniëring en –structurering nodig; zonder dit voorwerk is het niet mogelijk een aanvraag op te stellen. In de formulering van de adviesaanvraag of door de context van de aanvraag (niet alles staat in de aanvraag vermeld) is er al sprake van een zekere *framing* van het beleidsprobleem. Naast het duiden wat er aan

---

<sup>4</sup> Zie voor meer informatie hierover Bal, Bijker en Hendriks 2002.

de hand is, geeft een *frame* ook richting aan een mogelijke oplossing. Hieronder wordt voor een aantal geselecteerde casus de bijhorende adviesaanvragen besproken, waarmee een eerste kadering zichtbaar wordt van waaruit de commissie haar werk start. Daarmee is nog niet gezegd dat het geboden *frame* altijd door de commissie wordt overgenomen.

Bovendien verschillen adviezen in de mate waarin het *frame* al vastligt. Voor sommige adviezen is *framing* mogelijk zelfs de belangrijkste uitkomst van het advies, voor andere ligt het frame al grotendeels van te voren vast. Dat laatste geldt bijvoorbeeld voor de adviezen over gezondheidsschadelijke stoffen. Over een periode van inmiddels circa 35 jaar is de procedure voor de vaststelling van grenswaarden steeds verder uitgewerkt, waaraan adviezen van de Gezondheidsraad steeds aan de basis hebben gestaan (Bal 1999). Advisering over afzonderlijke stoffen kan daardoor binnen een relatief stabiel kader gebeuren. Voor andere adviezen speelt *framing* een meer dominante rol binnen het adviestraject.

#### *Sturing vanuit opdrachtgever*

De casus *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid* is een voorbeeld van een advies waarbij tijdens het opstellen en uitzetten van de adviesaanvraag veel regie vanuit ministerie van VWS is geweest. Het ministerie wilde meer focus op de 'gevolgsproblematiek', waarbij het gaat om het beperken van de negatieve gevolgen van ziekte. Het ministerie wilde geen voorstellen voor nieuwe zorginterventies, maar een advies dat zich focust op de "gevolgsproblematiek, om te zorgen dat die mensen zo lang mogelijk zelfstandig overeind blijven." (interview voormalig beleidsmedewerker VWS) Dit werd later ook de kernboodschap van het advies. De ambtelijk waarnemer vertelt: "we hebben heel bewust de geriater uitgedaagd – van 'jongens je kan die problemen niet oplossen, maar welke dingen scheppen voor die ouderen de meeste waarde als het om die zelfredzaamheid gaat'." (interview voormalig beleidsmedewerker VWS) In de adviesaanvraag was dit nog niet duidelijk. Veel vragen richtten zich op de klassieke ziektegerichte preventie. Volgens de ambtelijk waarnemer was het een beetje een brief "voor de eigen bühne". Om een aanvraag bij de Gezondheidsraad te mogen neerleggen, dienen directies binnen het ministerie soms hun vragen te clusteren. Door deze interne politiek kunnen er ook vragen opgenomen worden die eigenlijk minder relevant zijn voor de aanvraag. Later heeft de ambtelijk waarnemer aan de commissie kunnen uitleggen: "Ik zeg dat ik er niet over geciteerd wil worden, maar dat de adviesaanvraag gaat over waar ik net over heb zitten te praten." (idem) Bij dit advies was sturing dus beslist nodig, omdat de adviesaanvraag maar beperkt weergaf over welk probleem de opdrachtgever een advies wenste.

In haar advies geeft de commissie aan dat een nieuw perspectief nodig is voor de preventie bij ouderen – zij introduceert daartoe het begrip 'functioneringsgerichte preventie'. Deze vorm van preventie richt zich niet op een bepaalde ziekte en de gevolgen daarvan, maar op een probleem in het functioneren. Deze verandering van perspectief komt mede voort uit de constatering dat ouderen waarden als zelfredzaamheid en welbevinden erg belangrijk vinden. "Gezond of succesvol ouder worden is niet alleen een kwestie van al dan niet een ziekte hebben en daarvoor behandeld worden. Veel ouderen vinden het nog belangrijker dat ze hun dagelijkse activiteiten zelf kunnen organiseren en uitvoeren en sociaal kunnen blijven functioneren." (Gezondheidsraad, persbericht 21 april 2009) In haar advies volgt de commissie dus het verzoek van het ministerie om meer te focussen op de gevolgsproblematiek om te zorgen dat mensen zolang mogelijk zelfstandig blijven. "Dat willen mensen zelf, dat is handig voor de maatschappij, want daarmee kunnen we een gedeelte van de toenemende kosten oplossen" (interview voormalig beleidsmedewerker, directie Langdurige Zorg, VWS). Volgens de ambtelijk waarnemer was dat de beleidsvisie van het ministerie.

Dat was de beleidsvisie en de filosofie die erachter zat. Maar je vraagt om die adviezen, omdat ik kan leuk dat soort dingen vertellen maar als ik dat zeg, dat heeft helemaal niet zo veel waarde in deze maatschappij dan wanneer een organisatie als de Gezondheidsraad dat zegt. De hoogleraren die in zo'n commissie zitten, zijn niet de eerste de beste. Die hebben allemaal netwerken en dat werkt gewoon op het beleidsniveau door. En de minister die kan zeggen van: 'kijk, een aantal mensen die er iets van snapt, die hebben gezegd dat we daar en daar meer aandacht voor moet besteden'. (interview voormalig beleidsmedewerker, directie Langdurige Zorg, VWS)<sup>5</sup>

In haar aanbevelingen richt de commissie zich primair op het zorgdomein: de commissie verwacht een proactieve houding van zorgprofessionals, waarbij een sleutelrol is weggelegd voor de eerstelijnszorg. Elementen die daarbij de aandacht verdienen zijn onder andere het in kaart brengen van clusters van risicofactoren en het inventariseren van benodigde competenties. Daarnaast pleit de commissie om bij de verdere vormgeving van richtlijnen voor het professioneel handelen nadrukkelijker aandacht te schenken aan behoud van zelfredzaamheid. In het advies wordt weliswaar vermeld dat beïnvloeding van omgevingsfactoren een taak is van de overheid, maar daar wordt verder niet uitvoerig op ingegaan. Beleidsmedewerkers van de directie VGP (Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie) en DMO (Directie Maatschappelijke Ondersteuning) van VWS wijzen op de sterke focus op de zorgprofessional en verklaren deze focus vanuit de betrokkenheid van de Directie Langdurige Zorg. Zij stellen dat als een andere directie de adviesaanvraag had opgepakt er een andere vraag was gekomen, zoals de vraag wat is de rol van de gemeente bij het behouden van de zelfredzaamheid van ouderen. De directie kan natuurlijk niet het antwoord dicteren, maar wel de vraag. Die vraag is mede bepalend voor wat er wel en niet in het advies aan de orde komt, wat weer gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling van het NPO programma.

Weliswaar geeft de adviesaanvraag een eerste (mogelijke) richting aan het advies, daarmee is nog geenszins gezegd dat de commissie volledig gebonden is aan de adviesaanvraag. Volgens een wetenschappelijk secretaris is er ruimte om buiten de adviesaanvraag om nog andere relevante aspecten of onderwerpen in te brengen:

Het lijkt erop; je hebt de adviesaanvraag en dus mogen ze [de commissie] daar niet buiten. Dat is natuurlijk niet zo. Als zij hele relevante dingen inbrengen die niet aan de orde zijn geweest dan breng je die natuurlijk gewoon in. Dat is geen enkel probleem. (...) Nou er zijn altijd wel dingen waarop je VWS nog even extra attendeert. Eigenlijk bij ieder advies wel. (interview secretaris commissie Gezondheidsraad)

De commissie vindt het vervelend als op voorhand al vaststaat welke kant het op dient te gaan. Bij de casus *Bijzondere interventies aan het hart* was er eveneens sprake van een duidelijke sturing vanuit het ministerie van VWS ten tijde van de adviesaanvraag, maar in dit geval koos de commissie uiteindelijk voor een andere weg. Allereerst diende VWS de Gezondheidsraad tot actie te bewegen op dit moeilijke en complexe terrein alvorens de aanvraag werd opgepakt. In 2002 werd de eerste adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad gedaan, omdat er binnen het ministerie behoefte was om het Planningsbesluit uit 1996 te "actualiseren" (Gezondheidsraad 2007c). Op dat moment werden er veel aanvragen gedaan voor nieuwe vergunningen en was men zich binnen VWS aan het bezinnen op de functie van de WBMV en de eventuele mogelijkheden van zelfregulering. Het aanvragen van een advies in 2002 leidde echter niet zonder meer tot een advies van de Gezondheidsraad. Ruim twee jaar na het verzoek om advies was de Raad nog steeds niet begonnen met het instellen van een commissie. De secretaris van de commissie geeft aan dat er twee redenen waren voor deze vertraging. Ten eerste had de Gezondheidsraad net een forse bezuinigingskorting

---

<sup>5</sup> Meerdere respondenten merken op dat de boodschap van dit advies – focus op gevolgsproblematiek en zelfredzaamheid – niet volledig nieuw was. Het was deels al opgenomen in eerdere adviezen of het was een uiting van de veranderende tijdgeest rond ouderenzorg.

ondergaan. Ten tweede was er bij VWS nog geen duidelijkheid over de inhoud van de vraagstelling. Vanuit VWS is er toen actie ondernomen.

Ik denk dat daarover ook nog op hoog niveau overleg is geweest met de Gezondheidsraad. Jullie voldoen niet aan een vraag die wij jullie stellen. We willen daar wel echt een advies over (interview beleidsmedewerker VWS).

Voor de Gezondheidsraad was het lastig om voor dit onderwerp een commissie samen te stellen, omdat het moeite kost de juiste expertise bijeen te brengen. Bij de tweede hernieuwde aanvraag (2004) speelde de stelseldiscussie (marktwerking) volop en de toenmalige minister, Hoogervorst, zette sterk in op concurrentie tussen ziekenhuizen. Het reguleren van bepaalde verrichtingen kan in het nieuwe stelsel alleen onder zeer specifieke condities. De minister vraagt daarom “voor welke verrichtingen die momenteel vallen onder het Planningsbesluit ‘Bijzondere Interventies aan het Hart’, zijn er argumenten tegen het beëindigen van de directe overheidsbemoeienis” (Gezondheidsraad 2007c). De minister wilde het WBMV opschonen en had een idee welke verrichtingen eruit konden. De Gezondheidsraad diende aan te geven “waar de risico’s zitten of wat in uw optiek niet mogelijk is.” (interview beleidsmedewerker VWS) In hoeverre hier sprake is van een mogelijk vertekende herinnering is onduidelijk; wat wel duidelijk is, is dat er achteraf geen consensus is over de precieze aard van de vraag bij VWS. Met de formulering van de adviesaanvraag uit 2004 gaf VWS volgens de beleidsambtenaar richting aan hoe de Gezondheidsraad tot een oordeel diende te komen over de bijzondere interventies. De aanvraag diende te helpen bij het opschonen van de WBMV in het kader van de overgang naar meer marktwerking in de zorg. Deze richting wordt door de commissie en door de secretaris als sturend ervaren. Uiteindelijk bleef de Raad anders redeneren dan VWS voor ogen stond. De commissie hield vast aan het idee van aanbodsturing en ging na of de bijzondere interventies aan het hart passend zijn voor het systeem van vergunningen. In het vorige hoofdstuk zagen we al dat deze keuze voor een ander *frame* consequenties heeft gehad voor de doorwerking.

#### *Van instrumenteel naar conceptueel*

In de casus *Dementie* had VWS een instrumentele vraag over gebruik van het geneesmiddel Rivastigmine bij dementiepatiënten. Deze vraag speelde ook al bij Ziekenfondsraad, omdat er veel onzekerheid bestond over de waarde van geneesmiddelen voor de behandeling van dementie. In overleg tussen de Raad en VWS is daar een bredere adviesaanvraag uitgekomen, waarbij ook vragen aan bod konden komen over demografische ontwikkelingen (incidentie en prevalentie), de behoefte en effectiviteit van verschillende vormen van zorg, ondersteunende maatregelen en woonvormen. Daarnaast werd de commissie gevraagd om na te gaan of er bijzondere ethische, juridische en maatschappelijke vragen in het geding zijn (interview secretaris). In het overleg met VWS was naar voren gekomen dat er meer aan de hand was dan alleen het probleem rond geneesmiddelen: “Het advies moest dus breder opgetuigd worden, wilde het betekenis hebben.” (idem) Door deze verbreding van de adviesaanvraag heeft het advies veel meer een conceptueel karakter gekregen dan VWS aanvankelijk voor ogen had. Deze aanpassing gebeurde in een proces van onderlinge afstemming. De wetenschappelijk secretaris geeft aan dat de mogelijkheden om onderwerpen aan te dragen beperkt zijn en waarschuwt er voor om niet te sterk een eigen koers te varen, want “daarmee maak je jezelf ook weer overbodig. Je hebt niet voor niets een wettelijke functie.” (idem)

De casus *Vergrijzen met ambitie* doorliep een vergelijkbare ontwikkeling naar een meer conceptueel advies. In dit geval werd de aanvraag ingediend vanuit het parlement. Het was een markant moment, omdat de Kamer voor het eerst van haar wettelijk recht gebruik maakte om de Raad rechtstreeks te consulteren. De Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer verzocht de Gezondheidsraad een advies uit te brengen over ontwikkelingen op het gebied van zorg en vergrijzing op de middellange en lange termijn. De Themacommissie Ouderenbeleid wilde een integrale visie op het ouderenbeleid met het oog

op toekomstige politieke, maatschappelijke en economische vragen die gerelateerd zijn aan de vergrijzing van de samenleving. De Themacommissie richtte zich op vier onderwerpen: Wonen en woonomgeving, Welzijn, Zorg, Werk en inkomen.<sup>6</sup> De Gezondheidsraad werd gevraagd een advies uit te brengen over het onderwerp Zorg. Voor dit advies werd geen aparte commissie geformeerd. Het advies werd voorbereid door een projectgroep van het secretariaat van de Gezondheidsraad en uitgebracht door de Beraadsgroep Geneeskunde, met consultatie van diverse andere deskundigen.

Daar de themacommissie veel specifieke, veelal instrumentele vragen stelde die nogal divers waren, besloot de projectgroep om deze vragen in een bijlage te behandelen, zodat het advies de lezer een visionair perspectief op vergrijzing kon presenteren. “Deze aanvraag kenmerkte zich door veel vragen met zeer verschillende analyseniveaus. Heel springerig.” (interview secretarissen) De projectgroep heeft bewust nagedacht over waar de Themacommissie het meest baat bij zou hebben. Het advies moest een bijdrage leveren aan “een discussie die ontzettend breed was en alles zou bestrijken.” (interview secretaris) Daarom is gekozen voor een “helder uitgekristalliseerd conceptueel kader.” (idem) Tijdens het schrijfsproces is in de eindfase de tekst nog verder aangescherpt, omdat de zorg bestond dat al te genuanceerde stukken in het parlement (meer nog dan bij het departement) ter zijde worden geschoven.

Politici zijn gewend om met stevige boodschappen geconfronteerd te worden, om een stevige positie in te nemen. In onze herinnering speelde dat wel mee. Juist omdat de Tweede Kamer opdrachtgever was, moesten we een steviger toon aanslaan. Zelf dachten we ook, dit is wel erg onze visie, deze werd enorm gedragen door de Beraadsgroep. Wat ook nog met doorwerking te maken had: het is eigenlijk heel opmerkelijk om een Themacommissie te hebben waarin verschillende politieke partijen zitten met verschillende politieke opvattingen over ouderenzorg. En wanneer je dan al te gedetailleerd adviseert, dan werkt dat voor zo’n Themacommissie niet goed. Want dan gaat men er heel selectief dingen uithalen. En de Themacommissie heeft al moeite genoeg om een standpunt in te nemen. Dus daarmee bewijst je de Themacommissie geen goede dienst. Op een departement is dat heel anders, dan moet er gewoon een regeerakkoord worden uitgevoerd. (interview secretarissen Gezondheidsraad)

Deze casus laat opnieuw zien dat de Gezondheidsraad niet altijd het kader van de adviesaanvraag volgt. In dit geval speelt ook nog de bijzondere aard van de opdrachtgever, het parlement, een rol bij de uiteindelijke formulering van het advies. Dit betreft dan zowel de toon van het advies – die in dit geval “steviger” kon zijn – als de *framing* van het advies. Een breed (conceptueel) perspectief zou in dit geval meer behulpzaam zijn aan het politieke debat, zo was de inschatting van de Raad, dan het beantwoorden van een heterogene set meer specifieke vragen. Dat laatste kon ook prima in de bijlage gebeuren. De projectgroep maakte een inschatting waarmee zij de Themacommissie het meest van dienst zou kunnen zijn. De projectgroep nam wat afstand van de specifieke vragen van de Themacommissie en koos voor een meer visionair stuk ook al had de Kamer daar niet expliciet om gevraagd. Daarmee hoopten zij tevens de kansen op doorwerking te verbeteren.

In de casus *Gezonde voeding: logo’s onder de loep* wordt de Gezondheidsraad ook benaderd voor een instrumenteel advies. De Raad wordt ingezet om tot ‘goede’ voedingslogo’s te komen. Ten tijde van de aanvraag bestaan er twee logo’s: het Ik Kies Bewust logo van het IKB (o.a. Unilever en Campina) en het Klavertje van Albert Heijn. De aanvrager van het advies, de minister van VWS, vraagt een wetenschappelijk oordeel over

---

<sup>6</sup> Daarvoor werden respectievelijk de volgende adviesorganen gevraagd: de VROM-raad, de RMO, de Gezondheidsraad en de SER. Over het onderwerp ‘Zorg’ had de Kamer ook een advies bij de RVZ kunnen aanvragen. Onderwerpen als de afhankelijkheid van voorzieningen en financiële ondersteuning, het stimuleren van een gezondere leefstijl door lagere premies en de kwestie van solidariteit binnen en tussen generaties passen ook prima bij het werkprogramma van de RVZ. In dit geval gaf de Kamer blijkbaar de voorkeur aan een meer technisch-specialistisch adviesorgaan.

de gehanteerde criteria, de interpretatie van de logo's, de effectiviteit van logo's bij het bevorderen van een gezonde keuze door consumenten en de mate waarin logo's producenten stimuleren tot de ontwikkeling van gezondere producten. Op de achtergrond speelt ook de zorg dat het bestaan van verschillende voedingslogo's niet bijdraagt aan duidelijkheid voor de consument. Een gezamenlijk logo zou een mogelijke oplossing zijn, maar het ministerie vraagt daar niet expliciet naar in de officiële adviesaanvraag. Daar de Gezondheidsraad al eerder criteria heeft opgesteld voor gezonde voeding verwachtte de minister een snel en instrumenteel advies. Het ministerie veronderstelde dat de criteria al vast stonden, waardoor een snel advies mogelijk zou zijn: "Van jongens, jullie weten alles over die criteria vanuit die richtlijnen Goede voeding. Dit ligt er al, en eigenlijk het enige wat we van jullie vragen is: Leg ze naast elkaar en ga dan even zeggen waar het niet klopt en kom dan met een advies." (interview beleidsmedewerker VWS) De commissie oordeelde daar anders over. De ambtenaar van VWS geeft aan dat zij bij het opschrijven van de adviesaanvraag wel wisten dat de gewenste datum waarschijnlijk niet gehaald zou worden, maar dat zij ook een beetje te gemakkelijk over het proces dachten. De ambtelijk waarnemer beaamt dat daarover later wel afstemming is geweest tussen het ministerie en de commissie, maar hij heeft niet de indruk "dat wij daar nog heel actief op kunnen sturen." (interview beleidsmedewerker VWS)

De commissie was van oordeel dat er primair een conceptuele analyse nodig was. Volgens de voorzitter van de commissie dienden zij eerst de criteria op te stellen aan de hand waarvan de logo's beoordeeld zouden kunnen worden. Dit is tijdens het proces afgestemd met VWS, waarbij het een voordeel was dat de commissievoorzitter vice-voorzitter van de Gezondheidsraad was en daardoor een direct contact had met de directeur-generaal van VWS: "Dus als ik met de DG spreek dan ken ik ook de details van wat er binnen de commissie speelt. Dat kan handig zijn." (interview voorzitter commissie Gezondheidsraad) De wetenschappelijk secretaris benadrukt het belang van een conceptueel advies:

Ik denk dat de conceptuele invulling waardevol is. We hebben ook concreet naar grenswaarden gekeken, maar dat is niet het allerbelangrijkste. Het gaat om de manier waarop je tegen zo'n probleem aankijkt. Ik denk dat het aangeven van die ideale situatie heel nuttig kan zijn in de ontwikkeling naar de toekomst toe. Dus ik zie de principiële keuzes van de commissie die worden geschetst als belangrijker dan die exacte vergelijking van al die getalletjes. Verder hebben we gesignaleerd dat bepaalde vragen onderbelicht blijven met het onderzoek dat nu wordt uitgevoerd. Dat signaal kan helpen om het onderzoek in de goede richting te krijgen. En dat is uiteindelijk volgens mij in ieders belang. (secretaris commissie Gezondheidsraad)

#### *Adviesaanvraag meer dan wetenschappelijke vraag*

De Gezondheidsraad wordt ingeschakeld om een antwoord te geven op een wetenschappelijke vraag. Voor de opdrachtgever is een adviesaanvraag tegelijkertijd ook een politieke vraag. Dit werd vooral zichtbaar bij de adviesaanvraag voor *Astma, allergie en omgevingsfactoren*. De aanleiding voor de aanvraag was het idee dat het aantal patiënten toenam. In de aanvraag wordt gevraagd een wetenschappelijk oordeel over de vermoede toename te geven, beïnvloedbare factoren te identificeren en aan te geven welke preventieve maatregelen het meest effectief zijn. Het advies is aangevraagd door de staatssecretaris van VROM. De secretaris van de commissie heeft gezien de aard van het onderwerp nog wel getracht ook het ministerie van VWS te laten meetekenen met de adviesaanvraag, maar dat wilde men niet. Mede aanvragen zou al een zekere *commitment* van het ministerie betekenen dat het bereid is om hierover beleid te ontwikkelen. VWS kampte met financiële beperkingen en ideologisch paste het niet in het beleid dat was gericht op meer eigen verantwoordelijkheid en minder overheidsbemoeienis.

Het is natuurlijk een VWS onderwerp eigenlijk, dus ik ben toen met die vragen ook naar VWS gegaan. Naar de beleidsmedewerker die daar over gaat. En die was heel duidelijk. Die had de

opdracht gekregen om te bezuinigen. We hebben minder te besteden, en zeker niet aan milieu. Dus voor Milieu ga je naar VROM. En we tekenen niet mee, want dan moeten we reageren volgens de wet en daar hebben we geen formatie voor.” (..) En er werd ook gezegd van, “wij willen steeds meer eigen verantwoordelijkheid van mensen. Dus niet meer overheidsbemoeienis, dus we kunnen er ook niets mee. Het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverleners en van patiënten.” Dat was echt letterlijk de motivatie. (interview secretaris commissie Gezondheidsraad)

Voor de opdrachtgever is het indienen van een aanvraag geen vrijblijvende aangelegenheid, zelfs al geeft de Gezondheidsraad formeel gezien alleen een advies. Verderop in het proces kan dat wel consequenties hebben als blijkt dat een bepaald ministerie, of een directie, dat niet als mede aanvrager optreedt, toch een rol zou moeten spelen in de beleidsvorming. In het geval van het astma advies werd hierop al door de Raad geanticipeerd, zij het met weinig succes.

### **3.2 Samenstelling van de commissie**

In tegenstelling tot adviesraden zoals de WRR en RVZ kent de Gezondheidsraad geen vaste samenstelling. De Gezondheidsraad kent wel benoemde leden (rond de 200; vrijwel uitsluitend hoogleraren), maar per advies wordt een aparte commissie van 10 tot 15 personen geformeerd.<sup>7</sup> De Gezondheidsraad is dus geen adviesraad die met een vast aantal mensen elkaar komt, zoals sommige andere adviesraden, maar vooral een netwerk van deskundigen die op hun eigen terrein de beste wetenschappelijk input kunnen leveren. (Interview voorzitter Gezondheidsraad) Naast een beroep op de eigen leden kan de Raad ook experts eenmalig uitnodigen om deel te nemen in een bepaalde commissie.

De commissie wordt ondersteund door een of meerdere wetenschappelijk secretarissen. Secretarissen coördineren het commissiewerk, leveren informatie aan commissieleden en zijn belast met het opstellen van het advies. Zij zijn de “*ghost in the machine* die, *backstage*, het voor de buitenwacht onzichtbare werk verrichten dat de advisering draaiende houdt” (Bal, Bijker en Hendriks 2002: 24). De secretaris onderhoudt verder het contact met het ministerie om aansluiting bij de beleidsagenda te houden.

Daarnaast wordt meestal een ambtelijk waarnemer in de commissie opgenomen, die namens de opdrachtgever aanwezig is. In de volgende paragraaf wordt de rol van de ambtelijk waarnemer verder besproken.

De samenstelling van de commissie is een belangrijk moment in de voorfase van het opstellen van een advies. De commissie dient naast voldoende gewicht of wetenschappelijk gezag ook een groot netwerk met zich mee te brengen. Zonder een ‘sterke’ commissie bestaat het gevaar dat het advies niet gaat landen.

Nou een van de dingen die altijd meespeelt, is dat het advies moet landen. En dus heb ik een grote voorkeur voor enkele *opinion leaders* in de commissie. Die kleuren het advies ook, daarom zijn ze ook *opinion leaders*, maar als je een advies gaat uitbrengen met uitsluitend leuke jonge aankomende wetenschappers – die ik overigens ook altijd in de commissie heb – dat werkt niet. Je wilt een discussie in het veld hebben. (...) De ‘zwaargewichten’ worden natuurlijk niet alleen maar gekozen om het gewicht te geven en te laten ‘landen’; ze moeten wel wat vertegenwoordigen, een richting geven. (interview secretaris commissie Gezondheidsraad)

---

<sup>7</sup> De leden worden benoemd voor een periode van vier jaar. Daarna kan een herbenoeming plaatshebben. Sommige leden worden vaker gevraagd voor adviezen dan andere, omdat de mate van inzet afhankelijk is van de onderwerpen van de adviesaanvragen. De Raad kent wel beraadsgroepen en overige commissies met een vaste samenstelling. De beraadsgroepen zijn primair gericht op de toetsing van de adviezen.

Deze *opinion leaders* of wetenschappers met een groot netwerk van kennis en personen geven gewicht aan het advies en zij zorgen zodoende voor contact met de buitenwereld. Zij zijn als het ware een representant van het beroepsveld dat later aan de slag zou moeten gaan met het advies, waardoor de kans op doorwerking toeneemt.

Respondenten benadrukken dat het belangrijk is dat er bij de Gezondheidsraad wetenschappers (leden) actief zijn die ook geïnteresseerd zijn in het vertaalproces: hoe vertaal je een wetenschappelijke bevinding in een praktische aanbeveling. Een commissievoorzitter geeft het voorbeeld van “hoe Omega 3 vetzuren hartinfarcten kunnen voorkomen. Maar ik vind het ook heel aardig of je aan het eind van de dag kunt zeggen dat je één keer per week vis moet eten. Gewoon dat hele vertaalproces, dat vind ik uiterst boeiend.” (interview voorzitter commissie Gezondheidsraad) Niet elke wetenschapper hoeft overigens in gelijke mate beleidsgeoriënteerd te zijn. De voorzitter van het NPO (interview) vindt het een goede zaak dat commissies zowel bestaan uit mensen die ‘wat wetenschappelijker’ zijn als mensen die ‘meer beleidsachtig’ zijn.

Bij veel commissies is nadrukkelijk gezocht naar een breed palet van wetenschappelijke achtergronden. Op zich is dat niet verwonderlijk aangezien de Raad vooral vraagstukken met een multidisciplinair karakter krijgt voorgelegd. Volgens een lid van de Gezondheidsraad is een multidisciplinaire commissie “absoluut noodzakelijk om tunnelvisie te voorkomen. Dat is ook de kracht van het werk van de Gezondheidsraad.” Daarnaast wordt ook gekeken of de wetenschappers niet allemaal van één universiteit komen. Een commissievoorzitter noemt als voorbeeld zijn eigen vakgebied, voeding, waar Wageningen University een belangrijke rol speelt. “Waar ik ontzettend op let is dat er niet alleen Wageningers in de beraadsgroep zitten, maar ook niet in de commissie.” Van de voorzitter wordt ook verwacht dat hij zorg draagt dat de diverse kennisgebieden van de leden van de commissie optimaal wordt benut.

De aanwezigheid van verschillende disciplinaire achtergronden in de commissie zou kunnen leiden tot botsingen tussen verschillende paradigma's. De commissievoorzitter geeft aan dat het niet tot grote botsingen hoeft te leiden, maar dat zoiets wel tot stevige debatten kan leiden.

Dat botsen is misschien wat zwaar geformuleerd. Het hoeft natuurlijk niet altijd te botsen. Maar het is wel zo dat je te maken krijgt met verschillende zienswijzen. Dat je dus bijvoorbeeld, om vrij dicht bij de epidemiologie te blijven: als je een epidemioloog en een toxicoloog in één commissie zet, weet je van tevoren dat je wel enig vuurwerk kan verwachten. Epidemiologen zullen altijd zeggen: wat is er bekend bij de mens? En de toxicoloog werkt per definitie met dierproeven of met cellen. En de vertaling van wat je bij cellen ziet en in organen van dieren met van wat er bij de mens plaatsvindt, daar zit nogal een aantal slagen tussen. Dus je kunt je voorstellen dat dat stevige discussies kan opleveren, waarbij toxicologen zeggen: dat is een enorm probleem, en waarbij epidemiologen zeggen: nou, nooit wat gezien. (interview voorzitter commissie Gezondheidsraad)

Wat vrij nieuw was bij het advies *Dementie* is dat er ook een niet-wetenschappelijke expert met veel praktijkkennis (een verpleegkundige) gevraagd is om lid van de commissie te worden. Binnen de Raad is er altijd veel discussie geweest of ook niet-wetenschappers met bijzondere kennis kunnen deelnemen in een commissie (Bal, Bijker en Hendriks 2002). Daarom worden bijvoorbeeld patiënten niet gevraagd als commissielid, tenzij ze over veel wetenschappelijke expertise beschikken.

Tegelijkertijd mag er geen discussie ontstaan over de wetenschappelijke kwaliteit van de commissie. De commissie dient voldoende breed samengesteld en vrij van belangenconflicten te zijn. Bij de casus *Astma, allergie en omgevingsfactoren* waren betrokkenen erg tevreden over de samenstelling van de commissie. In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat dit nog geen garantie vormt voor een goede doorwerking.

In een aantal casus hadden diverse respondenten kritiek op de samenstelling van de commissie. Bij de casus over de voedingslogo's merkt een van de respondenten op dat er te weinig productdeskundigen in de Commissie van de Gezondheidsraad zaten. "Mensen die verstand hebben van het denken binnen productpromotie, om in te schatten of zoiets ook makkelijk of minder makkelijk geïmplementeerd zou kunnen worden binnen het bedrijfsleven. Dus misschien was de samenstelling van de commissie wat dat betreft ook niet helemaal toegespitst op de vraag." (interview directeur Voedingscentrum) Door de samenstelling van de commissie zou er onvoldoende aandacht zijn besteed aan het aspect van productinnovatie. De wetenschappelijk secretaris bestrijdt dit: er zaten zeker drie mensen in de commissie die te typeren zijn als productdeskundig. Daarnaast zijn er hoorzittingen gehouden, "waarbij mensen uit het bedrijfsleven uitgebreid hun inbreng konden geven." (interview secretaris Gezondheidsraad) De secretaris is dan ook van mening dat de commissie voldoende oog heeft gehad voor de producentenkant van het verhaal.

Ook bij de casus *Bijzondere interventies aan het hart* is er veel kritiek geweest op de samenstelling van de commissie. De belangrijkste kritiek betrof de eventuele belangenverstrengeling van de commissie. Alle respondenten verwijzen naar dit thema. Meerdere respondenten hebben twijfels bij de onafhankelijkheid van een Gezondheidsraadcommissie, maar erkennen tegelijkertijd dat het ook moeilijk anders te organiseren is, omdat "experts in een klein land als Nederland ook vaak direct belanghebbende zijn". (interview beleidsmedewerker VWS)

De wetenschappelijk secretaris erkent ook het gevaar van belangenverstrengeling.

Want iedereen heeft bijna een belang. Dat is nu eenmaal in dit land niet te vermijden. Maar je kunt natuurlijk wel zorgen dat er een goede mix is. En hoorzittingen geven dan een mogelijkheid. (interview secretaris Gezondheidsraad)

De secretaris geeft aan dat hij de commissie niet anders zou samenstellen, omdat "het weinig zin [heeft] om mensen erbij te betrekken die [de verrichtingen] niet uitvoeren" (interview secretaris Gezondheidsraad). De mensen die aan de commissie deelnamen, hadden een bepaalde status binnen de NVVC. "Ze hadden expertise en konden ook iets inbrengen wat onafhankelijk was. Anders waren ze nooit gekozen. Daar kun je je wel tegen verweren. Maar dat heeft gewoon geen zin." (interview commissielid Gezondheidsraad) Het dilemma is dat juist de beste experts ook belang hebben bij het advies. Dit speelde ook bij casus voedingslogo's maar daar werden experts van het Voedingscentrum juist buiten de commissie gehouden vanwege hun betrokkenheid bij het IKB logo. Het Voedingscentrum werd wel gehoord in een hoorzitting.

Bij de casus *Bijzondere interventies aan het hart* is niet voor een eerder beproefde oplossing gekozen voor het probleem van de relatief schaarse onafhankelijke expertise in eigen land. In het verleden is meerdere malen gebruik gemaakt van buitenlandse experts om elke schijn van belangenverstrengeling uit te sluiten (Bal, Bijker, and Hendriks 2002). Er werden wel buitenlandse experts geraadpleegd, maar deze waren geen onderdeel van de commissie. De zichtbaarheid van deze buitenlandse expertise was daarmee minder groot. De Raad had dus ook deels naar het buitenland kunnen uitwijken om de onafhankelijkheid van de commissie meer te waarborgen.

### **3.3 De ambtelijk waarnemer**

De ambtelijk adviseur, tegenwoordig waarnemer genoemd, is geen lid van de commissie en geeft formeel alleen een toelichting op de aanvraag van de minister en kan meer informatie geven over het (huidige of beoogde) beleid en de regelgeving. De ambtelijk waarnemer heeft geen stem in de commissie maar kan een belangrijke rol spelen in het stimuleren dat het advies bruikbaar is voor de beleidspraktijk: "De beleidsmatige belangrijke aspecten voor het

voetlicht brengen. Toch proberen dat het advies zo'n vorm krijgt dat je daar beleidsmatig ook wat mee kan. Daar gaat het uiteindelijk om.” (interview secretaris Gezondheidsraad) De ambtelijk waarnemer heeft in principe inhoudelijk geen rol, maar vervult wel een belangrijke rol in het aangeven waar het beleid behoefte aan heeft. De waarnemer dient dan vooral te vermijden dat er alleen een academische, inhoudelijke discussie ontstaat. Een ambtenaar spreekt over het besef bijbrengen dat “je het advies schrijft voor mij” – lees: voor de opdrachtgever VWS (interview beleidsmedewerker VWS).

Bij deze commissie heb ik continu alle leden erop gewezen wat de concrete vraag was van de minister. Iedereen zit daar natuurlijk heel erg vanuit een medische expertise, met een inhoudelijke drive ook. En dan kan de discussie heel erg op de techniek in gaan zoomen. Het kan bijna een soort commissie worden die een richtlijn op gaat stellen. Een behandelrichtlijn. En dat is natuurlijk niet de bedoeling. Dat is mooi en dat moet misschien ook gebeuren, maar niet in die GR commissie waar expliciet een vraag ten behoeve van beleid wordt gesteld. (interview beleidsmedewerker VWS)

De ambtelijk waarnemer kan zo voorkomen dat de commissie te ver ‘afdwaalt’ van de adviesaanvraag. In de casus *Preventie bij ouderen* zagen we al dat de rol van de ambtelijk waarnemer in het voortraject opvallend groot is en dat deze een belangrijke bijdrage leverde aan de *framing* van het probleem. Deze ambtenaar heeft ook meegedacht bij de samenstelling van de commissie – om te voorkomen dat er te veel leden in kwamen met (alleen) expertise op het gebied van de ziektegerichte preventie. De wetenschappelijk secretaris benadrukt dat uiteindelijk de Gezondheidsraad bepaalt wie er in de commissie komt, maar dat er wel afstemming is met de opdrachtgever over de adviesaanvraag, zodat duidelijk is welke expertise er voor de commissie nodig is. Het gevaar van een verkeerd samengestelde commissie was immers aanwezig gezien de inhoud van de adviesaanvraag, die niet een goede afspiegeling was van wat het ministerie eigenlijk wilde. De ambtelijk waarnemer vertelt dat er bij de adviezen over de ouderenzorg veel regie vanuit het ministerie heeft opgezeten en dat dit uitzonderlijk is – dat er ook bewust gebruik is gemaakt van de Gezondheidsraad en hun adviezen om beleid te agenderen. De secretaris van de commissie relateert de rol van de ambtelijk waarnemer, ook al had hij wel een duidelijke inbreng. “In lijn met inderdaad de strekking van de adviesaanvraag. Maar het was niet zo dat, bij wijze van spreken, tijdens de rit er elementen bijkwamen die tot een andere koers leiden. Maar hij deed wel actief mee.” (interview secretaris Gezondheidsraad) De ambtelijk waarnemer had vooral een belangrijke toelichtende functie.

Er zijn voorbeelden van zeer proactieve ambtenaren, maar ook voorbeelden dat ambtenaren niet kunnen voorkomen dat het advies helemaal niet aansluit bij de vraag. Een ambtenaar vertelt dat hij die laatste ervaring had, toen hij als jonge beleidsmedewerker bij een commissie heeft gezeten.

Ik denk niet dat ik daar als waarnemer had moeten zitten. Daar had iemand moeten zitten die wat steviger was. Want het advies liep helemaal weg bij de vraag. Het werd echt een beroepsrichtlijn. Terwijl de vraag was zou er een systeem moeten zijn, en moet het wel in het pakket zitten, is het wel of niet doelmatig. (interview beleidsmedewerker)

De ambtelijk waarnemer verkeert soms in een lastige positie. Hij heeft een andere positie, omdat hij namens het departement bij de commissie aanwezig is en vaak niet over dezelfde status beschikt als de aanwezige deskundigen (vaak hoogleraren). Onder ambtenaren ontstaat soms het beeld dat ze eigenlijk alleen een stille toehoorder mogen zijn. “Er zijn ook commissies denk ik waar je als waarnemer je mond moet houden. Ik weet het niet helemaal, maar die verhalen krijg ik weleens terug. Iemand van VWS, leuk dat je er zit, maar houd vooral je mond” (interview beleidsmedewerker VWS). Andersom ervaart de Gezondheidsraad soms ook dat er waarnemers worden ingezet die slechts beperkt op de hoogte zijn van het onderwerp. De secretaris van de commissie Bijzondere Interventies aan het hart geeft bijvoorbeeld aan dat de vervangende waarnemer niet op de hoogte was van

de beleidsontwikkeling rondom de WMBV en daardoor de commissie niet van nuttig advies kon voorzien.

De aanwezigheid van een vertegenwoordiger van de opdrachtgever kan ook vragen oproepen. Dat gebeurde bij het advies over de logo's. De ambtelijk waarnemer, destijds nog ambtelijk adviseur genoemd, geeft aan dat hij daarover is aangesproken door een aantal partijen op de dag van de presentatie van het advies: "Ik zie dat jij daar adviseur bent geweest. Wat zegt dat over het advies?" (interview beleidsmedewerker VWS) Sommige spelers hadden de indruk dat de minister al voor het Ik Kies Bewust-logo en de bijhorende criteria had gekozen, omdat hij aanwezig was bij de lancering van dit logo. "Wij hadden voor sommige marktpartijen al gekozen voor Ik Kies Bewust. En als daar iemand van het departement bij die commissie als adviseur zit, dan heb je ook een kleur."<sup>8</sup> (idem) Omgekeerd waren er ook partijen die dachten dat het Ministerie van VWS de Gezondheidsraad gebruikte om toch op het duale systeem van Albert Heijn (een logo met twee verschijningsvormen) uit te komen. Het duale systeem lag erg gevoelig in de achterban van het IKB. De ambtelijk waarnemer geeft overigens aan dat zij niet van te voren het idee hadden dat er twee verschijningsvormen moesten komen en de Gezondheidsraad dat dan laten adviseren.

Mede om verwarring rond de rol van de aanwezige beleidsmedewerker tegen te gaan, is de naam 'adviseur' verandert in 'waarnemer'. De naam adviseur wordt nu alleen nog gebruikt voor personen die vanwege hun expertise zitting hebben in de commissie, maar geen lid zijn omdat er mogelijk sprake kan zijn van belangenverstrengeling.

Om onderscheid te maken tussen iemand die een inhoudelijke expertise inbrengt en iemand die er gewoon vanuit de functie in zit. Adviseurs zijn in principe mensen die inhoudelijk ook een steentje bijdragen. (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad)

Met de term waarnemer wordt getracht duidelijk te maken dat de beleidsmedewerker vanuit het ministerie geen inhoudelijke bijdrage levert aan de totstandkoming van het advies. Tegelijkertijd is wel belangrijk dat de waarnemer de commissie wijst op beleidsontwikkelingen die van belang zijn voor de advisering. Er moet wel sprake zijn van een tweerichtingsverkeer.

### **3.4 Hoorzittingen**

Hoorzittingen waren in het verleden niet gebruikelijk voor de Gezondheidsraad; alleen bij uitzondering werd er gebruik van gemaakt (Bal, Bijker en Hendriks 2002). Bij bijvoorbeeld de adviezen van de RVZ behoort inbreng van maatschappelijke organisaties tot de traditie van maatschappelijke consensusvorming en het creëren van maatschappelijk draagvlak. Weliswaar heeft het zoeken naar consensus in het overlegmodel plaats gemaakt voor onafhankelijke oordeelsvorming, de RVZ is er nog steeds veel aan gelegen de adviezen te baseren op veldkennis en -ervaring (Boot en Knapen 2005). De RVZ kent daarvoor diverse vormen, zoals hoorzittingen, klankbordgroepen, bijeenkomsten met veldspelers, het vragen om standpunten en interviews met betrokkenen.

Inmiddels is de vraag of hoorzittingen wenselijk zijn een normaal onderdeel geworden van het adviestraject van de Gezondheidsraad. "Het gebeurt systematisch. Dat we kijken: hebben we dit nodig, en in de tweede plaats: kan het binnen het timeframe." (interview secretaris Gezondheidsraad) Een hoorzitting biedt de mogelijkheid om een ander type kennis in te brengen, zoals praktijkkennis en ervaringskennis. Volgens de secretaris maak je daarbij een taxatie of het van groot belang is voor de analyse, "bijvoorbeeld omdat de stand

---

<sup>8</sup> Ten tijde van dit adviestraject werd nog de naam 'adviseur' gehanteerd in plaats van 'waarnemer'.

van wetenschap mager is.” Het zou moeten gaan om een bepaald type kennis die je anders niet kunt oogsten.

De commissie *Gezonde voeding: logo's onder de loep* heeft hoorzittingen (op 9 oktober 2007) georganiseerd, omdat zij meer informatie en kennis zochten waarover mogelijk veldspelers en belanghebbenden (bedrijven, betrokken organisaties en deskundigen) zouden beschikken. In het ochtenddeel stonden de effecten op producenten centraal en in het middagdeel het begrip van en de effecten op consumenten. Volgens de wetenschappelijk secretaris (interview), hebben zij “wel degelijk dingen gehoord” die interessant waren voor de commissie, maar “de gegevens waren moeilijk voor ons te benutten, omdat ze niet goed onderbouwd konden worden. (...) Het is wel begrijpelijk vanuit het perspectief van het bedrijfsleven: het is vanuit concurrentieperspectief lastig voor hen om open te zijn over productinnovaties. Dus daar zit wel een probleem.” Bedrijven kunnen vanuit een concurrentieperspectief minder open zijn over productinnovaties. In haar advies zegt de commissie over de kwaliteit van informatie: “De informatie die de commissie tijdens en na de hoorzittingen verkreeg verschaftte enig inzicht, maar de wetenschappelijke zeggingskracht is gering. De commissie heeft deze als aanvulling en op hoofdlijnen bij haar beschouwingen betrokken.” (Gezondheidsraad 2008a:107)

Bij de casus *Bijzondere interventies aan het hart* werd ook een hoorzitting georganiseerd, waarbij vertegenwoordigers van de NVVC zijn gehoord. Ook is een hoorzitting met alle kinderhartcentra belegd. Deze hoorzitting was ook een oplossing voor het probleem van de eventuele belangenverstrengeling. “Vanuit alle geledingen van de cardiologie hebben mensen daar commentaar kunnen geven. Of hebben hun mening kunnen ventileren.” (interview commissielid Gezondheidsraad)

Er zijn ook veldspelers die best gehoord willen worden door de Gezondheidsraad – de CSO had bijvoorbeeld wel gehoord willen worden voor het advies *Preventie bij ouderen*. Dit is overigens ook een manier om veldspelers meer bij het advies te betrekken. In de casus rond de ouderenzorg blijken meerdere veldspelers niet goed op de hoogte te zijn met de adviezen van de Gezondheidsraad. Een hoorzitting kan dan bijdragen aan de bekendheid en het maatschappelijke draagvlak van een advies. Een wetenschappelijk secretaris van de Raad erkent dat hoorzittingen bijdragen aan maatschappelijk draagvlak, maar de kernoverweging voor de commissie blijft of een hoorzitting iets toevoegt aan de verzamelde kennis en inzichten. Met name gaat het dan om kennis die niet via de wetenschappelijke literatuur of andere documenten verzameld kan worden. Hij waarschuwt dat het houden van hoorzittingen ook tot verkeerde verwachtingen kan leiden, aangezien de commissie verantwoordelijk is voor het advies. “Als men dan te weinig terugziet van wat in zo’n hoorzitting aan bod is gekomen, kan het zelfs als een boemerang gaan werken. Dus je moet heel goed weten wat je doet.” (interview secretaris Gezondheidsraad)

Een respondent beklaagt zich over de formele aanpak van de commissie. “Het leek wel een rechtszaak. Wat mij betreft was het veel te formeel.” (interview Albert Heijn) Ze vertelt dat er een venstertijd was waarin deelnemers aan de hoorzitting gehoord werden. Daarvoor konden ze in de gang wachten: de gehoorde werden bewust gescheiden. Volgens haar zaten de leden van de Gezondheidsraad op een iets hoger plateau wat de ongelijkheid nog eens markeerde. Ondanks dat het veel te formeel was, zou ze wel uitgebreid de gelegenheid hebben gekregen om zaken toe te lichten: “Dat was prima in orde.”

De betrokken wetenschappelijk secretaris reageert hierop dat het goed is om dat terug te horen; “dat is zeker niet de bedoeling geweest.” Ze geeft aan dat de commissie de input van het bedrijfsleven heel serieus wilde nemen.

We moesten in één dag die informatie los zien te krijgen. Dus het was zeer goed voorbereid en we hadden echt hele duidelijke vragen die we na wilden lopen. Een groot deel van de

commissie was aanwezig. De tafels stonden in een carréopstelling (zonder podium). Ik kan me wel voorstellen dat mensen er ook een beetje zenuwachtig van werden, maar onze bedoeling is puur geweest: het verkrijgen van informatie. (interview secretaris)

### **3.5 Spelen met tijd - Tijdigheid**

Tijdigheid is een telkens terugkerend thema bij adviesraden. Een snel advies is lang niet altijd mogelijk bij de Gezondheidsraad, omdat het veelal gaat om complexe, multidisciplinaire vragen, waardoor commissies breed zijn samengesteld. Alleen al het vinden van de juiste deskundigen om een adviesaanvraag goed te kunnen behandelen vergt tijd. Er is bovendien tijd nodig om deskundigen, die vaak uit verschillende wetenschappelijke disciplines komen, met elkaar tot consensus te laten komen. En commissies zijn vaak samengesteld uit druk bezette personen die niet gemakkelijk bijeen te krijgen zijn. Indien de tijdsdruk erg hoog is, kan de Raad ook voor een andere vorm kiezen. Bij de aanvraag van de Themacommissie Ouderen van de Tweede Kamer werd besloten tot het vormen van een projectgroep van secretarissen in plaats van de gebruikelijke commissie. De tijdsdruk was erg hoog. Later opleveren zou betekenen dat het advies niet meer meegenomen kon worden.

Ik kan me ook herinneren dat de commissievoorzitter van die Kamercommissie, Niny van Oerle, van het CDA toen, zei: 'Als ik het niet voor 1 maart heb, doe ik er niks meer mee.' Dus we hebben het op 28 februari uit weten te brengen. En dat was ook wel goed, hoor. Want het heeft daarna wel heel veel discussie teweeggebracht. (interview secretaris)

Naar het oordeel van sommige respondenten hadden bepaalde adviezen wel eerder mogen verschijnen of eerder aangevraagd mogen worden. Het gaat dus daarbij niet altijd om een verwijt aan de Gezondheidsraad. Bij de casus over de voedingslogo's geven sommige respondenten aan dat het advies wel had mogen verschijnen voor de komst van logo's, maar de adviesaanvraag werd pas ingediend nadat de logo's al op de markt waren gebracht. Het advies *Preventie bij ouderen* leverde ook input op voor het Nationaal Programma ouderen, maar het verscheen daarvoor relatief laat. Een voormalig bewindspersoon wijst er op dat dit programma te veel een wetenschappelijke focus heeft gekend en dat het achteraf beter was geweest om eerder een advies te vragen aan de Raad.

Maar ik zeg ook, als ik dat nu zou doen dan zou ik dat anders gedaan hebben. Dan zou ik eerder de Gezondheidsraad om advies gevraagd hebben, integraal, en daar dan zelf een aantal dingen uitgelicht hebben die zich in de praktijk hadden moeten vertalen en nu is het teveel financiering van wetenschappelijk onderzoek geweest. (interview voormalig staats-secretaris VWS)

Het voorbeeld van het advies *Asbest* laat ook zien dat het belangrijk is dat er tussen het ministerie en de Gezondheidsraad steeds goed overleg is over welke onderwerpen moeten worden opgepakt. Dat gebeurt nu te weinig, waardoor adviezen vaak te laat komen of er onderwerpen op de agenda komen die te weinig direct relevant, te vrijblijvend zijn. Een goede interactie tussen het ministerie en de Gezondheidsraad is daarom noodzakelijk om problemen pro-actief op te kunnen pakken. De ervaring van een voormalig minister van VROM is dat als dat gebeurt de duur van het adviestraject—waar nu veel over wordt geklaagd—veel minder een probleem is. In het geval van *Asbest* lukte het de Raad bijvoorbeeld ook om snel met een advies te komen. Timing is daarmee dus vooral ook een kwestie van goed overleg over het belang van onderwerpen en goed inzicht in welke onderwerpen wanneer relevant worden. Dat kan naar het idee van de ex-minister veel programmatischer worden aangepakt. (interview voormalig minister VROM)

Een van de oud-bewindslieden merkt op dat de Gezondheidsraad voldoende snelheid moet hebben om op maatschappelijke thema's in te spelen en te weten wat wanneer komt. Anders wekt de Raad de verdenking op zich dat ze zich niet zoveel van die omgeving wil aantrekken.

Dat zij de tijd nemen die zij nodig achten, en ja, dat moeten ze ook doen want ze moeten wel goede adviezen leveren. Maar ik heb me wel eens afgevraagd of het wel zo lang moet duren. Want daarmee loop je ook het risico dat je een beetje als mosterd na de maaltijd komt. (interview voormalig staatssecretaris VWS)

Tijdigheid is een gevoelige kwestie voor veel commissieleden, omdat te veel tijdsdruk ten koste kan gaan van de wetenschappelijke kwaliteit van het advies. Een commissievoorzitter benadrukt bijvoorbeeld dat kwaliteit uiteindelijk belangrijker is dan tijdigheid.

Ik ben hopeloos, iedere keer als ik een commissie voorziet duurt het langer dan ze hadden gedacht. Dan heb je het over een paar maanden. Als je kwaliteit voor tijd moet gaan inruilen dan weet ik het wel. Dat is ook inherent aan het proces, de commissie moet bij elkaar komen, die moet nog eerst over denken, die moet iets herkauwen. Dat is niet iets dat je moet afraffelen. (interview voorzitter commissie Gezondheidsraad)

De algemeen secretaris benadrukt echter dat tijdigheid even belangrijk is.

Ik moet even zeggen dat we intern ook een discussie voeren over wanneer is een advies een goed advies. En dan zul je van de medewerkers die je bevroegt ongetwijfeld horen dat het allemaal gaat over de kwaliteit van het advies, de inhoud en of we het goed geformuleerd hebben noem maar op. Ik voeg daar iets aan toe, namelijk dat het advies op tijd is gekomen, op het moment dat de aanvrager het nodig heeft en dat hij er ook tevreden mee is. Het kan zijn dat hij er niet tevreden mee is, omdat er niet uitkomt wat hij wil, maar het kan wel zijn dat hij tevreden is omdat hij heeft op het moment dat hij er wat mee moet. Dus tijdigheid is wat dat betreft heel belangrijk. (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad)

Bij een ongevraagd advies bestaat het gevaar dat het advies op de verkeerde tijd komt – dat het ministerie niet zit te wachten op een advies. Een voorbeeld daarvan was het advies *Plan de campagne: Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting*, dat vraagtekens zette bij de effectiviteit van dergelijke campagnes.

Daar waren ze helemaal niet blij mee. Dat is een jaar of vijf geleden. (...) Nou dat is dan zoiets waarvan je dan nu min of meer je gelijk krijgt. Maar op dat moment was het echt iets waar de toenmalige DG volksgezondheid helemaal niet op zat te wachten. En dat kan ik me ook voorstellen. Als er net een campagne bezig is voor iets dan ben je daar niet blij mee. (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad)

De algemeen secretaris benadrukt dat ook bij ongevraagde adviezen afstemming belangrijk is, zodat het ministerie weet dat er een advies aankomt: “Wat ik zelf dan vanuit mijn functie belangrijk vind, is dat zo’n DG weet dat we daar mee bezig zijn. Dat hij het kan verwachten, dat het dus niet onverwacht komt. Dat heeft ook te maken met, ook al ben je onafhankelijk, wel met goede verhoudingen.” De Gezondheidsraad wil vermijden dat de minister overvallen wordt.

Tijdigheid lijkt dus vooral te gaan om goede afstemming, niet zozeer over snelheid. Tijd geldt hier meer in zijn subjectieve connotatie van beleefde tijd. Hoe snel een advies er dient te zijn, en, daarmee samenhangend, hoe diepgaand het moet zijn, is niet iets dat voor alle adviezen hetzelfde is maar dat steeds opnieuw dient te worden vastgesteld in overleg met betrokken partijen. Waar respondenten dan ook vooral op hameren is de mate waarin dit daadwerkelijk gebeurt. Een oud-minister is hier bijvoorbeeld positief over. Zij verwijst naar het asbestadvies waar in samenspel tussen haar ministerie en de Gezondheidsraad de tijdigheid van het advies goed gegarandeerd kon worden (interview ex-minister VROM). De ambtenaren bij het ministerie van SoZaWe denken hier anders over; voor hen is juist de onafhankelijke opstelling van de Gezondheidsraad hierin een terugkerende kwestie.

Het werk van de Gezondheidsraad is slecht te plannen en de Raad komt toezeggingen niet (altijd) na. Adviezen laten in de regel erg lang op zich wachten. Als er politieke druk is vanuit de Tweede Kamer, dan lukt het overigens wel om de Raad in beweging te krijgen. Ook de

differentiatie tussen adviezen blijft een lastig punt. De Gezondheidsraad werkt de adviezen steeds zeer grondig uit. Dat is op zich begrijpelijk, maar het is niet altijd duidelijk wat de toegevoegde waarde is. Dit geldt bijvoorbeeld voor het advies over asbest; dit is zeer grondig gedaan maar een verantwoord advies had wellicht ook met een veel minder grondige analyse kunnen worden gegeven. [...] Ondanks dat dit al een aantal keer is ingebracht komt de Raad op dit punt vooralsnog niet in beweging. (interview beleidsmedewerker SoZaWe en medewerker Arbeidsinspectie)

Het is de vraag of deze kritiek altijd terecht is; een ander voorbeeld waar de beleidsmedewerkers van SoZaWe naar verwijzen betreft glycolen, waar de Gezondheidsraad nu juist wel uitvoerig gebruik heeft gemaakt van bestaande internationale adviesrapporten en het eigenlijke advies niet veel meer is dan een korte herbeoordeling hiervan (Gezondheidsraad 2007, 2007). Tijdigheid zit hem, zoals we al vermeldden, vooral in beleefde tijd en in de mate van afstemming tussen Raad en opdrachtgever. Dat maakt de gevoelde realiteit ervan echter niet per se minder sterk.

### **3.6 Vooraf verspreiden van conceptdelen**

In de casus *Gezonde voeding* en *Preventie bij ouderen* werden conceptdelen al voor de officiële publicatie verzonden of ter inzage gegeven aan betrokkenen. Informeel zijn delen van het advies *Preventie bij ouderen* al verspreid door de ambtelijke waarnemer met medewerking van de commissie om het NPO te kunnen bijsturen. Het advies van de commissie dreigde anders qua timing te laat te verschijnen. De secretaris van de adviescommissie geeft aan dat de commissie daar echter geen toestemming voor gegeven kan hebben, omdat de stukken niet voor de officiële publicatie verspreid mogen worden. Ambtelijk waarnemers blijken daar niet altijd op te willen wachten en toch al aan de slag te willen met de inzichten en (concept)aanbevelingen van de commissie.

De Raad maakt wel eens gebruik van een soort van voorpublicatie om tijdig in te kunnen spelen op de vraag van de opdrachtgever. Het fenomeen van een briefadvies dat aan het advies voorafgaat is daar een voorbeeld van. Het advies *Ouderdom komt met gebreken: geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit* werd voorafgaan door een briefadvies over multimorbiditeit, zodat bij de opzet van het Nationaal Programma Ouderenzorg nog gebruik gemaakt kon worden van inzichten van de Gezondheidsraad.

Een andere manier om eerder bevindingen naar buiten te brengen is het werken met deeladviezen. In de casus *Bijzonder interventies aan het hart* is op uitdrukkelijk verzoek van de minister gewerkt aan het deeladvies over de PCI's. De minister wilde over dit onderwerp snel advies en de Gezondheidsraad heeft daaraan gehoor gegeven door het maken van dit deeladvies. De minister heeft naar aanleiding van dit deeladvies echter nog geen stappen gezet waardoor het voor de commissie achteraf niet helder was waarom er druk werd gezet op het doen verschijnen van een deeladvies.

Bij de procedure voor grenswaarden van gevaarlijke stoffen is het openbaar maken van het conceptrapport onderdeel van de procedure. Zowel voor stoffen die de drietrapsprocedure doorlopen als die waarover direct aan de minister wordt geadviseerd, worden Openbare Concept Rapporten beschikbaar gesteld aan de industrie en aan kennisinstituten in Nederland en het buitenland. Externen kunnen op deze conceptrapporten schriftelijk reageren waarbij zij zich dienen te beperken tot wetenschappelijke kwesties. Het kan dan bijvoorbeeld gaan over resultaten van nog lopend of niet openbaar wetenschappelijk onderzoek dat de commissie nog niet heeft kunnen meenemen. Van deze mogelijkheid wordt veel gebruik gemaakt. Naar de indruk van de secretaris van de commissie is dit bovendien meer geworden voor die stoffen waarvoor de drietrapsprocedure niet meer wordt gehanteerd (interview secretaris Gezondheidsraad). Waar voor de stoffen die de drietrapsprocedure geldt dat eventuele kwesties met betrekking tot de haalbaarheid van

grenswaarden nog in de SER subcommissie aan de orde kunnen worden gesteld, is dit voor stoffen waar de Gezondheidsraad direct aan de minister adviseert niet meer het geval. Als gevolg hiervan neemt de druk op de Gezondheidsraad toe, hetgeen tot uitdrukking komt in een grotere hoeveelheid reacties in de openbare concept fase. Het gaat dan overigens vaak ook om stoffen met een relatief groot economisch belang, waarover ook in het verleden al wel felle discussies werden gevoerd, ook omdat voor die stoffen meestal meer onderzoek beschikbaar is.

### **3.7 Conclusie**

Doorwerking begint al tijdens het spel vooraf. Afstemming met en inspelen op de opdrachtgever is nodig om goede landing mogelijk te maken. Het opstellen van de adviesaanvraag is een belangrijk moment in termen van doorwerking, omdat daar een eerste *framing* van het probleem plaatsvindt. De adviesaanvraag heeft daarmee invloed op de reikwijdte, het type en de richting van het advies. Bovendien is het belangrijk wie de opdrachtgever is, ofwel wie na verschijnen van het advies de verantwoordelijkheid op zich neemt iets met de resultaten te gaan doen; dat geldt vooral voor adviezen die meerdere ministeries betreffen, maar ook tussen afdelingen van een ministerie is dit van belang. Dat betekent niet dat commissies niet meer kunnen afwijken van de adviesaanvraag. We zagen meerdere voorbeelden van adviezen die een meer conceptueel karakter kregen, terwijl de opdrachtgever contact zocht met de Raad vanwege een instrumentele vraag. Soms is afwijken zelfs wenselijk, omdat de letterlijke tekst van de aanvraag niet altijd goed de bedoelingen van de opdrachtgever weergeeft. Afwijken is overigens niet zonder risico, omdat het ten koste kan gaan van de doorwerking, zoals we zagen bij het advies *Bijzondere interventies aan het hart*.

De samenstelling van de commissie lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn voor doorwerking, omdat kritische vragen over de samenstelling zijn weerslag heeft op de beoordeling van de inhoud van het advies. Het kan daarbij zowel gaan over de vraag of alle benodigde deskundigheid in de commissie is vertegenwoordigd, als om kwesties rond mogelijke belangenverstrengeling. Met name dat laatste stelt de Raad voor een lastig dilemma omdat in sommige gevallen – in onze casus betreft het vooral de advisering over de cardiologie – deskundigheid en belang nauw zijn verweven. In dat geval kan de Raad er ook voor kiezen om deskundigheid vanuit bijvoorbeeld het buitenland te betrekken. Ook dat is echter slechts een gedeeltelijke uitweg uit het dilemma omdat nationale expertise ook dan van belang blijft.

Net als *framing* van het advies en samenstelling van de commissie is tijd – voor zover van belang voor doorwerking – een kwestie van afstemming. Vandaar dat wij ook de voorkeur geven aan het begrip *timing* dan bijvoorbeeld tijdsduur. Van belang lijkt vooral de afstemming tussen Raad en opdrachtgever over het moment waarop een advies beschikbaar komt. Voor de opdrachtgever is het cruciaal dat een advies kan worden meegenomen in een beleidstraject. We hebben in dit hoofdstuk gezien dat deze afstemming zowel voorafgaand aan het adviesproces als tijdens het adviestraject zelf kan plaatshebben. Uiteraard heeft afstemming vooraf de voorkeur, maar de duur van een adviestraject is niet altijd goed te voorspellen; het moet lukken om de juiste deskundigen bereid te vinden aan de commissie deel te laten nemen en deze moeten ook een aantal keer bijeen kunnen komen. Bovendien kiezen de wetenschappers in de commissies liever voor zorgvuldigheid dan voor snelheid. De Raad kan er – in gevallen van urgentie – dan voor kiezen verkorte procedures te hanteren, bijvoorbeeld door een werkgroep van het secretariaat in te stellen en zoals gebruikelijk de wetenschappelijke toetsing te laten geschieden door een van de Beraadsgroepen. In die gevallen waar de urgentie tijdens het adviestraject verandert, kunnen ook andere vormen worden gehanteerd. Toen het Ministerie van VWS bijvoorbeeld bezig was met de voorbereiding van het Nationaal Programma Ouderen (NPO) was advisering van

de Gezondheidsraad gewenst. Het Ministerie zelf had verzuimd eerder advies aan te vragen en de commissies die op dit terrein met advisering bezig waren, leken te laat klaar te zijn om nog van invloed te kunnen zijn op de vormgeving van het programma. In dit geval is zowel informeel door de ambtelijk waarnemer als formeel door het uitbrengen van een tussentijds (verkort) briefadvies met deze situatie omgegaan.

Het voorbeeld van het NPO laat ook zien dat timing niet alleen een zaak is van de Gezondheidsraad maar juist in de interactie tussen de Raad en zijn omgeving. Voor de Raad maakt het dat niet per se eenvoudiger. Cruciaal lijkt te zijn dat de Raad over informatie beschikt over het verloop van beleidstrajecten waar advisering benodigd is. De figuur van de ambtelijk waarnemer, maar ook het agendaoverleg met de top van de betrokken Ministeries kunnen hier een rol in spelen.



## **4. Het spel der grenzen - relatie wetenschap-beleid**

Wetenschappelijke adviesraden of planbureaus beogen een wetenschappelijk oordeel te geven over beleidsvragen. Zij horen niet op de stoel van de beleidsmaker te gaan zitten, maar ze kunnen niet bestaan zonder banden met de wereld van politiek en beleid (Van Egmond et al., 2011). In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag hoe de Gezondheidsraad omgaat met deze ambigue relatie tussen wetenschap en beleid. We zullen eerst het grenzenwerk bespreken. Er is distantie tot het beleid nodig maar de afstand mag ook weer niet te groot worden. De Raad en zijn publiek worstelt met de vraag hoe sterk het wetenschappelijke bewijs dient te zijn alvorens een beleidsaanbeveling gegeven kan worden, welke vormen van kennis meegenomen kunnen worden en hoe ver beleidsaanbevelingen mogen gaan.

De visie op de relatie tussen wetenschap en beleid staat niet los van de vraag naar het domein van de Gezondheidsraad. In het tweede deel van dit hoofdstuk zullen we laten zien dat het werk van de Raad niet ophoudt bij het uitbrengen van het advies, al wordt dan wel de commissie ontbonden. Tenslotte bespreken we hoe de focus op de opdrachtgever invloed kan hebben op de visie van de Raad op de rol van de overheid.

### **4.1 *Grenzenwerk tussen wetenschap en beleid***

De Gezondheidsraad hecht waarde aan een zekere afstand tot de politiek en het beleid om zijn onafhankelijkheid en gezag te bewaken. Wetenschap en beleid dienen gescheiden te blijven en niet op elkaars stoel gaan zitten. Een advies biedt daarom veelal geen kant-en-klaar antwoord voor de beleidspraktijk. In adviezen zijn weliswaar aanbevelingen opgenomen, maar er is een vertaalslag nodig naar de beleidspraktijk. In de meest recente adviezen over de ouderenzorg bijvoorbeeld wordt meer aandacht gevraagd voor problemen van multimorbiditeit, integrale zorg en zelfredzaamheid. Dit droeg bij aan het opzetten van het Nationaal Programma Ouderenzorg. De adviezen geven niet direct een aanbeveling tot de oprichting van een NPO programma bij het ZonMw, maar het past wel in de lijn van de aanbevelingen. Evenzeer zeggen de adviezen bijvoorbeeld niet hoeveel geld het kabinet daarvoor dient te reserveren en in wat voor een tijdsbestek de middelen besteed dienen te worden, nog op welke wijze het programma dan dient te worden ingericht. Veel aanbevelingen dienen dus nog vertaald te worden naar de beleidspraktijk. Bij instrumentele aanbevelingen is dat minder hard nodig dan bij conceptuele en agenderende aanbevelingen, maar ook daar dient vaak nog een vertaalslag plaat te hebben.

Dit bewaren van afstand tot de directe beleidspraktijk dient twee doelen. In de eerste plaats bewaakt de Raad hiermee zijn onafhankelijkheid. Tegelijkertijd wil de Raad de bewindspersonen “niet voor de voeten lopen” (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad). Dit wil overigens weer niet zeggen dat de Raad zijn adviezen schrijft omwille van een bijdrage aan de wetenschap. Het gaat er steeds om een besluit op het gebied van het beleid te onderbouwen. De voorzitter van de Gezondheidsraad zegt daarover: “Je eigenlijke doel is natuurlijk dat op grond van het advies een weloverwogen besluit genomen wordt. Daar doe je het voor.” (interview voorzitter Gezondheidsraad)

Van de zijde van de beleidsmaker en het beleidsveld wordt een zekere afstand ook op prijs gesteld. Bij een onafhankelijk wetenschappelijk advies kan het ministerie verwijzen naar een betrouwbare bron om haar beleid te onderbouwen, maar onafhankelijkheid geeft ook de mogelijkheid om van het advies af te wijken. Onafhankelijkheid wordt ook door de veldspelers belangrijk gevonden. Bij de casus *Gezonde voeding* zagen we al eerder dat veldspelers moeite hadden met de aanwezigheid van een ambtenaar in de commissie. Dat riep de vraag bij hun op of de commissie wel voldoende onafhankelijk van het beleid kan opereren.

Afstand is wenselijk maar te veel afstand kan leiden tot minder bruikbare adviezen. Doorwerking wordt bemoeilijkt als de commissie in haar aanbevelingen te veel afstand houdt van de bestuurlijke praktijk. De oud-minister van VROM bepleit dat adviezen verder worden uitgewerkt in concrete handvatten.

Die nazorg wordt dan niet door WRR of GR opgepakt en dat geeft een kloof met de beleidspraktijk. Dat is jammer, ook omdat je als minister vaak pas dingen weer terugziet als er plannen of adviezen zijn en dan is het meestal te laat om nog echt in te kunnen grijpen. Het zou wat dat betreft veel beter zijn als de adviesraden, ook de GR, zich daar meer op zouden richten en handvaten ontwikkelen om aan te geven hoe die—in dit geval vrij conceptuele—kwesties dan in de bestuurlijke praktijk kunnen worden opgepakt. (interview voormalig minister VROM)

Volgens de voormalig minister is het van belang dat de Raad adviezen aflevert die kunnen landen – door aanbevelingen te doen die goed aansluiten bij het ministerie, de Kamer en de praktijken waar de adviezen terecht komen.

De oud-staatssecretaris van VWS vindt dat de Gezondheidsraad niet zozeer politiek maar zich wel meer maatschappelijk mag laten zien. Daarbij kunnen ook Kamerleden betrokken worden. Ze maakt daarbij een onderscheid tussen de relevantie van de informatie doorgeven en het direct mengen in het politieke proces.

Via Kamerleden proberen je zin te krijgen wat je niet via het departement kunt, dat kan je nooit doen als Gezondheidsraad want dan krijg je ruzie met je subsidiegevers. Maar je kan wel zeggen 'dit zijn onze argumenten waarom we dit en dit vinden'. (...) Kijk als je bijvoorbeeld naar aanleiding van een belangrijk advies ook een seminar of een congres organiseert of misschien een aantal werkgroepen die er mee aan de slag gaan, die daarna nog eens over een tijd terugkoppelen. Dan kan je daar ook Kamerleden bij betrekken. Dat is ook een manier om het gewoon wel op de inhoud te doen. (interview voormalig staatssecretaris VWS)

Een ambtelijk waarnemer wijst op het probleem dat wetenschappers vooral gefocust zijn op het vergaren van kennis en het verkrijgen van inzicht, maar dat zij minder interesse hebben voor of voorzichtig zijn met de stap naar het beleid.

Wetenschappers die zijn dan toch vaak, die proberen dingen uit te zoeken, inzicht te verkrijgen, maar de implicaties daarvan... Wat betekent het nou, maatschappelijk. Ja, dat is toch een andere. Vaak is een wetenschapper natuurlijk toch heel genuanceerd. Er zijn argumenten voor, of pleiten er tegen. Met al zijn plussen en minnen schuif je dat het liefst maar door naar de overheid. Kijk maar wat je er mee doet. (interview beleidsmedewerker VROM)

Bovenstaande reacties laten zien dat vanuit het perspectief van het ministerie er toch nog een kloof bestaat tussen het advies en de beleidspraktijk. Naar het oordeel van veel respondenten vanuit het ministerie zou de Gezondheidsraad een stap verder mogen gaan in het vertalen van de wetenschappelijke inzichten naar de beleidspraktijk. Voor de Gezondheidsraad betekent dit dat het balanceren op de grens tussen afstand en betrokkenheid, tussen het wetenschappelijk en het beleidsmatig/maatschappelijk domein, een cruciale kwestie is waar het om de doorwerking van adviezen gaat. Noch een wetenschappelijke noch een beleidsmatige insteek is goed voor de doorwerking van adviezen. Maar balanceren op de rand tussen afstand en betrokkenheid, hoe doe je dat in de praktijk?

#### **4.2 Hoe hard moet het bewijs zijn?**

Een van de kwesties die in de relatie tussen wetenschap en beleid steeds terugkomen is de mate van wetenschappelijke onderbouwing van adviezen. De Gezondheidsraad blijkt daar in de casus die wij hebben onderzocht verschillend mee om te gaan. Bij de casus *Astma, allergie en omgevingsfactoren* leidde twijfel over de mate van wetenschappelijke evidentie tot

terughoudendheid in het geven van aanbevelingen, terwijl bij de casus *Gezonde voeding: logo's onder de loep* dit geen belemmering was om tot duidelijke aanbevelingen te komen. In beide gevallen werd het gebrek aan evidentie nadrukkelijk erkend door de commissie.

Opvallend aan de aanbevelingen in het advies *Astma, allergie en omgevingsfactoren* is de twijfel aan de wetenschappelijke 'hardheid' van de bevindingen. Diverse keren merkt de commissie op dat er onvoldoende bewijs is om een bepaalde aanbeveling te kunnen doen. De commissie vindt bijvoorbeeld onvoldoende aanwijzingen om een verbetering van de ventilatie in de woning aan te bevelen als maatregel om astma- en allergieklachten te verminderen. De commissie beveelt de overheid alleen interventies aan die ook al om andere redenen wenselijk zijn, zoals antirookcampagnes gericht op ouders en het stimuleren van borstvoeding. Daarnaast geeft de commissie de aanbeveling om verder onderzoek naar de effectiviteit van multifactoriële interventies te stimuleren, want "op dit moment is onvoldoende duidelijk welke combinaties van maatregelen effectief en uitvoerbaar zijn, en op welke risicogroepen dergelijke pakketten zouden moeten worden toegepast." (Gezondheidsraad 2007: 120) De secretaris onderschrijft de voorzichtige aanbevelingen:

Dat speelt denk ik bij andere adviezen ook wel. Je hebt natuurlijk altijd de kwestie van hoeveel bewijs moet er zijn om een aanbeveling te kunnen doen. En de voorzitter staat meer op het standpunt, als iets niet hard wetenschappelijk bewezen is, dan vind ik het te zwak om echt praktijkaanbevelingen te doen of beleidsaanbevelingen te doen. Het moet toch wel goed onderbouwd zijn allemaal. En dat is natuurlijk op zich, wetenschappelijk, een verdedigbaar standpunt. Maar er zitten in een commissie vaak ook mensen die zeggen, er zijn toch wel zoveel aanwijzingen of de praktijk wijst uit dat, dat je toch best wat steller kan zijn in je aanbevelingen. (interview secretaris Gezondheidsraad)

Een commissielid erkent ook dat het advies geen heldere boodschap uitdraagt. Naar zijn mening zijn de onzekerheden te veel benadrukt. In de commissie waren er duidelijk twee stromingen, twee verschillende wetenschapsopvattingen, te herkennen: een stroming die onderbouwing via RCT's wilde zien en een stroming die stelde dat bij iets minder zekerheid ook nog wel wat te zeggen valt. Als de respondent zelf voorzitter was geweest was er een ander advies gekomen. Het is nu te voorzichtig. De commissie had er naar zijn oordeel meer uit kunnen halen door aan te geven dat één maatregel geen zin heeft en dat er meer maatregelen tegelijk genomen moeten worden.

Meerdere respondenten bij de casus *Gezonde voeding* wijzen evenzeer op het gebrek aan wetenschappelijke kennis op het terrein van hun advies. Er was nog weinig wetenschappelijke literatuur en veel onderzoek was nog gaande. Mede daarom werden er hoorzittingen georganiseerd om bepaalde omissies in de wetenschappelijke kennis (bijvoorbeeld over productinnovatie) deels op te vullen, maar daarmee konden twijfels over de wetenschappelijke evidentie niet weggenomen worden. Dit weerhield de commissie echter niet om tot duidelijke aanbevelingen te komen. De voorzitter van de wetenschappelijke commissie van *Ik Kies Bewust* wijst er bijvoorbeeld op dat de aanbeveling van twee verschijningsvormen niet *evidence based* was:

Kijk, wat wel heel duidelijk blijkt uit het advies van de Gezondheidsraad: er staan wel aanbevelingen in over de verschijningsvorm, maar deze zijn niet echt *evidence based*. Dat wil zeggen: het zijn oordelen van de commissieleden, maar niet onderbouwd met wetenschappelijke literatuur. En daar waren we nou juist mee bezig, om die literatuur wel te maken. En ook onderzoek te doen naar wat consumenten wel en niet begrijpen en hoe je het beste zo'n logo kunt implementeren. (...) Die twee verschijningsvormen staat er wel, maar er is geen enkel ander voorbeeld van onderzoek dan wel uit de praktijk waaruit blijkt dat dat zou helpen. Dus het is een mening. En daar hebben wij ons bij het IKB-logo dan maar bij neergelegd. Als de commissie denkt dat dat beter is, zonder dat daar onderbouwing voor is, dan zullen we dat maar doen. (Interview voorzitter wetenschappelijke commissie IKB)

De voorzitter van wetenschappelijke commissie IKB geeft aan dat hij zelf van begin af aan een voorstander is geweest van een duaal systeem, maar dat verder onderzoek de komende jaren nodig is om te zien of de twee verschijningsvormen helder zijn voor de consument. De respondent van het Voedingscentrum betwijfelt of er vanuit de communicatiewetenschap voldoende wetenschappelijke onderbouwing is om een oordeel te vellen over een bepaald type logo's en om te zeggen dat het een duaal systeem moet zijn. Hij concludeert dat "het natuurlijk geen wetenschappelijk advies is geworden. Dus of mensen gezonder gaan eten door die logo's of hoe mensen reageren op logo's die op niet-basisvoedingsmiddelen staan [...]. Of mensen verschillen tussen kleurtjes in logo's herkennen en daar iets mee doen. Nou, al dat soort informatie is flinterdunne wetenschappelijke informatie." (interview waarnemend directeur Voedingscentrum) Overigens hadden niet alle veldspelers twijfels over het wetenschappelijk gehalte van de Gezondheidsraad. De respondent van Albert Heijn beschouwt de Gezondheidsraad als het hoogste adviesorgaan van het ministerie, waarin het crème de la crème van wetenschappers zitting heeft.<sup>9</sup> Alleen al het feit dat een dergelijke verzameling mensen tot een uitspraak komt verleent wetenschappelijke status aan het advies.

De wetenschappelijk secretaris erkent dat de wetenschappelijke gegevens beperkt zijn om een duaal systeem te kunnen aanbevelen, maar dat dit ook in het advies is aangegeven. Met de aanbeveling van twee verschijningsvormen sluit de commissie aan bij wat het Voedingscentrum doet. "Dat zijn de voorlichtingsdeskundigen. Die hebben gekozen voor een systeem waarbij producten in drie groepen worden verdeeld. We hebben gezegd: het is goed om aan te sluiten bij het systeem van het voedingscentrum." (interview secretaris) Wanneer de criteria voor de logo's strenger worden gemaakt, zouden veel producten hun logo verliezen. De secretaris verwijst daarbij, deels voorlezend, min of meer letterlijk naar de tekst in het advies (Gezondheidsraad 2008/22: 66)

Wanneer je de criteria strikter zou gaan maken, dan constateert de commissie dat dan een heleboel producten het logo zullen verliezen. En dat kan het consumentenvertrouwen in logo's aantasten en is slecht voor het potentiële effect op de productontwikkeling. Het is bovendien ongunstig voor consumenten als er binnen het logoassortiment minder te kiezen valt. Daarom stelt de commissie voor een logo met twee verschijningsvormen te ontwikkelen. Een verschijningsvorm voor de voorkeurscategorie, en de andere voor de middencategorie. De begrijpelijkheid van het onderscheid voor de consument – de meerwaarde van het duale systeem – moet via onderzoek worden aangetoond. Overigens, consumenten die het duale systeem niet begrijpen en die dus geen onderscheid maken tussen de twee verschijningsvormen, gebruiken het systeem met twee verschijningsvormen alsof het een systeem met één verschijningsvorm is. Het duale systeem veroorzaakt dus geen misinterpretatie onder consumenten die de verschijningsvormen op een hoop gooien, terwijl consumenten die het onderscheid tussen de verschijningsvormen wel begrijpen, extra informatie krijgen door toepassing van het duale systeem. (interview secretaris Gezondheidsraad)

Het gebrek aan wetenschappelijke evidentie werd dus wel erkend door de commissie. Vandaar de voorwaarde dat het verwachte resultaat van de aanbeveling nog via onderzoek wordt aangetoond. In tegenstelling tot de casus *Astma, allergie en omgevingsfactoren* vormde het echter geen belemmering om tot duidelijke aanbevelingen te komen. Het advies *Gezonde voeding* biedt daarmee meer kansen op doorwerking dan het advies *Astma, allergie en omgevingsfactoren*. Het geven van een duidelijke aanbeveling is echter nog geen garantie voor doorwerking. Een aantal specifieke aanbevelingen uit het advies *Bijzondere interventies aan het hart* werden desondanks niet opgevolgd. Omgekeerd betekent een vaag advies nog geen beleidsstille. Bestaand beleid of beleid dat op stapel staat kan

---

<sup>9</sup> Hierbij past wel de kanttekening dat Ahold ook het meest tevreden was met de inhoud van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad, omdat het vrij goed aansloot bij de visie van Albert Heijn op voedingslogo's.

teruggedraaid worden bij gebrek aan bewijs, zoals naar voren kwam bij het advies *Astma, allergie en omgevingsfactoren* (stopzetten van vergoeding van speciale bedhoezen).

Het contrast tussen beide adviezen duidt wel op een verschil in opvatting binnen de Raad hoe om te gaan met een 'gebrek aan bewijs', of, preciezer, wanneer er voldoende bewijs is om tot advisering over te gaan. In het geval van het advies over Astma is er pas voldoende bewijs als er over elk onderdeel van het advies onderzoek van de hoogste kwaliteit aanwezig is; in het geval van Gezonde voeding lijkt de commissie eerder te redeneren vanuit de gedachte van 'passend bewijs' (RVZ 2007). Er is sprake van passend bewijs als er gegeven de aard van het onderwerp en het te geven advies voldoende kennis aanwezig is om aannemelijk te maken dat een bepaald advies gegeven kan worden. De RVZ (2007) wijst op het gevaar dat belangrijke waarden verloren kunnen gaan of bepaalde interventies steeds meer onder druk komen te staan, indien de criteria van *evidence-based medicine* voor alle vormen van zorg zouden gelden. "Een probleem is namelijk dat niet alle vormen en elementen van de zorg zich goed laten onderzoeken op de manier die in die aanpak wordt voorgeschreven. De obstakels kunnen methodologisch zijn, maar ook financieel of ethisch." (RVZ 2007: 8) Daardoor dreigen er 'verweesde' zorggebieden te ontstaan, zoals preventie, de verpleeghuiszorg en weesgeneesmiddelen. De RVZ adviseert daarom om in het beleid gedifferentieerd met bewijs om te gaan. De door de RVZ bepleitte opstelling ten aanzien van wetenschappelijke bewijsvoering vergroot de mogelijkheden van advisering; anders zou de Gezondheidsraad niet langer over bepaalde terreinen een advies kunnen verstrekken.

#### **4.3 Wat is het domein van de raad?**

De Raad richt zich meestal op complexe, multidisciplinaire problemen. In haar rapport *Voortbouwen en vernieuwen* wordt de kerntaak van de Gezondheidsraad als volgt verwoord: "het opstellen van adviesrapporten door multidisciplinaire ad hoc-commissies over complexe kwesties die vaak meerdere sectoren bestrijken" (Gezondheidsraad 2008: 20). Bij tal van casus zijn meerdere disciplinaire invalshoeken relevant om tot een goed advies te komen. In de commissie *Astma, allergie en omgevingsfactoren* zitten bijvoorbeeld deskundigen uit meerdere medische subdisciplines, de huisartsgeneeskunde, de toxicologie en de milieu-epidemiologie. Daarnaast is het een complex probleem omdat diverse factoren invloed hebben op het probleem, waardoor de strijd tegen astma en allergie op diverse fronten gestreden moet worden. Andere casus, zoals die op het gebied van de ouderenzorg, bestrijken een nog veel ruimer probleemgebied. In sommige is de complexiteit van de problematiek sterk gereduceerd, omdat er een procedure is vastgesteld voor hoe het probleem getackeld dient te worden. De procedure voor de advisering over gezondheidskundige advieswaarden is weliswaar een multidisciplinaire kwestie, maar hier hebben de toxicologen en epidemiologen een duidelijke plek gekregen binnen een min of meer vaststaand kader.

Meerdere respondenten geven aan dat het werk van de Gezondheidsraad zich niet beperkt tot het puur weergeven van wetenschappelijke inzichten, maar ook een richting aangeeft voor de beleidspraktijk. Een externe respondent typeert de adviezen als een mix van een onderzoeksrapport en een beleidsrapport.

De rapporten van de Gezondheidsraad hebben gezag. Dat geldt ook voor de SCP-rapporten, maar die hebben veel meer, dat vond ik veel meer - grappig - onderzoeksrapporten. De Gezondheidsrapporten hebben een soort mix: 't zijn geen beleidsrapporten, zoals van de RVZ, die hebben concrete adviezen. De Gezondheidsraad geeft de stand van zaken weer met aanbevelingen van de richting. (interview voorzitter NPO)

Binnen de Gezondheidsraad is het vertaalproces van wetenschap naar beleid een belangrijke opgave: hoe vertaal je een wetenschappelijke bevinding in een praktische aanbeveling? We zagen al eerder dat er binnen de Raad verschillende opvattingen bestaan

over wanneer het geoorloofd is om die vertaling naar het beleid te maken. Het antwoord op deze kwestie is mede bepalend voor het onderzoeksdomein van de Raad. Wie de wetenschappelijke lat hoog legt of alleen bepaalde vormen van wetenschappelijke evidentie erkent, zal eerder bepaalde vraagstukken als niet geschikt voor de Gezondheidsraad bestempelen. Sommigen respondenten bepleiten dat de Raad zich meer terugtrekt op het wetenschappelijke domein om te voorkomen dat zij aanbevelingen geeft die onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden.

De respondent van het Voedingscentrum is bijvoorbeeld van mening dat de Gezondheidsraad een soort wetenschappelijke consensus dient neer te zetten. Wanneer deze ontbreekt dan is de vraag of een adviesaanvraag wel bij de Raad thuis hoort. Hij betwijfelt of een vraag over voedingslogo's wel geschikt is voor de Gezondheidsraad.

Nee, die wetenschap was er niet, die wetenschappelijke basis. Dus dan kom je veel meer in de positie van individuele afwegingen en zo. En de vraag is of de Gezondheidsraad daar wel de geëigende plek voor is. We hebben in Nederland bijvoorbeeld ook een Regulier Overleg Warenwet. Daar zitten consumentenvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van bedrijfslevensectoren met de overheid om tafel om ten aanzien van een stuk wetgeving met elkaar zaken af te stemmen. En ook om eventueel Europese wetgeving in Nederland voor te bereiden. Dat soort dingen. Dit advies hangt een beetje tussen die twee in. Het hoort niet bij het ROW [Regulier Overleg Warenwet] thuis, het hoort ook niet bij de Gezondheidsraad thuis. (interview waarnemend directeur Voedingscentrum)

Andere respondenten blijken juist geen moeite te hebben met het voorleggen van deze vraag aan de Gezondheidsraad. Daarnaast gaat het ook om de vraag wat is een 'passend bewijs' – de commissie erkende immers ook dat het empirisch onderzoek naar logo's nog niet op alle vragen een afdoend antwoord kan geven. De commissie was van oordeel dat zij wel in staat was om op basis van een conceptuele analyse een beargumenteerd advies neer te leggen.

Een andere genoemde reden om het domein van de Gezondheidsraad beperkt te houden, is het vermijden dat de Raad te veel in de beleidsvorming en beleidsarena terechtkomt. De Raad dient dan geen bestuurlijke kwesties te behandelen. Achteraf concluderen de betrokken beleidsmedewerkers dat de adviesaanvraag over de *Bijzondere interventies aan het hart* wellicht geen vraag is geweest voor de Gezondheidsraad. De vraag had betrekking op de sturingsfilosofie van de minister en was daarom misschien minder geschikt als vraag voor de Gezondheidsraad.

Hoewel de GR denk ik wel vindt dat ze daar [de sturingsvraag] over gaan. [...] En de GR dacht heel erg vanuit aanbodsturing. Totaal verschillende denkrichtingen. Dus wij vonden ook dat de GR in hun eigen belang handelde door te zeggen het moet allemaal onder vergunning blijven. Ze wilden ook een commissie waarin alle vergunningaanvragen werden getoetst. Dat hebben ze op een gegeven moment voorgesteld. En bij de Wet Bevolkingsonderzoek is dat zo. En dat systeem wilde ze ook voor de WBMV. Nou dat was echt in onze optiek totaal haaks op de tijdgeest. En op het stelsel. Ik zou niet snel weer zo'n advies, een inrichtingsadvies, aan de GR vragen. (interview ambtelijk waarnemer VWS)

Of een vraag al dan niet geschikt is voor advisering door de Gezondheidsraad laat zich ook bij deze casus niet eenduidig beantwoorden. Naast bestuurlijke spelen evenzeer inhoudelijke vragen een rol. In de adviesaanvraag voor de *Bijzondere interventies aan het hart* werd bijvoorbeeld ook gevraagd naar de voorwaarden waaronder de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van deze behandelingen gewaarborgd kan worden. Dat vergt een analyse van "de stand van kennis over de behandelingsmogelijkheden en de voorwaarden waaronder die goed, goed gespreid en doelmatig aangeboden kunnen worden" (Gezondheidsraad 2007:47). Bestuurlijke en inhoudelijke afwegingen zijn in dit advies – net als in veel andere

adviezen van de Raad – dan ook nauw met elkaar verweven. Dat neemt niet weg dat de Raad die verwevenheid soms meer en soms minder expliciet thematiseert.

Bij het advies *Preventie bij ouderen* heeft de commissie bewust afstand gehouden van bestuurlijke vraagstukken. De wetenschappelijk secretaris van het advies geeft aan dat om die reden geen aandacht is besteed aan de taak van gemeenten op dit terrein.

Je kunt als Gezondheidsraad wel allerlei dingen benoemen en we hebben dat meestal op hoofdlijnen gedaan, namelijk dat het heel belangrijk is om een betere samenwerking te hebben. We hebben daar trouwens het accent gelegd op de samenwerking tussen professionals, samenwerking in de zorg. Dat is ook meer des Gezondheidsraads. Maar zover het dan gaat om betere afstemming van allerlei beleidsinitiatieven op verschillende bestuurlijke niveaus benoemen we dat wel even. Maar het is niet onze taak om dat verder uit te werken. Dan zou je eigenlijk naar de RMO moeten gaan. Die hebben de wettelijke taak om dat te doen. En die brengen ook adviezen uit die veel meer te maken hebben met de bestuurlijke organisatie. Dus wij vinden ook helemaal niet dat dat bij ons hoort. (...) Want onze werkelijke taak is toch om de zaak wetenschappelijk te belichten. Of ook met kennis van hoe het zorgveld werkt. Gaat het meer om bestuurlijke dingen? Moet je niet bij ons zijn. (interview secretaris Gezondheidsraad)

Andere raden, de RMO en RVZ, kunnen dus wel ingaan op bestuurlijke vraagstukken, zoals de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. De Gezondheidsraad kan wel bestuurlijk getinte adviezen geven die betrekking hebben op professionals. Maar in het algemeen dient de Raad er voor te waken om bestuurlijke of politieke keuzes te presenteren en daar een wetenschappelijk sausje overheen te doen. De verantwoordelijkheid voor dit soort keuzes hoort dan bij het ministerie te liggen. Dat de Raad zich niet wil bezighouden met bestuurlijke kwesties betekent nog niet dat het bij voorbaat is uitgesloten dat de Raad iets kan zeggen over de preventierol van gemeenten. In de adviesaanvraag dient dan expliciet die mogelijke taak verondersteld te worden. De opdrachtgever zou kunnen vragen: geef een wetenschappelijk oordeel over wat er op lokaal niveau mogelijk is op het gebied van preventie bij ouderen. Volgens de betrokken secretaris van de Gezondheidsraad zou een dergelijke vraag wel opgepakt kunnen worden, mits er een stand van wetenschap is die een oordeel kan geven over dit soort lokale beleidsinitiatieven. Naarmate dat wetenschappelijke oordeel ontbreekt, zou de Gezondheidsraad eerder de adviesaanvraag afhouden.

Respondenten die een terugtrekking op het wetenschappelijke domein bepleiten, redeneren daarmee in lijn van de geschiedenis van de Raad die zich laat typeren als een proces van uitzuivering van niet-wetenschappelijke taken uit het pakket van de Raad (Rigter 1992: 328). In de loop van de tijd is de Gezondheidsraad steeds meer een wetenschappelijk adviesorgaan geworden. Aanvankelijk had de Raad een dubbele taak: 'besturen' en 'adviseren'. Na enkele decennia moest de Raad zijn bestuurlijke taak afstaan; wat resteerde was advisering (Rigter 1992: 307). Vervolgens ontstond er in de jaren vijftig en zestig een zekere domeinafbakening tussen de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (de latere RVZ), waarbij de eerste zich meer oriënteerde op wetenschappelijke advisering en de laatste op maatschappelijke advisering.

Toch zijn er ook respondenten die juist een verbreding van het takenpakket voorstellen. Volgens een van de raadsleden zou de Gezondheidsraad zich meer bezig mogen houden met stelselvraagstukken. Eerder is al aangegeven dat er ook politici en ambtenaren zijn die aangeven dat de Raad ook iets meer kan en mag zeggen over bestuurlijke vraagstukken, zoals de rol van gemeenten ten aanzien van preventie bij ouderen of het geven van handvatten hoe bepaalde kwesties in de bestuurlijke praktijk opgepakt kunnen worden. De betrokken wetenschappelijk secretaris typeert de wens van ambtenaren dat de commissie in haar advies *Preventie bij ouderen* meer in had mogen gaan op de rol van gemeenten als een gebrek aan kennis op het departement omtrent het kennis- en advieslandschap in

Nederland. Er is echter meer aan de hand dan dat ambtenaren mogelijk te weinig zicht hebben op de adviesdomeinen van de verschillende adviesraden. Het is ook een teken dat zelfs naar honderd jaar het domein van de Gezondheidsraad niet volledig is uitgekristalliseerd, maar dat telkens de vraag weer opkomt welke vraagstukken horen wel en niet thuis bij de Raad. Gezien de nauwe verwevenheid van bestuurlijke en inhoudelijke kwesties is het echter de vraag of zo'n domeinafbakening in algemene zin goed mogelijk is. Het lijkt eerder aangewezen bij elk advies opnieuw, afhankelijk van de thematiek en de beschikbare *knowledge base* en in samenspraak met de opdrachtgever en mogelijk andere betrokkenen, hierover een afweging te maken. Samenwerking met andere adviesorganen, waar de Raad al meer ervaring heeft opgedaan, is dan eventueel ook een optie.

#### **4.4 Nazorg**

Er is werk nodig om doorwerking te bevorderen of mogelijk te maken. Volgens de algemeen secretaris is het niet gebruikelijk om veel aandacht aan nazorg te besteden. "Bij heel veel adviezen leggen we gewoon de pen neer nadat het advies is uitgebracht en gaan we aan een volgend advies beginnen. Maar dat is erg afhankelijk van het onderwerp." (interview algemeen secretaris gezondheidsraad) In deze paragraaf zullen we diverse vormen van nazorg bespreken, zoals de wijze waarop een advies wordt gepresenteerd, de mogelijke rol van de voorzitter en de wetenschappelijke secretarissen van de Raad, de rol van de ambtelijke waarnemer en het zendingswerk van voormalige commissieleden.

##### *Presentatie en media-aandacht*

Voor de wijze waarop een advies wordt gepresenteerd bestaat geen standaardprocedure. Adviezen worden vergezeld van een samenvatting en een begeleidende brief van de voorzitter van de Gezondheidsraad. Daarnaast verschijnt er veelal een persbericht. Over de inhoud van de samenvatting, brief en persbericht heeft normaal geen overleg plaats met de opdrachtgever. De mate waarin media-aandacht wordt gezocht en de presentatie van het advies kunnen per advies verschillen. Over het laatste wordt wel externe afstemming gezocht met opdrachtgever, zoals het wel of niet aanbieden van het advies aan de minister en de mate van media-aandacht (wel of niet in Nieuwspoort).

Volgens de redacteur van de Gezondheidsraad dien je per advies te kijken "wat moet je hiermee". Sommige adviezen zijn wat toegankelijker dan andere en daardoor geschikt voor een breed publiek – bijvoorbeeld het advies *Vaccinatie van kinderen tegen tuberculose*. De redacteur belt ook actief naar vakbladen. Dit is effectief omdat het terecht komt bij de mensen in het veld. Een advies kan ook actief geplugd worden door bijvoorbeeld een interview in de krant met een voorzitter van een advies. Het lukt overigens niet altijd om de media actief te interesseren voor een advies. Bij het advies *Richtlijnen goede voeding ecologisch belicht* heeft de Raad het advies tevergeefs onder de aandacht gebracht van het jeugdjournaal.

We hebben ons best gedaan om dit het in het jeugdjournaal te krijgen, want dit is wel een soort onderwerp waarin het jeugdjournaal wat had kunnen doen. Maar ze vonden het toch te moeilijk, te abstract. En dat snap ik ook wel een klein beetje, maar het was wel léuk geweest. En het is wel voor ons iets waarvan je dan bewust nadenkt van 'dit onderwerp had je daar kunnen brengen en dan had je waarschijnlijk een heel breed publiek kunnen bereiken. Volgende keer beter. (interview voorzitter Gezondheidsraad)

Het onderwerp is mede bepalend, maar ook de politieke context van het ministerie en de Tweede Kamer. Op verzoek van de opdrachtgever kan een advies ook gewoon per post worden aangeboden (interview voorzitter Gezondheidsraad). Het advies *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid* is bijvoorbeeld bewust niet expliciet aan de minister en Kamer aangeboden op verzoek van het ministerie. VWS vreesde dat het advies een eigen politiek leven zou gaan leiden.

Dat was een politieke afweging. Als je dat rapport aanbiedt en je moet het ook naar de Tweede Kamer sturen, want die moet ook geïnformeerd zijn – dus die gaan dan aan de minister vragen ‘wat gaat u nu met dit rapport doen.’ Dan hadden we natuurlijk kunnen verwijzen van het is geïncorporeerd in het Nationaal Programma Ouderenzorg. Maar de inschatting was dat het politiek een eigen leven zou gaan leiden. Er was een discussie gaande over poliklinieken, de consultatiebureaus voor ouderenzorg, die werden links en rechts overal uit de grond gestampt zonder dat daar nou dingen in gebeurde waarvan wij dachten daar gaan we de oorlog mee winnen. Het risico bestond dat er politiek mee geschoord kon worden. (interview beleidsmedewerker VWS)

Een andere mogelijkheid is het direct aanbieden aan de opdrachtgevende bewindspersoon zonder de media daarbij uit te nodigen. De algemeen secretaris noemt het voorbeeld *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*.

Dat is gewoon tête-à-tête met de staatssecretaris besproken: de voorzitter en secretaris van de commissie en onze vice-voorzitter, want de voorzitter was in het buitenland. Die gaan het ter plekke zoals wij hier zitten, maar dan met de staatssecretaris overhandigen en zonder pers en wat dan ook uitleggen wat dat advies inhoudt. Zij vindt het een interessant onderwerp en het biedt ons de gelegenheid om iets meer te vertellen. Ja, ik denk ook dat dat voor het advies ook heel goed is, voor de doorwerking uiteindelijk. (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad)

Het niet openbaar aanbieden kan zowel gunstig als ongunstig uitpakken voor de doorwerking. Bij het advies *Preventie bij ouderen* lijkt de beperkte aandacht voor de presentatie ongunstig uit te werken, omdat het mede heeft geleid tot geringe bekendheid en het uitblijven van een reactie van de minister. Bij het advies *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling* is de verwachting dat door het gesprek met de bewindspersoon, het advies voldoende doorwerking zal krijgen, ook al was daarbij niet de pers aanwezig.

Volgens de redacteur van de Gezondheidsraad hebben wetenschappelijke secretarissen diverse opvattingen over het doel en het belang van communicatie. Bij sommigen leeft heel sterk de zorg, wanneer aandacht wordt besteed aan de communicatie, of het nog wetenschappelijk is. “Doen we dan geen concessies aan de inhoud; klopt het nog wel?” (interview redacteur Gezondheidsraad) Daarnaast richten sommige secretarissen zich primair op de minister of beleidsambtenaar, terwijl anderen een breder publiek voor ogen hebben. Er zijn secretarissen die de publieke taakopvatting geen onderdeel vinden van het werk van de Raad, die zeggen: “we adviseren de minister” (idem). De redacteur vindt dat een te beperkte opvatting. Ze vindt profileren belangrijk, omdat gezag ook te maken heeft met wel of niet zichtbaar zijn. Daarbij gaat het om de kunst om weg te blijven van de twee uitersten: te veel bemoeien met de presentatie en communicatie en de gedachte van alleen een advies produceren en dan gaat het vanzelf.

In de onderzochte casus zijn we geen voorbeelden van reparatiewerk tegen gekomen. Reparatiewerk is soms nodig wanneer er bijvoorbeeld misverstanden bestaan over een bepaald advies (Bal, Bijker en Hendriks 2002). Recentelijk heeft de Raad dat bijvoorbeeld nog gedaan bij het briefadvies *Vaccinatie tegen seizoensgriep*. Nadat er bij het NOS Journaal en Tros Radar kritiek te horen was op dit advies heeft de Raad op zijn website een document gepubliceerd waarin antwoord wordt gegeven op ‘veelgestelde vragen na kritiek op griepadvisering door de Gezondheidsraad’. In de begeleidende brief bij dit advies nam de voorzitter de gelegenheid te baat om ook op eerdere discussies over de advisering van de Raad over vaccinatie in te gaan.

#### *Uitdragen door voorzitter Gezondheidsraad en contacten secretarissen*

De voorzitter van de Raad kan adviezen waarop nog geen officiële reactie is verschenen van de minister of staatssecretaris voorzichtig onder de aandacht brengen van de opdrachtgever.

Door bijvoorbeeld de nieuwe minister tijdens het kennismakingsgesprek nog eventjes op het feit te wijzen dat bij een bepaald advies nog een open eindje lag.

Ja, en in de presentaties, dan neem je dat mee en spreek je nog een keer uit dat je de hoop hebt dat daar een positief besluit gaat vallen, maar we gaan niet lobbyen. Dat zou raar zijn; dat kan niet.

*Interviewer: Wat is het verschil dan?*

Kijk, we hebben geadviseerd 'dit is wat we zouden moeten doen', maar het besluit daarover ligt bij de minister. Dus we gaan niet doorduwen dat ze een positief besluit neemt. We kunnen wel zeggen 'we willen graag dat er een besluit genomen wordt'. En natuurlijk hebben we liever dat ze ons advies volgt. Toch altijd vervelend als iemand een goed geconcipieerd advies naast zich neerlegt, maar dat recht heeft ze. Het openlaten is iets wat we niet prettig vinden en dan zullen we het nog wel een keer onder de aandacht brengen. (interview voorzitter Gezondheidsraad)

De voorzitter geeft aan dat ze niet wil duwen naar een bepaalde beslissing, maar ze kan tijdens een praatje wel opmerken dat "net als het veld ik hoop dat ons advies snel zal leiden tot een positief besluit van de minister." (idem)

Wetenschappelijk secretarissen hebben wel goede contacten met ambtelijk waarnemers, maar buiten het wetenschappelijke netwerk zijn ze minder actief of lijken ze lobbywerk niet gepast te vinden. Nadat een officiële reactie op het advies *Preventie bij ouderen* uitblijft, onderneemt bijvoorbeeld de wetenschappelijk secretaris wel acties richting de ambtelijk waarnemer, maar zoekt hij bewust geen contact met de Tweede Kamer.

Ik vind het ook vanuit democratisch oogpunt niet goed. Maar ja, dan moet de Kamer maar zo gis zijn om te vragen: heeft de minister al een standpunt bepaald op dat advies van de Gezondheidsraad. Dan moeten er maar Kamervragen gesteld worden. Daar gaan wij niet in steken. (interview secretaris Gezondheidsraad)

Lobbyen is niet iets dat hoort bij een achtenswaardig orgaan als de Raad, maar het kan geen kwaad verantwoordelijken erop te wijzen dat een besluit nodig is, of om bepaalde argumenten nog eens onder de aandacht te brengen. De Gezondheidsraad heeft hier steeds oog voor en heeft ook de mogelijkheden om dit aan de opdrachtgever kenbaar te maken. Directe interventie in het politieke debat is daarvoor niet nodig.

#### *Rol ambtelijk waarnemer*

In tegenstelling tot adviesraden als de RVZ en de WRR kent de Gezondheidsraad het fenomeen van de ambtelijk waarnemer. De aanwezigheid van de ambtelijk waarnemer brengt het voordeel met zich mee dat kennis van de Gezondheidsraad direct kan worden meegenomen naar het ministerie. Vooral bij technisch-wetenschappelijke adviezen kan de ambtenaar zich zodoende beter de ingewikkelde materie eigen maken.

Kijk, ik denk dat de functie van een advies, zeker een GR advies, en dat is anders dan die andere adviesraden, is voor een deel ook om relatief technisch-wetenschappelijke, soms moeilijke materie, inzichtelijk te maken voor leken. Want dat is wat een beleidsambtenaar is. En het onderdeel zijn van zo'n traject en het ook horen wat er bediscussieerd wordt en waarom de afweging gemaakt wordt zoals hij gemaakt wordt, heeft een enorm effect op het vermogen om te snappen wat er in het advies staat. Dus ik denk dat het een hele slimme investering is. Als we het nou hebben over het land van zo'n advies, dat het een stuk makkelijker is als iemand ook echt onderdeel geweest is van dat proces. Dat meegemaakt heeft. Ze hoeven het er niet mee eens te zijn. Ze hoeven ook geen mening te geven. Ze kunnen inderdaad hoogstens een keer zeggen: ik snap het niet, leg het me nog eens een keer uit. En het betekent wel dat als zo'n advies geschreven wordt, de ambtenaar die er mee verder moet, ook echt snapt wat er staat. En dat is winst. (interview voorzitter Gezondheidsraad)

Daarnaast leeft de verwachting dat deze ambtenaar een belangrijke rol vervult in het opstellen van de officiële reactie van de minister. De ambtenaar kan een belangrijke wegbereider zijn voor de doorwerking van het advies. De Raad is daarom huiverig voor al te veel wisselingen binnen de ambtenarij. Het zou leiden tot stilte bij enkele adviezen, zoals bij het advies *Preventie bij ouderen*.

Want doorwerking zal in belangrijke mate ook afhangen, volgens mij, van de alertheid en het initiatief van degenen die het advies ontvangen. En dat zijn in eerste instantie toch de ambtenaren. Het is aan de politiek gericht, maar de ambtenaren moeten het begeleiden en ook doorgeleiden. Als daar heel veel verdwijnt, of mensen weten niet eens meer dat het advies bestaat, dan ligt daar het belangrijkste aangrijpingspunt, volgens mij, om dingen te verbeteren. Nou, dat is een bewuste keuze van personeelsbeleid in de Rijksdienst, maar het zegt iets over deze tijd: het 3-5-7 model. Je zit ergens even en dan ben je al weer weg. (interview secretaris Gezondheidsraad)

Doordat het wisselen binnen de Rijksdienst is toegenomen, bestaat er een groter risico dat de betrokken ambtenaar niet goed op de hoogte is met het advies of de bedoeling van het advies. Bij de casus *Preventie bij ouderen* en *Astma, allergie en omgevingsfactoren* spelen ook andere problemen, zoals dat voor een deel van het advies de verkeerde directie of het verkeerde ministerie is betrokken, waardoor het advies onvoldoende kan landen. Daarnaast kan meespelen dat de betrokken ambtenaar intern zijn zaakjes onvoldoende op orde heeft, door bijvoorbeeld de mogelijke inhoudelijke dwarsverbanden naar andere directies niet op te pakken. Voorbeelden hiervan zijn we in onze cases geregeld tegengekomen. Bij de Raad ontstaat wel eens het onterechte beeld dat de ambtelijk waarnemer de hele rijksoverheid vertegenwoordigt, terwijl binnen het rijk de verschillende taken over diverse ministeries zijn verspreid en er binnen het ministerie schotten kunnen bestaan. Een advies dat relevant is voor meerdere ministeries of directies kan zelfs verweesd raken, omdat geen dienst zich 'probleemeigenaar' voelt voor de doorwerking van het advies.<sup>10</sup>

Dat de Gezondheidsraad zich beperkt tot onafhankelijke wetenschappelijke advisering impliceert nog niet dat de Raad buiten de politiek en de samenleving opereert. Middels de ambtelijk waarnemer en het reguliere overleg tussen Raad en ministerie zijn er contacten met de wereld van politiek en bestuur – ondermeer via afstemming over het werkprogramma en de adviesaanvraag. In de volgende paragraaf zullen we zien dat via commissieleden de Raad ook verbonden is met de samenleving.

### *Zendingswerk*

Bij de samenstelling van de commissie wordt al rekening gehouden met het creëren van een voldoende groot netwerk (zie hoofdstuk 3). Het uitvliegen van commissieleden is ook een manier om meerdere publieken te bedienen. Het werk van de commissie van de Gezondheidsraad mag dan wel formeel beëindigd zijn, de ex-leden en waarnemers vervullen wel een belangrijke rol in de nazorg – zij kunnen ook als geen ander de boodschap van het advies uitdragen. Volgens de voorzitter zijn commissieleden de beste ambassadeurs van het advies, omdat zij in netwerken zitten waarin de expertise over het onderwerp aanwezig is.

Wij vinden het heel erg fijn als commissieleden, omdat ze deskundig zijn op een bepaald gebied, in conferenties gevraagd worden om iets over dat advies te vertellen. Maar dan is het wel chique dat je je beperkt tot wat er in het advies staat. En dus niet zegt: de commissie heeft dat en dat gezegd maar persoonlijk vind ik toch eigenlijk dat het zus of zo had kunnen zijn. Daar zijn we niet blij mee. Maar dat gebeurt gelukkig ook heel erg weinig. (voorzitter Gezondheidsraad)

---

<sup>10</sup> Bovens spreekt over het 'probleem van de vele handen', waarbij uiteindelijk niemand zich verantwoordelijk voelt (Bovens 1998).

Het komt geregeld voor dat ex-commissieleden buiten de Gezondheidsraad deelnemen in commissies en werkgroepen, die aan de slag gaan met de aanbevelingen van het advies. De voorzitter van de commissie *Ouderdom komt met gebreken; Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit* is bijvoorbeeld ook lid geworden van de programmacommissie van het NPO. Dit advies leverde een belangrijke onderbouwing voor de oprichting van het NPO. De voorzitter van het NPO zegt zich dat niet bewust gerealiseerd te hebben (ze kende hem al goed), maar dat hij wel een duidelijke inbreng in de commissie heeft gehad. Op dezelfde wijze werd de ambtelijk waarnemer van VWS ook waarnemer bij de programmacommissie NPO. Via hem was VWS ook actief betrokken.

Hier was van begin af aan [naam beleidsambtenaar] heel actief betrokken. Volgens mij heeft hij dat ook bij VWS in de week gelegd. Hij had er ook veel verstand van. Hij had hele goede contacten met een aantal inhoudsdeskundigen. Ook met ZonMw. Er bestond heel duidelijk een over en weer met VWS... (interview voorzitter NPO)

Er zijn meer voorbeelden van commissieleden die 'uitvliegen', zoals een lid van de commissie *Gezonde voeding* die lid is geworden van de wetenschappelijke commissie van het IKB of een lid van de commissie *Astma, allergie en omgevingsfactoren* die zitting nam in een werkgroep voor het opstellen van een NHG-standaard.

Het is echter niet de bedoeling om de oude link met de Gezondheidsraad expliciet te maken of uit te dragen, wanneer men wel een stap verder wil gaan dan het advies en meedenkt in de verdere vertaalslag naar het beleid. Een ex-lid van de commissie *Gezonde voeding: logo's onder de loep* werd bijvoorbeeld gevraagd om deel te nemen in de commissie die tot een gezamenlijke set van criteria moest komen voor voedingslogo's. Een belangrijk doel van deze private commissie was het integreren van de criteria van het Voedingscentrum, de Stichting Ik Kies Bewust en het Klavertje van Albert Heijn. Toetreding tot dergelijke commissies of werkgroepen kan positief uitpakken voor de doorwerking, vanwege de kennis die wordt meegebracht – ex-leden zijn natuurlijk goed op de hoogte met de technische details en het idee van het advies. Een respondent geeft aan: "Nou ja, het was voor ons heel belangrijk, want ik weet dat het heel gevoelig ligt. We mochten niet zeggen 'we hebben ook met de kennis van de Gezondheidsraad gewerkt', maar we hebben wel met hem een heel belangrijk en informatief iemand gehad die echt heel veel wist over de hoed en de rand." (interview voorzitter wetenschappelijke commissie van het IKB) Het commissielid van de Gezondheidsraad nam op persoonlijke titel deel in de logocommissie die de gezamenlijke set criteria voor voedingslogo's ging maken. Dat was voor de Gezondheidsraad geen probleem. Er ontstond voor de Raad pas een probleem, toen bij de publicatie van het rapport van deze commissie meerdere malen ten onrechte aan de minister werd gemeld dat een vertegenwoordiger van de Gezondheidsraad was toegevoegd aan die commissie. De Gezondheidsraad heeft daarover een brief aan de minister geschreven. De Stichting Ik Kies Bewust en Albert Heijn hebben daarna schriftelijk aan de minister meegedeeld dat zij de betrokkenheid van de Gezondheidsraad verkeerd aan hem hebben geschetst en dat zij dit betreuen. De expertise van ex-leden van commissies van de Raad wordt bewust in het natraject opgezocht, maar tegelijkertijd mag geenszins de indruk worden gewekt dat dit lid nog de Gezondheidsraad vertegenwoordigd. Dat levert een vreemde spagaat op.

Hij zat er gewoon op persoonlijke titel in. Dat dat zo gevoelig lag bij de Gezondheidsraad had ik niet vermoed. Dat gebeurt natuurlijk wel vaker, dat je een ex-lid van een commissie vraagt om je ergens over te adviseren, en dan is het een ex-lid van die commissie. Daarmee heeft het dus niet de goedkeuring van de Gezondheidsraad en als het die connotatie ook heeft, dan is het verkeerd. Maar dat is niet de bedoeling geweest van de uitingen van IKB, maar dat was om het transparant te maken, van: 'waarom zit die meneer daar nou bij?' Niet als ambtelos burger, maar omdat hij er heel veel van weet. Ik zit er als hoogleraar Voeding en Gezondheid. Moet ik dat wel of niet noemen en betekent dat dat de Vrije Universiteit ook dit logo goedkeurt? En ook de Universiteit van Wageningen, Maastricht, enzovoort? Nee, want wij zitten er op persoonlijke titel. Maar onze titel is wel dat we verbonden zijn daar- en daaraan.

Hij had geen titels en ook geen affiliatie meer toen hij erin zat, behalve dan dat hij er in zat omdat hij een ex-lid was en ook een ex-secretaris van die commissie van de Gezondheidsraad. Dus dat... daarmee niet implicerend dat de Vrije Universiteit, het Voedingscentrum en de Gezondheidsraad alles wat in die criteria staat daarmee ook sanctioneren, want dat is natuurlijk niet het geval. Maar het is veel gevoeliger gevallen dan iemand ooit had beseft dat zou kunnen. Dat is jammer, maar dat is geloof ik hersteld. (interview voorzitter wetenschappelijke commissie IKB)

De respondent van het Voedingscentrum benadrukt ook het voordeel om de voormalige algemeen secretaris van de Beraadsgroep Voeding van de Gezondheidsraad in de wetenschappelijke commissie van het IKB te hebben: “daarmee is het geluid van de Gezondheidsraad ook nadrukkelijk binnen die wetenschappelijke commissie terecht gekomen.” (interview waarnemend directeur Voedingscentrum)

Dit is zeer belangrijk zendingswerk in termen van doorwerking, maar het vergt wel transparantie over de verhoudingen. Indien ex-leden van commissies in andere organen zitting nemen, dient duidelijk te zijn dat zij dat doen op persoonlijke titel, terwijl ze in een aantal gevallen mede gevraagd zijn vanwege hun expertise die ze hebben opgedaan via hun werk voor de Gezondheidsraad. Er wordt gewezen op het feit dat hoogleraren vaker op persoonlijke titel in commissies zitten waarbij hun leerstoel en universiteit wordt vermeld, zonder dat iemand dan verwacht dat de universiteit dan ook diens spreken heeft gesanctioneerd. Waarom ligt het dan wel zo gevoelig bij de Gezondheidsraad? De Raad kan geen mandaat geven aan commissieleden die een stap verder willen gaan dan het advies van de commissie. De Raad vindt het prima dat leden de boodschap van de commissie op congressen en dergelijke verder uitdragen, maar leden mogen niet meewerken bij het maken van een vertaalslag naar het beleid, tenzij ze dat nadrukkelijk doen op persoonlijke titel.

#### **4.5 Focus op opdrachtgever / focus op overheid**

Bij het opstellen van het advies is de opdrachtgever de belangrijkste adressant. De algemeen secretaris van de Raad zegt daarover: “Formeel zijn we er alleen voor regering en parlement.” (interview) Leden en secretarissen van de Gezondheidsraad hechten veel waarde aan een officiële reactie door de opdrachtgever. Het is ook een belangrijk ijkpunt waarmee zij de doorwerking van een advies beoordelen. “Het wordt pas interessant als de minister duidelijk maakt wat hij of zij ervan vindt.” (interview wetenschappelijk secretaris Gezondheidsraad) De respondent vindt het belangrijk dat de minister gehoor geeft aan de wettelijke plicht om een officiële reactie op het advies te geven.

Niet alleen is de overheid de belangrijkste adressant van adviezen, veel adviezen vragen ook om handelen van de overheid. In twee casus zagen we nadrukkelijk dat commissies vaker dan derden pleiten voor overheidsregulering of initiatief door de overheid. In de andere onderzochte casus was er geen duidelijk verschil tussen de opvatting van de commissie en die van derden. De Commissie *Gezonde voeding: logo's onder de loep* is bijvoorbeeld voorstander van het systeem dat ook in Scandinavische landen is gebruikt, waarbij de overheid de criteria vaststelt (interview voorzitter commissie). In de praktijk zou dit betekenen dat de overheid het dan bij het Voedingscentrum neerlegt. Maar de minister heeft volgens de commissievoorzitter anders besloten:

Het was zo dat de minister ervoor gekozen heeft om de hele problematiek gewoon terug te leggen bij het voedingsmiddelenbedrijfsleven. En heeft gezegd: ‘Wij stellen het op prijs dat er één logo komt. En dat er een onafhankelijke commissie komt.’ Maar ze hebben niet overgenomen wat wij hebben geadviseerd wat dat betreft. Wij hadden geadviseerd om dat bij het Voedingscentrum neer te leggen en die dan ook onafhankelijk te positioneren. En uiteindelijk is daar een conglomeraat gekomen. De wetenschappelijke adviesraad van IKB is uiteindelijk de wetenschappelijke adviesraad geworden, met wat uitbreiding van de gezamenlijke actie van Ahold en IKB. En daar is het Voedingscentrum ook bij aangeschoven.

Dat heeft ertoe geleid dat men andere keuzes heeft gemaakt dan die wij hebben voorgesteld. Dus men heeft zich niet aan de scherpe criteria gehouden die wij hebben voorgesteld. Het zijn meer compromis criteria geworden. (interview voorzitter commissie)

De commissievoorzitter wijst erop dat de voorstellen van de Commissie niet meer pasten bij het veranderende beleid van het ministerie. De minister heeft er voor gekozen om zowel de vaststelling van de criteria als de controle daarop terug te leggen bij het bedrijfsleven. Het model van overheidsregulering werd niet door de minister overgenomen. De respondent van het Voedingscentrum is ook van mening dat eigenlijk de overheid de criteria behoort vast te stellen, ook al is hij zelf tevreden met het resultaat van de wetenschappelijke commissie van het IKB (interview waarnemend directeur Voedingscentrum). Albert Heijn was voorstander van één overheidslogo, maar de overheid heeft anders besloten. De respondent van Albert Heijn verbaast zich ook over de geringe aanwezigheid van VWS tijdens het harmonisatieproces. De overheid zou geen duidelijke deadline hebben gesteld en niet ingegaan zijn op verzoeken om zaken vlot te trekken (interview hoofd Kwaliteit en Productduurzaamheid Ahold Europa, Albert Heijn).

Bij het advies *Bijzondere interventies aan het hart* bleef de commissie vasthouden aan het idee van overheidsregulering via de WBMV, terwijl het ministerie voor de lijn van zelfregulering had gekozen, tenzij daar zwaarwegende argumenten tegen bestaan. Het ministerie nam daarom het advies niet over. Kernpunt van kritiek van de beleidsmedewerkers en de minister op het advies is dat er geen antwoord is gegeven op de vraag van het ministerie.

De beleidsmedewerker van VWS constateert dat de commissie niet meeding in de veranderende opvatting bij het ministerie ten aanzien van de regulering van de vergunningen voor de bijzondere interventies. Hoewel de minister kwaliteitseisen voor deze verrichtingen wel onderschrijft, is hij van mening dat het vergunningstelsel van de WBMV niet langer noodzakelijk is voor de borging van de kwaliteit. De bestaande richtlijnen zouden voldoende borging bieden voor de kwaliteit en de Kwaliteitswet zorginstellingen geeft voldoende handvatten voor de handhaving (VWS 2008). Uiteindelijk heeft de Tweede Kamer een jaar later de uittreding toch tegengehouden, maar tegen die tijd waren er al veel meer centra toegelaten.

Opmerkelijk is dat niet altijd expliciet in de adviezen vermeld staat dat de overheid zelf iets moet doen, maar dat dit wel wordt verwacht. In het advies *Gezonde voeding* wordt bijvoorbeeld nergens expliciet gesproken over de rol van de overheid, terwijl de commissie wel verwacht dat de overheid de aanbevelingen gaat doorvoeren of delegeert naar het Voedingscentrum als uitvoerder van het overheidsbeleid. Wie de samenvatting en de hoofdtekst van het advies letterlijk leest zal het succes van doorwerking bij zelfregulering niet anders beoordelen dan bij overheidsregulering, zolang de aanbevelingen maar worden overgenomen. Door de commissie wordt dit toch anders beoordeeld.

Wij waren voorstander van het systeem dat ook in de Scandinavische landen is gebruikt: de overheid stelt de criteria vast. Je kunt dat in Nederland prachtig regelen, want je hebt het Voedingscentrum dat onafhankelijk gepositioneerd zou kunnen worden. (...) En je hebt ook de mogelijkheid om de zaak te laten controleren door de Voedsel- en Warenautoriteit. (...) Maar daar is ook niet voor gekozen. Dus dat is gewoon teruggelegd bij het voedingsmiddelenbedrijfsleven. (...) De voeding, daarvan heeft men gezegd: dat willen we langs de weg van convenanten. Dat betekent dat dat model dat wij als commissie hadden geschetst, niet is overgenomen. (interview voorzitter commissie Gezondheidsraad)

In de aanbevelingen van het advies wordt dit model niet expliciet genoemd. In het advies wordt niet gesproken over de mogelijke rol van de Voedsel- en Warenautoriteit. Het advies

doet wel de aanbeveling dat criteria voor de logo's consistent zijn met de richtlijnen en voorlichting van het Voedingscentrum, maar dat hoeft zelfregulering niet volledig uit te sluiten. In bijlage H wordt pas gewezen op het belang van een onafhankelijke positie van het Voedingscentrum. "Bij actieve betrokkenheid van het Voedingscentrum bij de afleiding van logocriteria is de onafhankelijke positie van die organisatie in het geding wanneer de logocriteria een versoepeling inhouden ten opzichte van de Richtlijnen Goede Voedselkeuze, temeer als de informatie over de logo's aan de consumenten melding maakt van die betrokkenheid." (Gezondheidsraad 2008: 111) In een voetnoot maakt de commissie een analogie met de noodzakelijke onafhankelijkheid van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen ten opzicht van de farmaceutische industrie. De commissie waarschuwt daarmee voor het gevaar dat het Voedingscentrum haar onafhankelijkheid verliest als zij ook samen met de houders van de logo's de criteria ontwikkelt. Hier wordt pas impliciet duidelijk voor de welingelichte lezer wat voor een model de commissie voor ogen heeft.

*Hoe valt de focus op de overheid te verklaren?*

Een eerste factor die de focus op de overheid mogelijk verklaart, is de wetenschappelijke traditie van twee toonaangevende disciplines binnen de Raad: de hygiënistische en toxicologische traditie. Binnen deze wetenschappelijke disciplines bestaat er van oudsher sterke verwachtingen omtrent overheidsregulering zodra de gezondheid van burgers wordt bedreigd. Houwaart (1991) beschrijft het ontstaan van een hygiënistische hervormingsbeweging in de negentiende eeuw, dat volksgezondheid niet langer als een uitkomst van armoede en slechte leefwijzen zag maar als een vraagstuk van openbare hygiëne. Met hun analyses en argumenten plaatsten hygiënisten de gezondheid in een nieuw politiek perspectief: ziekte was een teken van een verkeerde organisatie van de samenleving. De gezondheidsverhoudingen behoorden volgens de hygiënisten tot de sfeer van het sociale recht, omdat iedereen in gelijke mate zijn gezondheid moet kunnen nastreven. Dit wereldbeeld impliceerde een oproep om ziekte en armoede op gemeenschapsniveau te bestrijden, hetgeen leidde tot een pleidooi voor overheidsbemoeienis zodra de gezondheid van burgers in het geding komt. De hygiënisten bepleitten een actieve rol voor de staat in het voeren van gezondheidszorgbeleid (Rigter 1992).<sup>11</sup>

De Gezondheidsraad is in sterke mate beïnvloed door deze traditie. Hoewel de Raad gedurende zijn bestaan bleef worstelen met de steeds terugkerende vraag in hoeverre de overheid haar burgers met zachte of harde hand mag dwingen maatregelen te ondergaan die in het belang zijn van de volksgezondheid, viel het accent in de adviezen van de Raad in de regel sterker ten gunste van dwang en drang uit. "De wetenschappers verlangden van de overheid doorgaans een actief optreden" (Rigter 1992: 335). Dit betekende niet dat de Gezondheidsraad geen oog had voor het inschakelen van particuliere organisaties bij het nemen van maatregelen ter verbetering van de volksgezondheid. Zij konden daarin als bondgenoten optreden.

De Raad zag daarbij de balans wel anders dan de regering, die nog meer aan het particulier initiatief wilde overlaten. Verscheidene malen schoof de regering suggesties voor door haar te voeren beleid, gedaan door de Centrale Gezondheidsraad, naar particuliere organisaties door. Dit was soms meer een kwestie van bezorgdheid om de schatkist dan van ideologie. (Rigter 1992: 308)

In het algemeen verwacht de Gezondheidsraad, in situaties waarbij vermijdbare gezondheidsschade aan de orde is, interventies door de overheid dan wel door veldspelers die daartoe worden aangesproken door de overheid. Daarbij staat hij nog met beide benen in

---

<sup>11</sup> Gezondheid onderscheidt zich daarmee van veel andere ongelijkheden zoals inkomen en wonen. Binnen deze domeinen is veel minder scherp duidelijk wanneer er sprake is van een publiek probleem waarbij collectieve interventie wenselijk is.

de hygiënistische traditie. Toch schiet deze verklaring te kort, omdat de Raad in de loop der tijd juist steeds meer afstand heeft genomen van bestuurlijke vraagstukken, zoals de verdeling van taken tussen overheid en het beleidsveld. Er zijn twee andere factoren die in sterke mate bijdragen aan de focus op de overheid.

Een tweede belangrijke verklarende factor is dat de focus op opdrachtgever kan leiden tot een focus op de overheid. Daar de overheid de vragende partij is, ligt het dan voor de hand om te veronderstellen dat de overheid ook de actor is die er voor zorgt dat de aanbevelingen gerealiseerd worden. Dat zit voor een deel al ingebakken in de adviesaanvraag, die ook vaak tot stand komt omdat er een vraag is bij een van de Ministeries over hoe te handelen. Uitgaan van overheidshandelen is daar een logisch uitvloeisel van.

Een derde factor die bovenstaande mechanisme versterkt, is de huiver bij de Raad om openlijk positie te kiezen in bestuurlijke vraagstukken, juist omdat de Raad zich hier niet over wil uitspreken. De vraag 'wie iets moet doen met het advies' wordt niet aan de orde gesteld, omdat het geen onderdeel is van de adviesaanvraag. Overheidsregulering is dan ingesteld als *default* omdat de overheid ook de aanvrager is van het advies. Vanuit zijn opvatting van wetenschappelijke onafhankelijkheid wil de Gezondheidsraad niet oordelen over bestuurlijke vraagstukken. We zagen die opstelling ook bij de casus *Preventie bij ouderen* waar de commissie zich niet wil begeven op het domein van de gemeente, omdat de opdrachtgever daar niet om had gevraagd. Bij de casus *Bijzondere interventies aan het hart* wordt de oude sturingsfilosofie van het vergunningstelsel (WBMV) niet ter discussie gesteld. Daarmee levert de Raad een advies dat niet meer goed past bij de veranderende sturingsfilosofie van het kabinet. Juist bij een overheid die meer aan het veld wil overlaten komt de gerichtheid op overheidsregulering op gespannen voet te staan met de opdrachtgever.

#### **4.6 Conclusie**

Distantie impliceert niet alleen het op afstand houden van de wereld van beleid, maar ook omgekeerd dat de Gezondheidsraad als wetenschappelijk adviesorgaan niet op de stoel van de beleidsmaker hoort te gaan zitten. Hoewel het scheiden van wetenschap en beleid een belangrijke voorwaarde is voor de legitimiteit van de Gezondheidsraad, kan de Raad ook niet bestaan zonder banden met de wereld van politiek en beleid. Afstand is wenselijk maar te veel afstand kan leiden tot onbruikbare adviezen, waardoor de doorwerking beperkt blijft.

Het wegen van de wetenschappelijke evidentie is een belangrijk onderdeel van het werk van de commissie, omdat het bepalend is voor de mate waarin commissies aanbevelingen kunnen doen. Commissies blijken verschillend te oordelen over wanneer er sprake is van een passend bewijs zodat er duidelijke aanbevelingen gegeven kunnen worden, hetgeen weer gevolgen heeft voor de mogelijkheden van doorwerking. Voorzichtigheid en terughoudendheid in de aanbevelingen kan tot onbedoelde vormen van doorwerking leiden, wanneer actoren maatregelen terugnemen vanwege het ontbreken van voldoende onderbouwing vanuit het advies.

Nazorg mag dan wel een belangrijke succesfactor zijn voor doorwerking, het is tevens een precaire activiteit voor de Raad. De mate van publiciteit wordt afgestemd met de opdrachtgever en de suggestie van lobbywerk dient vermeden te worden. Commissieleden kunnen het adviesverhaal op congressen of in andere gremia presenteren, maar zodra ze een stap verder gaan mag dit zendingswerk nimmer gebeuren onder de vlag van Gezondheidsraad. Dat kan een vreemde spagaat opleveren. Al worden commissieleden gevraagd om in andere organen of commissies zitting te nemen vanwege hun expertise als voormalig commissielid, het is niet de bedoeling om die voormalige link met de Raad zichtbaar te maken.

We zagen twee voorbeelden van adviezen waar de commissie meer pleitte voor overheidsbemoeienis of regulering dan derden. De focus op overheidsregulering is deels eigen aan de traditie van de Gezondheidsraad. De keuze voor overheidsregulering lijkt niet altijd een bewuste keuze te zijn, maar eerder het gevolg van het mechanisme dat de overheid de vragende partij is en dat de Raad zich niet wil uitspreken over bestuurlijke kwesties. Dat kan leiden tot het fenomeen dat commissies in hun adviezen niet expliciet willen in gaan op de bestuurlijke vraag 'wie iets moet doen', maar daar wel impliciet sterke opvattingen over hebben. Binnen de Raad is er weinig animo om bestuurlijke vraagstukken op te pakken, terwijl die terughoudendheid ook kan leiden tot een kloof met het ministerie omdat adviezen dan te ver op afstand blijven van de bestuurspraktijk.



## 5. Het gezag van het instituut Gezondheidsraad

In dit hoofdstuk staat een belangrijk onderdeel van het spel centraal, namelijk het gezag van het instituut Gezondheidsraad. “We hebben gezag en er wordt geluisterd naar onze adviezen”, aldus de algemeen secretaris van de Gezondheidsraad (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad). Dat beeld wordt door anderen onderschreven. Veel van de geïnterviewden wijzen op het aanzien van de Gezondheidsraad. Zij koppelen daar ook direct de doorwerking van een advies aan. Verschillende respondenten wijzen erop dat een advies van de Gezondheidsraad bijna altijd wordt opgevolgd. Een voormalig bewindspersoon zegt daarover:

Ik weet dat adviezen van de Gezondheidsraad zeer serieus worden genomen bij VWS. Voor zover ik weet zijn in mijn tijd adviezen van de gezondheidsraad altijd overgenomen. (interview voormalig staatssecretaris VWS)

Ook een voormalig minister van VROM geeft aan dat de autoriteit van de Gezondheidsraad belangrijk is en dat die autoriteit ook daadwerkelijk bestaat. De oud-minister kan zich niet herinneren ooit in debat te hebben hoeven gaan over de inhoud van een advies. De onafhankelijke opstelling van de Gezondheidsraad en het vermogen om relevante deskundigheid bijeen te brengen zijn daarbij volgens de oud-minister heel belangrijk. Ook andere partijen geven in interviews aan dat zij zonder meer de inhoud van een advies overnemen. In de casus over de voedingslogo's bestond er bij Albert Heijn bijvoorbeeld geen twijfel over het wetenschappelijk gehalte van de Gezondheidsraad.

De Gezondheidsraad – wat ik van de Gezondheidsraad weet – is het hoogste adviesorgaan voor onze minister, voor het land, ten aanzien van gezondheid. En ik ga er blindelings vanuit dat daar het *crème de la crème* van wetenschappers, universitaire hoogleraren, *whatever*, in zit. Achteraf is dat ook zo. Daar word ik nooit in teleurgesteld. (interview hoofd Kwaliteit en Productduurzaamheid Ahold Europa, Albert Heijn)

In dit hoofdstuk laten we zien welke functie het gezag van de Gezondheidsraad heeft en hoe dit gezag wordt gecreëerd. We bekijken ook of en wanneer het gezag mogelijk wordt ondermijnd. Als laatste plaatsen we dit gezag binnen de Nederlandse bestuurspraktijk.

### 5.1 Functie van het gezag van de Gezondheidsraad

Het gezag van de Gezondheidsraad is een belangrijk onderdeel van het spel rond doorwerking. Voor de opdrachtgever is de autoriteit en het wetenschappelijk gezag een belangrijke reden om de Gezondheidsraad in te schakelen. De autoriteit van de Raad zorgt ervoor dat een weging kan worden gegeven aan de bestaande kennis, zodat op basis daarvan beleid kan worden ontworpen. In situaties waarbij zowel wetenschappelijke argumenten voor als tegen te geven zijn, kan de Gezondheidsraad als grensrechter optreden.

Daar is denk ik de Gezondheidsraad ook bij uitstek een gremium voor: deskundigen die bij elkaar zitten met verschillende inzichten en daar een zekere weging in te geven. (interview beleidsmedewerker I&M)

Het gezag van de Raad zorgt er ook voor dat er draagvlak ontstaat voor het beleid. In het geval van de casus *Bijzondere interventies aan het hart* was dit volgens de toenmalige ambtelijk waarnemer een belangrijk element in de overweging om een advies te vragen bij de Gezondheidsraad. Het gaat de opdrachtgever vaak niet alleen om de kennis die de Gezondheidsraad bijeen kan brengen. Die kennis kan het ministerie ook op een andere manier verzamelen, zoals bij individuele wetenschappers of wetenschappelijke

onderzoeksgroepen. De toegevoegde waarde van de Gezondheidsraad ligt in de autoriteit die het advies uitstraalt.

Om vanuit inhoudelijke expertise draagvlak voor te krijgen. Want we werden overspoeld door meningen. Elke afzonderlijke cardioloog had daar een mening over en elke Raad van Bestuur had er ook nog eens een mening over. Omdat het denk ik financieel voor een ziekenhuis ook wel interessant was. [...]We hebben echt een advies van deskundigen gevraagd ten behoeve van onze afweging over wat wel en niet langer door de overheid gereguleerd zou moeten worden. (interview beleidsmedewerker VWS)

Ook de secretaris van de Gezondheidsraad geeft aan dat het creëren van draagvlak een belangrijk element van dit advies was.

In dit geval speelde ook mee dat de beroepsbeoefenaren niet erg wilden meewerken aan het bereiken van meer transparantie over de cardiologische zorg via overheidsdrang. Door het de Gezondheidsraad commissie zelf te laten aanbevelen ontstond daarvoor meer draagvlak. (schriftelijke communicatie secretaris commissie Gezondheidsraad)

Vooraf wanneer er diverse belangen in het spel zijn, kan een advies van de Gezondheidsraad bijdragen aan het creëren van consensus. Dat zien we duidelijk in de casus *Gezonde voeding*. De secretaris van de commissie benadrukt dat er heel duidelijk commerciële belangen waren waardoor de Gezondheidsraad nauwlettend werd gevolgd door de veldspelers. Het gezag van de Raad heeft een belangrijke rol gespeeld in het bij elkaar brengen van deze belangen. Ondanks dat een deel van de actoren in het beleidsveld wijst op het ontbreken van een wetenschappelijke basis voor het advies, is het advies wel degelijk gebruikt om tot consensus te komen (zie het voorbeeld dat in paragraaf 4.2 van dit rapport is beschreven). Het gezag van de Gezondheidsraad wordt ook in zo'n geval wel benut om tot een oplossing te komen. De respondent van het IKB legt uit dat het gezag van de Gezondheidsraad wel wordt geaccepteerd en zo bijdraagt aan het vinden van een oplossing: "Ja, als een gezaghebbend orgaan. Ja, dat is natuurlijk een... dat merk je ook wel. Albert Heijn zegt: 'Ja, als ze dat bij de Gezondheidsraad zeggen, dan leggen we ons daarbij neer.' Dat merk je, dat dat duidelijk speelt." De respondent van Albert Heijn verwoordt dit zelf ook in een interview. Albert Heijn zou zich ook neerleggen bij het oordeel van de Gezondheidsraad, zelfs al zou de Raad het niet goed gezien hebben.

Wie ben ik om dat te zeggen? Als ik kijk naar de samenstelling van de Gezondheidsraad, dan ga ik toch niet zeggen: de Gezondheidsraad heeft dat even niet goed gezien? Dat kan niet waar zijn.' Dat kan niet. (interview hoofd Kwaliteit en Productduurzaamheid Ahold Europa, Albert Heijn)

In deze casus heeft gezag van de Gezondheidsraad dus duidelijk bijgedragen aan de (conceptuele) doorwerking. Dit is vooral bereikt doordat het conceptuele model van het advies een belangrijk katalysator is geweest in het bereiken van consensus over de verschijningsvorm van het voedingslogo. Ondanks dat een deel van de veldspelers viel over het relatief beperkte wetenschappelijke bewijs van het advies, konden zij zich wel achter het advies scharen. In navolging van Hoppe en Halffman (2004) is de Gezondheidsraad-commissie in deze casus te typeren als 'grensrechter'. De verschillende belanghebbenden hoeven zelf niet meer te discussiëren over het wetenschappelijk bewijs en kunnen gezamenlijk het advies van de Gezondheidsraad gebruiken als basis voor verdere samenwerking.

## 5.2 **Bouwen aan wetenschappelijk gezag: een gezamenlijke taak**

Hoewel het gezag van de Gezondheidsraad voor velen vanzelfsprekend is, is dit gezag er niet zonder meer; daarvoor moet allerlei werk worden verricht. Er wordt op verschillende plaatsen gewerkt aan het gezag. Zo vertelt de algemeen secretaris dat zij het als haar taak ziet om ervoor te zorgen dat het aanzien van de Gezondheidsraad niet kan worden geschaad door interne problemen.

Want we zijn natuurlijk als Gezondheidsraad wel bekend als een organisatie met gezag. Zeker als het gaat om de inhoud van onze adviezen. Dat moet ook vooral zo blijven. Dat willen we ook graag vasthouden. Maar mijn taak als algemeen secretaris en tevens dus hoofd of directeur van het secretariaat is ook te zorgen dat het allemaal goed en zorgvuldig aan de binnenkant is. We kunnen ons geen rare dingen permitteren die ook hun weerslag kunnen hebben op dat gezag van de Raad. (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad)

De onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad is een belangrijk onderdeel van het gezag. Die onafhankelijkheid wordt in alle interviews met medewerkers van de Gezondheidsraad benadrukt. "De commissie is onafhankelijk" is een veel gehoorde opmerking, die steeds ook met veel nadruk wordt uitgesproken. Binnen de Gezondheidsraad en binnen het adviesproces wordt op verschillende manieren getracht die onafhankelijkheid te bewaken. Niet alleen is die onafhankelijkheid onderdeel van een gezamenlijk discours, het bouwen aan het wetenschappelijke gezag is ook onderdeel van de verschillende fases in het adviesproces.

### *Samenstelling en werkwijze van de commissie*

Bij de samenstelling van de commissie wordt heel expliciet gebouwd aan het gezag van de Gezondheidsraad. In hoofdstuk 3 hebben we gezien dat er bij de samenstelling van de commissie rekening wordt gehouden met het gewicht van de commissie. Om ervoor te zorgen dat een advies landt, dienen er voldoende zwaargewichten in de commissie plaats te nemen. Een 'sterke' commissie draagt bij aan het gezag van de Gezondheidsraad. Tevens is het van belang dat er geen discussie bestaat over de onafhankelijkheid van de commissie. Om de onafhankelijkheid te waarborgen worden sommige mensen ook niet toegelaten tot de commissie. Bij de casus *Gezonde voeding* zagen we bijvoorbeeld dat niemand van het Voedingscentrum werd gevraagd vanwege mogelijke belangenverstrengeling. In sommige gevallen moet een commissielid ook terugtreden uit een vaste commissie wanneer dit mogelijk tot belangenverstrengeling leidt.

In een van de vaste commissies over stoffen zitten ook wel eens mensen uit bepaalde bedrijven waar die stoffen een belangrijke rol spelen, als lid van de commissie. Als er nu een advies zou moeten worden gebracht over een stof die in een van die bedrijven speelt, dan kan die persoon niet als lid van de commissie daarover adviseren. Maar het is wel de persoon die het allermeeeste van die stof afweet. Dus je wilt 'm heel graag bij de commissie hebben op het moment dat je de inhoudelijke gesprekken erover voert. En bij wijze van spreken vraag je hem, en dat hebben we laatst ook gedaan, om vervolgens uit de commissie terug te treden voor het advies. Dus hij heeft als adviseur opgetreden, maar hij is niet lid van de commissie op het moment dat je daar advies over uitbrengt. Want dan heb je een belangenverstrengeling die je niet hebben wilt. (interview voorzitter Gezondheidsraad)

Ook kan er bijvoorbeeld iemand uit het buitenland worden gevraagd zitting te nemen in een commissie om de schijn van belangenverstrengeling te voorkomen.

We hebben ook wel eens heel bewust een Belg in een commissie uitgenodigd. Zeker als het gaat om iets op het gebied van de curatieve zorg. En dat we dan bijvoorbeeld niet willen dat er alleen maar mensen van UMC's zitten, want die zouden een belang kunnen hebben. Maar dan kijken we ook naar de gewone ziekenhuizen of we vragen dus een Belg, omdat die

natuurlijk toch al er wat verder vanaf staat. Dat kan dus. (interview algemeen secretaris Gezondheidsraad)<sup>12</sup>

Tijdens het proces van de totstandkoming van het advies, maar ook in het traject daarna blijft het handelen van de commissie of commissieleden relevant voor het gezag van de Gezondheidsraad. Het langdurige traject waarin steeds wordt vergaderd met de voltallige commissie wordt door veel respondenten gezien als een belangrijke bouwsteen van het wetenschappelijk gezag. De kwaliteit van het advies draagt vervolgens bij aan het aanzien van de Gezondheidsraad. Dit proces botst soms met de tijdigheid van een advies. Dat commissies geregeld een advies later opleveren dan in de adviesaanvraag was gevraagd, roept het beeld op dat de commissie pas naar buiten wil treden als zij tevreden zijn met de kwaliteit van het advies. In de fase van de nazorg wordt er door de Gezondheidsraad ook sterk rekening gehouden met het gezag van de Raad en de onafhankelijkheid van de commissie. Een lid van een commissie mag bij de verspreiding van een advies nooit verder gaan dan het geschreven advies. Een commissielid kan bijvoorbeeld een presentatie geven aan het bedrijfsleven over de boodschap van het advies, maar kan geen overleg voeren met bedrijfsleven over de vertaling van het advies naar het bedrijfsbeleid. Dit soort activiteiten kunnen ex-leden uitsluitend doen op basis van persoonlijke titel. Daarmee wordt voorkomen dat een voormalig lid uitspraken doet die niet worden gedragen door de voltallige commissie.

#### *Zorgvuldig spel van distantie en betrokkenheid*

Onafhankelijkheid vergt een zekere distantie met de buitenwereld, maar te veel afstand brengt het risico met zich mee dat het advies niet landt bij de opdrachtgever of het beleidsveld. Een zorgvuldig spel van distantie en betrokkenheid draagt bij aan het gezag van de Raad. Aan de inputkant, bij het verzamelen van informatie en kennis, is er een aantal manieren om een link te maken met de buitenwereld en toch afstand te houden. Commissieleden brengen een groot netwerk met zich mee, maar ze opereren binnen de commissie op persoonlijke titel. Door een brede multidisciplinaire commissie samen te stellen en adviezen te laten toetsen door beraadsgroepen organiseert de Raad intern haar eigen countervailing power tegen mogelijke ‘gekleurde’ of door belangen ingegeven opvattingen. Deskundigen die een belang bij het advies hebben, kunnen deelnemen en toch op afstand worden gehouden door ze de rol van adviseur te geven. Daarnaast kan de commissie hoorzittingen organiseren of belangenorganisaties consulteren om publicaties aan te reiken die relevant zijn voor het advies. De ambtelijk waarnemer maakt het mogelijk om nauwgezet op de hoogte te blijven van de overwegingen en wensen van de opdrachtgever en tegelijkertijd afstand te scheppen met de opdrachtgever. Met de nieuwe term waarnemer wordt eveneens duidelijk gemaakt dat de beleidsmedewerker vanuit het ministerie geen inhoudelijke bijdrage levert aan de totstandkoming van het advies. Het idee dat er vanuit het ministerie sterk gestuurd kan worden op de inhoud van een advies is voor het onafhankelijke imago van de Gezondheidsraad niet goed. De Gezondheidsraad dient geen verlengstuk te zijn van het ministerie, maar dient een onafhankelijk advies te kunnen geven. Een inhoudelijke bijdrage van een beleidsmedewerker kan die onafhankelijkheid ter discussie stellen – zelfs indien er feitelijk geen sprake is van inmenging. Afstand blijft daarbij ook mogelijk doordat de ambtenaar, die zelf niet uit de hoogste regionen van het ministerie komt, moet opereren in een commissie van hoogleraren, die juist als hoogste representant van de academische wereld beogen op te treden.

Met het verschijnen van het advies wordt een vergelijkbaar spel van distantie en betrokkenheid gespeeld. De ambtelijk waarnemer, die in de commissie formeel nog een bescheiden rol had als informant van de opdrachtgever, wordt verwacht de officiële reactie

---

<sup>12</sup> Het is overigens in dit verband opvallend dat er geen buitenlands commissielid is gevraagd in het advies *Bijzondere interventies aan het hart*. Wel zijn er hoorzittingen gebruikt om ook cardiologen die niet in een bestaand centrum werken de mogelijkheid te geven inbreng te geven in het advies.

van de opdrachtgever voor te bereiden. Doordat de ambtenaar aanwezig is geweest bij de beraadslagingen van de commissie kan de commissie haar impact voortzetten binnen het ministerie. De mate waarin dat lukt hangt van verschillende dingen af, zoals de positionering van de betrokken ambtenaar in het ministerie en de betrokkenheid van meerdere relevante directies of departementen. Hoewel de commissie na publicatie van het advies wordt opgeheven, kunnen leden de boodschap blijven uitdragen en meewerken aan de doorwerking van het advies. Dat laatste dient dan wel op persoonlijke titel te gebeuren, zeker indien ex-leden meehelpen aan de verdere vertaling van het advies naar het beleid of de praktijk.

### **5.3 Ondernemen van het gezag van de Gezondheidsraad**

Hoewel er door allerlei actoren en op allerlei manieren aan het gezag van de Gezondheidsraad wordt gewerkt, en dit gezag voor velen ook vanzelfsprekend is, wordt een advies soms ook in twijfel getrokken. Deze kritiek past bij een meer algemene trend om het gezag van de wetenschap steeds vaker te betwisten. Ook buiten het domein van de Gezondheidsraad worden gevestigde wetenschappelijke instanties en onderzoekers in diskrediet gebracht – zie bijvoorbeeld de aantijgingen jegens het klimaatonderzoek van het IPCC. Dijkstelbloem en Hagendijk (2011) citeren in dat verband de president van de KNAW:

Wereldwijd lijkt het wetenschappelijke klimaat te bekoelen of althans tijdelijk van slag te zijn. Er is een koude onderstroom voelbaar die gestaag het publiek vertrouwen in de wetenschap doet eroderen, of het nu de evolutietheorie betreft, de HPV-vaccinatie of het klimaat onderzoek. Het gezag van de wetenschap wordt aangetast door de verdenking dat onderzoekers alternatieve hypothesen onderdrukken, data manipuleren en dissidenten geen ruimte gunnen (Dijkgraaf 2010).

De discussies rond infectieziekten laten zien dat dit een domein betreft dat inmiddels een explosieve politieke lading heeft gekregen. Dat was enkele decennia geleden nog heel anders, toen de wetenschapper nog als deskundige zonder onderbreking of weerwoord kon uitleggen wat de stand van zaken was en wat er diende te gebeuren (Dijkstelbloem en Hagendijk 2011). Roel Coutinho, directeur van het Centrum infectieziektenbestrijding van het RIVM betoogde recent dat heden ten dage zijn mening niet zwaarder lijkt wegen “dan de mening van een bloemiste en andere zelfverklaarde deskundigen” (Coutinho 2009 in Dijkstelbloem en Hagendijk 2011: 11).

In deze paragraaf bespreken we de percepties van actoren waarin het gezag van de Gezondheidsraad ter discussie wordt gesteld. Deze percepties, onafhankelijk van de vraag of ze kloppen, vormen een deel van de politieke realiteit waarbinnen de Gezondheidsraad dient te opereren. In deze paragraaf laten we daarvan twee voorbeelden zien: (1) het ter discussie stellen van de onafhankelijkheid van de commissie en (2) het ter discussie stellen van de tijdigheid van een advies.

#### ***De onafhankelijkheid ter discussie stellen***

Een manier om het gezag van de Gezondheidsraad te ondermijnen is om de onafhankelijkheid van de commissie in twijfel te trekken. Bij het advies *Bijzondere interventies aan het hart* was er vanuit verschillende partijen veel commentaar op de samenstelling van de commissie. De kritiek betrof de eventuele belangenverstrengeling van de commissieleden. Alle respondenten brengen dit onderwerp tijdens de interviews naar voren. Opmerkelijk is dat deze kritiek ook in het openbaar is geuit.<sup>13</sup> In Trouw van 29 januari

<sup>13</sup> In andere casus, die buiten de reikwijdte van de geselecteerde casus vallen, werd in het openbaar op een veel uitgebreidere manier het gezag van de Raad ter discussie werd gesteld, zoals rond de HPV-vaccinatie en recentelijk de discussies rond de Mexicaanse griep en de griepvrij. Er wordt bijvoorbeeld getwijfeld aan de onafhankelijkheid van geraadpleegde deskundigen, de mate van wetenschappelijke bewijsvoering en of er voldoende aandacht is besteed aan ‘tegenbewijs’. Zie

2007 verscheen een artikel met de titel “Cardioloog; Advies over dottercentra ‘gekleurd’”. In het artikel wordt een cardioloog geciteerd die aangeeft dat het in het belang van de commissieleden was om te adviseren de vergunningplicht te behouden.

De commissie van de Gezondheidsraad bestond alleen uit specialisten van de bestaande dottercentra. Perifere opleidingsklinieken die ook graag dottercentrum willen worden, waren niet vertegenwoordigd. Met het advies aan de minister om voorlopig geen nieuwe dottercentra toe te staan, hebben ze dus heel goed hun eigen belangen gediend. (Trouw 2007)

Ondanks dat er door middel van een hoorzitting ook anderen zijn betrokken in het adviesproces werd de commissie beschuldigd van belangenverstrengeling. Een discussie over de onafhankelijkheid heeft mogelijk negatieve gevolgen voor de doorwerking van een advies. Een van de leden van de commissie *Bijzondere interventies aan het hart* wijt de beperkte doorwerking aan deze discussie. De doorwerking werd geremd vanwege de negatieve sfeer die om het advies ontstond. “Het zijn allemaal mensen van centra die alles al hebben en die willen de markt beschermen. Dat soort kritiek. Ja, daar kun je je nooit tegen verdedigen.” (interview commissielid Gezondheidsraad)

#### *Kritiek op de tijdigheid van een advies*

In hoofdstuk drie hebben we laten zien dat er regelmatig kritiek is op de tijdigheid van de adviezen van de Gezondheidsraad. Een voormalig staatssecretaris van VWS verwijt de Gezondheidsraad dat zij te weinig rekening houdt met de *timing* van een advies.

De GR moet nooit een lobby-organisatie worden of plat gebruik maken van plat opportunisme maar elk advies, hoe inhoudelijk ook, valt ergens in een tijdsgewricht, in een kader dat ontwikkeld wordt en als je daar beter bij aansluit doet het advies ook meer. Als je een advies over ouderenzorg uitbrengt terwijl net de kabinetsreactie over het NPO is gepubliceerd, dat is natuurlijk niet slim. [...] Timing is cruciaal. [...] Zij hebben meer de houding van we laten ons niet door anderen leiden, we bepalen ons eigen tempo... wat op zich ook een goed uitgangspunt is om je niet mee te laten slepen, maar je kunt natuurlijk in voorkomende gevallen wel goed nadenken ‘wat is een handig moment’. (interview voormalig staatssecretaris)

Eerder gaf de staatssecretaris al aan dat het probleem van tijdigheid ook door de opdrachtgever veroorzaakt kan worden – zij hadden het advies ook eerder kunnen aanvragen. We concludeerden al dat het bij tijdigheid eerder gaat om een goede afstemming dan snelheid. Toch kan een negatieve of verkeerde perceptie over de tijdigheid van de adviezen consequenties hebben voor het gezag van de Raad. Hierboven hebben we laten zien dat de doorwerking van een advies een bijdrage levert aan het gezag van het instituut Gezondheidsraad en daarmee ook weer meewerkt aan de doorwerking van een volgend advies. Als een advies qua timing niet goed is afgestemd met de opdrachtgever, waardoor het in de lade verdwijnt, kan het gebrek aan doorwerking weer consequenties hebben voor een nieuw advies. Bovendien kan voor de opdrachtgever het gebrek aan tijdigheid ervoor zorgen dat ze geen advies meer aanvragen bij de Gezondheidsraad.

Ja, het is wel vaak een dilemma dat politiek oploopt of zichtbaar wordt door politieke discussie waarvan er wordt gezegd dan vragen we de GR om advies. En dan is het prima dat het zes maanden duurt. Maar het moet geen 18 maanden duren. [...] Als het zo lang gaat duren, dan heb ik geen behoefte meer aan een advies. (interview beleidsmedewerker VWS)

---

bijvoorbeeld de uitspraak van wetenschapsjournalist Hans van Maanen in *de Volkskrant*: “De Gezondheidsraad verdedigt zijn keuzes met dubieuze beweringen en zonnige voorstellingen van zaken”. (Lips 2011: 75) Een vergelijkbare kritiek werd later ook door medische wetenschappers geuit in het NTvG.

Dergelijke kritieken worden niet in het openbaar geuit maar hebben wel consequenties voor de effectiviteit van de Gezondheidsraad, zowel wat betreft de uitgebrachte adviezen als wat betreft de vraag of een adviesaanvraag aan de Raad tot stand komt.

Tegen beide vormen van kritiek is het, zoals een commissielid al aangaf, vrijwel onmogelijk om jezelf te verdedigen. Dat betekent echter niet dat de Raad er niets mee kan doen, of doet. In de eerste plaats gebeurt dit al in de voorbereiding van het advies, zowel in de afstemming met de opdrachtgever als in de samenstelling van de commissie. Bij die samenstelling is bijvoorbeeld de aandacht voor mogelijke belangenverstrengeling van commissieleden de afgelopen jaren sterker geworden. En in de voorbereiding van het advies, evenals tijdens de rit, wordt met de opdrachtgever afgestemd over de timing. Tussentijdse (brief)adviezen behoren dan bijvoorbeeld tot de mogelijkheden. In de tweede plaats kan de Raad ook na het advies reparatiewerk uitvoeren, door bijvoorbeeld te wijzen op hoe met belangen van commissieleden is omgegaan. Geheel vrijwaren van kritiek is echter niet mogelijk en is iets waar de Raad elke keer opnieuw mee zal moeten omgaan.

#### **5.4    *Behoefte aan gezaghebbende wetenschappelijke raden in specifieke Nederlandse bestuurspraktijk***

Bij het werken aan het gezag gaat het niet alleen om het individuele advies, maar gaat het ook om het gezag van het instituut Gezondheidsraad. Het ter discussie stellen van de onafhankelijkheid van één advies heeft bijvoorbeeld ook gevolgen voor de andere adviezen. En de doorwerking van één advies heeft ook gevolgen voor de doorwerking van het andere advies, omdat het gebruik van het advies het gezag van de Gezondheidsraad vergroot. En het gezag is weer goed voor de doorwerking van een volgend advies. Eén van de secretarissen spreekt in dit verband van een soort “Kema-keur” (interview secretaris Gezondheidsraad). Dit “Kema-keur” kan alleen in stand worden gehouden door een samenspel van alle adviezen. Twijfel aan één advies kan gevolgen hebben voor andere adviezen.

Het is echter niet alleen de Gezondheidsraad zelf die meewerkt aan het in stand houden van het gezag. Veel meer actoren hebben er belang bij om het aanzien van het instituut Gezondheidsraad hoog te houden. Dat geldt bijvoorbeeld voor de opdrachtgevende ministeries. Ambtenaren en bewindsvoerders kunnen, zoals we in de case studies hebben gezien, soms kritiek hebben op adviezen van de Raad, maar dit soort kritiek wordt zelden tot nooit publiek gemaakt. Deze voorbeelden laten zien dat het gezag van de Gezondheidsraad voor een deel te danken is aan de bereidheid van beleidsmakers en andere actoren hen deze autoriteit toe te dichten. Gezag is ten minste voor een deel een attributie. Actoren zoals ministeries hebben er belang bij dat het gezag van wetenschappelijke advisering hoog blijft, zoals ook uit onderzoek naar planbureaus is gebleken (Hoppe & Halffman 2004). Dit gezag is namelijk van belang voor de totstandkoming en doorwerking van beleid. Adviesraden maken onderhandelingen binnen een coalitiecultuur en een corporatistische structuur mogelijk, doordat zij helpen de randvoorwaarden voor politieke onderhandelingen te bepalen. Daarmee zijn adviesraden onderdeel van een politiek spel waarin compromissen gesloten kunnen worden. Volgens Hoppe en Halffman (2004: 40) ontleen Nederlandse planbureaus “hun gezag grotendeels aan het feit dat beleidsmakers en andere actoren gemakkelijk bereid zijn hun die autoriteit – of tenminste het voordeel – te gunnen.” Wie eenmaal tornt aan het gezag wetenschappelijke adviesorganen kan zich later veel minder gemakkelijk baseren op een advies van de Gezondheidsraad.

Het attribueren van gezag speelt zich overigens niet alleen bij ministeries af. Bij casus *Gezonde voeding* waren er ook diverse respondenten die kritiek hadden op de commissie en toch serieus gebruik wensten te maken van de aanbeveling van de Gezondheidsraad. Opvallend is ook dat de kritiek niet in het openbaar wordt uitgesproken, waarmee het gezag

van de Raad behouden blijft. Dit wordt in de casus *Gezonde Voeding* versterkt doordat veldpartijen aangeven dat zij grotendeels de aanbevelingen hebben overgenomen, waardoor er gesproken kan worden van een succesvol advies. Het overnemen van het advies kan ook worden gezien als onderdeel van een bredere traditie van het Nederlandse bedrijfsleven. Meer in het algemeen, ook buiten de Gezondheidsraad, is men meer dan in het buitenland geneigd om het advies van wetenschappelijke commissies op te volgen. De invloed en de rol van de wetenschappelijke commissie van het IKB is daarvan een voorbeeld. De betrokken spelers van het IKB geven aan dat het Nederlandse bedrijfsleven een grote mate van bereidheid vertoont om onafhankelijke wetenschappelijke commissies te laten oordelen over hun logo's. Door het instellen van een onafhankelijke commissie geeft de industrie uit handen of het logo wel of niet op hun product mag verschijnen. De secretaris van de wetenschappelijke commissie van het IKB geeft aan dat er internationaal veel waardering is voor dit systeem en dat het vrij uitzonderlijk is dat marktpartijen ruimte weggeven aan een onafhankelijke wetenschappelijke commissie. Hij wijst op het Noord-Amerikaanse Smart choices logo dat "is geflopt doordat daar de criteria te soepel waren en de industrie te veel invloed had gehad op de criteria. Dat maakt het niet meer geloofwaardig en daarmee is het in elkaar gedonderd." (interview secretaris wetenschappelijke commissie van het IKB) De lobby van het bedrijfsleven bij de productie van de richtlijnen goede voeding is veel groter in Amerika. In Nederland "hebben we dat tot op dit moment buiten de deur weten te houden." (interview voorzitter commissie Gezondheidsraad) Volgens de voorzitter van de wetenschappelijke commissie van het IKB is de Nederlandse situatie – waarbij bedrijfsleven, ministerie en wetenschap tot consensus komen over een logo – internationaal gezien opmerkelijk.

Ik ga dat ook in Brussel als het nationaal logo presenteren. Daar doen aan mee: de voedingsmiddelenindustrie. Daar doet aan mee: een groot gedeelte van de cateraars in Nederland. Het Centraal Bureau voor de Levensmiddelenhandel. De supermarkten. Dat logo is wetenschappelijk redelijk goed onderbouwd en vastgelegd in criteria die transparant zijn. Als ik dat in het buitenland vertel, dan zeggen ze: 'Ja, dat kan dus helemaal nergens, zoiets.' Voedingsmiddelenbedrijven zijn concurrenten van supermarkten, en A-merken van huismerken. Supermarkten onderling zijn zodanig verdeeld dat je ze nooit op één lijn krijgt. Cateraars zijn daar weer een aparte concurrent in en onderling ook zeer concurrerend. Die krijg je nooit bij elkaar om gezamenlijk één logo, zonder overheidsregulatie, met zelfregulatie te accepteren. Dat dat hier wel kon is denk ik wel heel bijzonder. (voorzitter wetenschappelijke commissie IKB)

De respondent van het IKB wijst naar zijn ervaringen in Amerika, waarbij bedrijven hun advocaten afvaardigen naar gezamenlijke overlegbijeenkomsten over logo's, waardoor het veel moeilijker wordt om tot consensus te komen. Hij noemt een vergelijkbare mogelijke verklaring voor de Nederlandse werkwijze als hierboven werd omschreven: binnen de Nederlandse corporatistische structuur is er behoefte aan een onafhankelijke wetenschappelijke commissie die de grenzen van het spel bepaalt.

Je kunt verwijzen naar het polderen. Maar je kunt ook verwijzen naar de bereidheid – nou ja, dat is eigenlijk polderen, de bereidheid om... Kijk, wat bijzonder is, is als de voedingsmiddelenindustrie op een bepaald moment gezegd heeft "wij laten die wetenschappelijke commissie dat dan maar besluiten, dan hebben wij ons daaraan te houden." In geen enkel ander land, behalve dan Zweden, Engeland en Australië, wil de industrie dat doen. Die zeggen allemaal: wij willen wel criteria, maar dan maken we ze wel zelf. (voorzitter wetenschappelijke commissie IKB)

De Nederlandse overlegcultuur geeft daarmee een bijzondere rol aan wetenschappelijke advisering, die ook voor de Gezondheidsraad speelt. Het gezag van de Gezondheidsraad, naast al het werk dat de Raad zelf steekt in het in stand houden ervan, berust voor een deel op de behoefte aan een onafhankelijk oordeel in overigens concurrerende of strijdende verhoudingen.

## 5.5 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat het gezag van de Gezondheidsraad een belangrijk onderdeel is van het spel. Het aanzien van de GR is een belangrijke reden voor opdrachtgevers om een vraag neer te leggen. Het gaat hen vaak niet om louter de kennis die wordt verzameld, maar om het gezag waarmee deze kennis wordt gewogen en naar buiten gebracht. Dit gezag wordt voortdurend bewaakt en geborgd door verschillende actoren. Allen hebben zij een belang bij het in stand houden van het gezag van de Gezondheidsraad. Het is interessant om te zien dat het gezag van de Gezondheidsraad er tegelijkertijd voor zorgt dat een advies doorwerking heeft, zelfs al geven veldpartijen aan dat de onderbouwing van het advies mager is (zie bijvoorbeeld casus *Gezonde Voeding*), en dat het feit dat de adviezen van de Gezondheidsraad doorwerking kennen bijdraagt aan het gezag van de Gezondheidsraad als een belangrijk instituut in het Nederlandse bestuurlijke landschap. Op deze manier vormt het in stand houden van het gezag een soort cirkel. Het maakt ook duidelijk dat het gezag van de Gezondheidsraad gezien moet worden vanuit het samenspel van alle adviezen. Een individueel advies is onderdeel van een groter spel en lift mee op het gezag van het instituut van de Gezondheidsraad. Het ter discussie stellen van de onafhankelijkheid van één advies heeft bijvoorbeeld ook gevolgen voor de andere adviezen. In een land van coalitievorming en polderen kunnen onafhankelijke wetenschappelijke organen voorwerk verrichten in het proces van besluitvorming – een soort van politiek pragmatisme om besluitvorming mogelijk te maken in een land zonder dominante spelers. In ons poldermodel dragen wetenschappelijke adviesorganen een belangrijk steentje bij aan de consensusvorming. En omgekeerd, het poldermodel draagt bij aan het fenomeen dat het ‘wetenschappelijk gezag’ van adviesorganen in Nederland sterker is dan in andere landen (Halffman and Hoppe 2005). Er zijn immers weinig spelers bereid om openlijk het gezag van de commissie ter discussie te stellen ook al hebben ze wel degelijk kritiek op (het advies van) de commissie. De opdrachtgever en de spelers in het beleidsveld hebben behoefte aan een onafhankelijk gezaghebbend wetenschappelijk instituut. Zij verlangen niet alleen dat de Gezondheidsraad deze status waarmaakt, maar ze zijn ook bereid, zelfs bij twijfel, de Raad die autoriteit te gunnen.

Zoals uit de discussie over vaccinaties blijkt, lijkt deze verbondenheid tussen wetenschappelijk advies en de Nederlandse polder echter aan verandering onderhevig. Actoren die buiten de corporatistische structuur of binnencirkel van de politieke arena opereren, lijken eerder geneigd te zijn om openlijk het gezag ter discussie te stellen.



## 6. Conclusies

De Gezondheidsraad wordt alom gezien als een van de meest gezaghebbende wetenschappelijke adviesorganen. Ondanks dit gezag is de positie van de Raad lang niet altijd vanzelfsprekend. Hoewel de wettelijke taak van de Raad is om de minister en de Kamer te informeren is het voor het behouden van de eigen positie belangrijk te kijken naar de doorwerking van de adviezen. Het belang van doorwerking blijkt ook uit het feit dat doorwerking door de Raad zelf als één van de centrale kwaliteitscriteria wordt gezien. In dit onderzoek stond doorwerking van de adviezen van de Gezondheidsraad centraal en is de volgende probleemstelling leidend geweest.

*Welke factoren bepalen de manier waarop doorwerking plaatsvindt en wat kunnen we daaruit leren voor het adviesproces van de Gezondheidsraad?*

We hebben daarbij gewerkt met een brede definitie van doorwerking. Dat wil zeggen dat we niet alleen hebben gekeken naar de relatie tussen de Raad en de opdrachtgever, maar ook andere publieken, zoals het beleidsveld, de media, maatschappij en wetenschap hebben meegenomen in het onderzoek. De brede definitie van doorwerking blijkt tevens uit de verschillende vormen van doorwerking die zijn getypeerd: (1) instrumentele doorwerking, (2) conceptuele doorwerking en (3) agenderende doorwerking. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gekozen voor casusonderzoek. Voor iedere casus hebben we tal van documenten geanalyseerd en interviews gehouden met mensen binnen en buiten de Raad. In totaal zijn er zo'n 50 interviews gehouden. De documenten omvatten ondermeer adviesaanvragen, adviezen, officiële reacties van de opdrachtgever, Handelingen van de Kamer, documenten uit het beleidsveld en mediaberichten. Zij gaven vaak de formele kant van het traject van advies en beleid weer. De interviews hadden een belangrijke aanvullende rol, omdat zij inzicht gaven in aspecten en factoren die niet in de officiële documenten zijn terug te vinden. Afstemmingsproblemen, politiek gevoelige overwegingen en kritische opmerkingen over de Gezondheidsraad komen bijvoorbeeld zelden aan de orde in officiële publicaties.

We hebben bij de selectie niet gekozen voor publiekelijk of politiek openlijk omstreden adviezen, omdat deze zeldzaam voorkomen en niet typerend zijn voor het algemene beeld van de doorwerking van adviezen de Gezondheidsraad. In veel ander onderzoek wordt juist op omstreden adviezen ingegaan. Hoewel dit vaak spannend materiaal oplevert en inzicht kan bieden in achterliggende coördinatiemechanismen (juist omdat die in dit soort gevallen kennelijk niet werken), draagt dat type onderzoek het risico dat het uitzonderlijke tot normaal wordt gemaakt (Bal 1999, Halffman 2003). Het vermijden van deze uitzonderlijke casussen draagt bij aan de generaliseerbaarheid van de gekozen casussen. De geselecteerde casussen beslaan het brede werkteerrein van de Raad. Daarnaast verwachten we dat de generaliseerbaarheid van de aspecten en factoren die we in dit concluderend hoofdstuk presenteren voldoende hoog is, omdat zij in meerdere casussen spelen of door meerdere respondenten naar voren zijn gebracht.

Dit hoofdstuk beantwoordt de probleemstelling en is als volgt opgebouwd. Allereerst laten we zien welke vormen van doorwerking we hebben gezien in de verschillende casus. Vervolgens bespreken we de factoren die een rol spelen bij doorwerking, zowel in positieve als in negatieve zin. Daarna plaatsen we (het werk van) de Gezondheidsraad in een bredere context. We eindigen met een aantal aanbevelingen.

### 6.1 Doorwerking

In dit rapport is een breed palet aan vormen van doorwerking van adviezen besproken, welke geclusterd zijn in drie typen: instrumenteel, conceptueel en agenderend. Hoewel het

bestaan van doorwerking van adviezen van de Gezondheidsraad onomstreden is, blijft het lastig om de mate van doorwerking van adviezen vast te stellen en de bepalende factoren in kaart te brengen. De Gezondheidsraad is namelijk een van de vele bronnen van beleid. Een advies van de Raad hoeft niet het enige wetenschappelijke document te zijn waarop de opdrachtgever of het beleidsveld zich baseert, waardoor het bepalen van een eenduidige causale relatie niet altijd mogelijk is. Daarnaast spelen bij de totstandkoming van beleid vele factoren een rol waar wetenschappelijk advies er slechts een van is. Dat speelt vooral bij adviezen die ook een sterk agenderende functie hebben gekend. Daarnaast kan het lang duren voordat adviezen hun (volledige) doorwerking hebben bereikt, waardoor het bij de meer recente adviezen niet mogelijk is om een definitief oordeel te vellen over de mate van doorwerking. Bovendien blijken er verschillende percepties te bestaan over het werk van de Gezondheidsraad en de effecten van hun adviezen. Al is het voor de onderzoeker lang niet altijd mogelijk te achterhalen welke percepties juist zijn, vormen ze toch een belangrijke bron van analyse omdat ze onderdeel zijn van de politieke realiteit waarin de Raad dient te opereren. Bij sterk uiteenlopende percepties zijn we dan ook niet zozeer op zoek gegaan naar wie er gelijk heeft, maar veeleer naar wat de gevolgen daarvan zijn voor de doorwerking van adviezen.

Alle adviezen van de Gezondheidsraad die wij hebben onderzocht werken op de een of andere manier door. De meeste respondenten typeren het betrokken advies of adviezen als succesvol in termen van doorwerking. Slechts een enkele keer werd er gesproken over een minder succesvol advies. De manier waarop adviezen doorwerken kan wel grote verschillen vertonen. Doorwerking varieert van het direct omzetten in maatregelen tot het op de agenda zetten van een onderwerp. De adviezen van de Raad vinden op diverse manieren hun weg binnen de ministeries en het beleidsveld. Doorwerking kan zowel geschieden via overheidsregulering als via zelfregulering, zoals opname in een professionele richtlijn voor de beroepsgroep of in het beleid van het bedrijfsleven. Doorwerking buiten de directe invloedssfeer van de opdrachtgever is dan ook een belangrijk onderdeel van het succes van de doorwerking van de Raad. We kwamen zelfs een voorbeeld van een advies (*Preventie bij ouderen*) tegen waarop de opdrachtgever nooit een officiële reactie heeft gegeven, maar dat via het Nationaal Programma Ouderenzorg wel zijn weg heeft gevonden naar het beleidsveld.

Veel adviezen kennen zowel een instrumentele als een conceptuele en agenderende doorwerking (zie tabel 5). Een directe relatie tussen de aard van het beleidsprobleem en de doorwerking die daaruit voortvloeit, is vooraf niet te leggen. Veelal ook omdat een advies bestaat uit meerdere type beleidsproblemen. Bovendien staat de aard van het beleidsprobleem niet altijd vooraf vast. Tijdens het commissiewerk wordt dit vaak nog nader bepaald. Over de typering van het beleidsprobleem bestaat wel eens verschil van opvatting tussen opdrachtgever en commissie. Commissies van de Raad neigen eerder naar conceptuele en agenderende adviezen, terwijl de opdrachtgever eerder denkt aan instrumentele adviezen. We zagen meerdere adviezen waarbij de opdrachtgever in de adviesaanvraag instrumentele vragen stelde, maar de commissie van oordeel was dat in plaats daarvan primair een meer conceptueel advies nodig was. Instrumentele aanbevelingen zijn vaak pas mogelijk indien er overeenstemming bestaat over het (conceptuele) beoordelingskader. Daarnaast is het ook eigen aan het werk van de Gezondheidsraad, omdat de Raad vooral wordt ingeschakeld bij complexe en onzekere beleidsproblemen, waarvoor ook een conceptuele analyse nodig is. Bovenstaande impliceert dat de Raad een zekere weerstand weet te bieden aan de druk tot instrumentalisering door de opdrachtgever. Conceptuele verheldering is een belangrijk onderdeel van tal van adviezen, zelfs bij adviezen die ook een sterk instrumentele doorwerking hebben gehad. Tot op zekere hoogte geldt dit zelfs voor de adviezen over de gezondheidsschadelijke effecten van stoffen. Hoewel individuele stofadviezen vaker een instrumentele benadering kennen, duiken toch regelmatig conceptuele kwesties op die in een serie overstijgende adviezen in

de loop der tijd tot een kader hebben geleid – en deels nog steeds leiden – waarbinnen individuele stoffen kunnen worden behandeld.

| Naam advies                                                             | Jaartal    | Type van doorwerking                     |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|
| Dementie                                                                | 2002       | Agenderend, conceptueel en instrumenteel |
| Vergrijzing met ambitie                                                 | 2005       | Agenderend, conceptueel en instrumenteel |
| Ouderdom komt met gebreken                                              | 2008       | Agenderend, conceptueel en instrumenteel |
| Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid                         | 2009       | Agenderend en conceptueel                |
| Bijzondere interventies aan het hart                                    | 2007       | Conceptueel en instrumenteel             |
| Astma, allergie en omgevingsfactoren                                    | 2007       | Instrumenteel                            |
| Gezonde voeding: logo's onder de loep                                   | 2008       | Conceptueel en instrumenteel             |
| Toxische eigenschappen en gezondheidseffecten van stoffen op werknemers | doorlopend | Instrumenteel en deels conceptueel       |

Tabel 5: Onderzochte adviezen naar type van doorwerking

De agenderende doorwerking wordt niet altijd bewust gethematiseerd, maar blijkt vaak wel een cruciale rol te vervullen. Door het advies kan het beleidsprobleem een meer prominente plaats krijgen op de politieke of maatschappelijke agenda. De reeks van adviezen omtrent de ouderenzorg heeft bijvoorbeeld mede bijgedragen aan de toenemende aandacht voor de ouderenzorg in de politiek en het veld. Dit heeft geresulteerd in een aantal grote programma's zoals Zorg voor Beter en het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Wat betreft de succescriteria voor doorwerking zijn er verschillen tussen enerzijds de commissieleden en secretarissen van de Gezondheidsraad en anderzijds de opdrachtgevers en spelers in het beleidsveld. Niet elke vorm van doorwerking wordt door de betrokkenen van de Raad positief gewaardeerd. Het beleidsveld of opdrachtgever kan een zodanige invulling geven aan het advies dat het niet helemaal aansluit bij de ideeën van de commissie. Dat maakt dat er ook verschillende maatstaven en ideeën bestaan over het succes van een bepaald advies. Opvallend is dat commissieleden en secretarissen eerder negatief of kritisch oordelen over de mate van doorwerking dan opdrachtgever of veldpartijen. Deze lijken eerder dan de opstellers de nadruk te leggen op wat wel is overgenomen of dat het advies heeft bijgedragen aan de kerndoelen van het beleid. Zij lijken vaak minder vergaande eisen te stellen aan het advies dan de commissieleden en secretarissen.

## 6.2 Bepalende factoren van doorwerking

In dit onderzoek beschouwen we doorwerking als de uitkomst van een spel, welke afhankelijk is van de spelregels, de spelers zelf en de wijze waarop het spel wordt gespeeld. Tal van factoren zijn mede bepalend voor de doorwerking van adviezen. Het succes of falen van een specifiek advies is daardoor niet altijd terug te brengen naar een of enkele factoren, maar op basis van de analyse van meerdere adviezen valt wel een overzicht te maken van factoren die relevant zijn voor de doorwerking van adviezen van de Gezondheidsraad. Hieronder volgt een opsomming van factoren zoals wij die in het onderzoek zijn tegengekomen, onderverdeeld in factoren die bijdragen aan doorwerking en factoren die doorwerking tegengaan.

### *Succesfactoren*

*Afstemming met opdrachtgever.* Hoewel het scheiden van wetenschap en beleid een belangrijke voorwaarde is voor de legitimiteit van de Gezondheidsraad, kan de Raad niet bestaan zonder banden met de wereld van politiek en beleid. Afstemming met de aanvrager is daarom een belangrijke succesfactor, zeker in situaties waarbij de commissie in meer of mindere mate afwijkt van de adviesaanvraag. Een vertraagd advies bijvoorbeeld mag dan wel niet voldoen aan de aanvankelijke verwachtingen van de opdrachtgever, maar vertraging blijkt lang niet altijd een probleem te zijn mits dit goed is afgestemd met de opdrachtgever.

Belangrijke kwesties die afstemming behoeven zijn de probleemdefinitie, tijdigheid en de vertaalslag naar het beleid. Via de adviesaanvraag, waarin een eerste aanzet tot probleemdefinitie wordt gegeven, heeft de opdrachtgever invloed op de reikwijdte, type en richting van het advies. Dat betekent niet dat de commissie volledig gebonden is aan de adviesaanvraag, maar goede afstemming met de aanvrager blijft belangrijk voor het bereiken van een goede landing.

Afstemming kan op diverse manieren gebeuren en op verschillende niveaus plaatsvinden – via de beleidambtenaar, de ambtelijke top of op ministerieel niveau. De ambtelijk waarnemer vormt een belangrijke intermediair tussen de Raad en de opdrachtgever, omdat hij aanwezig is bij de zittingen van de commissie en de latere reactie van de minister kan voorbereiden. Tevens kan deze ambtenaar aangeven of de commissie voldoende antwoord geeft op de vraag van de opdrachtgever en de commissie pushen tot beleidsrelevante aanbevelingen. Coördinatie via de ambtelijk waarnemer is echter niet altijd voldoende. Soms moeten kwesties binnen het ministerie op hoger niveau worden besproken en soms blijken waarnemers niet altijd goed gepositioneerd binnen de ministeries. Dat betekent dat de Raad, zowel in de figuur van de voorzitter als die van commissiesecretaris, steeds alert moeten zijn op de beleidsmatige en politieke ontwikkelingen rond lopende adviestrajecten.

*Samenstelling commissie.* De samenstelling van de commissie lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn voor doorwerking, omdat doorwerking sterk leunt op het wetenschappelijk gezag van de Raad en het netwerk van de commissie. Onafhankelijkheid en een goede vertegenwoordiging van alle relevante aspecten van deskundigheid zijn daarbij van cruciaal belang. De rol van de adviseur die geen lid is van de commissie en hoorzittingen bieden de mogelijkheid om toch gebruik te maken van deskundigheid waarbij mogelijk belangenverstrengeling in het geding is.

*Kwaliteit van aanbeveling.* De kwaliteit van de aanbeveling betreft niet alleen het wetenschappelijke gehalte van het advies, maar vooral ook of het wetenschappelijke oordeel leidt tot bruikbare aanbevelingen voor de beleidspraktijk. Voor doorwerking is het belangrijk dat de commissie een vertaalslag maakt van wetenschap naar beleid, zonder daarbij de beleidsmaker voor de voeten te lopen. Adviezen die te veel een onderzoeksrapport blijven worden als minder bruikbaar voor de beleidspraktijk ervaren. Adviezen hebben meer kans op een goede landing als zij beter aansluiten bij het ministerie, de Kamer en de praktijken waar de adviezen terecht komen.

*Nazorg.* Nazorg is een belangrijke succesfactor voor doorwerking, maar het blijft tegelijkertijd een precaire activiteit voor de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad wil als wetenschappelijk adviesorgaan niet de suggestie wekken van politiek lobbywerk en de Raad kan geen mandaat geven aan commissieleden die een stap verder willen gaan dan het advies van de commissie. Diverse vormen van nazorg kunnen bijdragen aan de doorwerking van adviezen, zoals het aanbieden van het advies aan de minister, het genereren van media-aandacht, het benutten van de contacten met het ministerie, het vervolgwerk door de ambtelijk waarnemer en het zendingswerk door commissieleden. Via nazorg kan de commissie een breder publiek bereiken dan de opdrachtgever, wat positief kan bijdragen aan de doorwerking van adviezen. Zendingswerk door commissieleden vergt wel een spagaat, omdat het formeel niet past onder de vlag van de Gezondheidsraad al pakt het wel gunstig uit voor de doorwerking. Commissieleden worden gevraagd vanwege hun expertise als voormalig commissielid voor organen die een vertaalslag maken van het advies naar het beleid, maar het is niet de bedoeling om die voormalige link met de Raad zichtbaar te maken.

*Accumulatie van advieswerk.* Veel adviezen bouwen voort op eerdere adviezen, zoals adviezen over de ouderenzorg, de gezonde voeding, de regeling van bijzondere interventies en de grenswaarden voor gevaarlijke stoffen. Accumulatie draagt niet alleen bij aan een

verdere wetenschappelijke fundering van de adviezen; het draagt tevens uit dat de Gezondheidsraad als het ware een 'kenniscentrum' vormt op deze terreinen. Uiteraard is de mate waarin de Raad hierin slaagt mede afhankelijk van de vraag van de opdrachtgever, maar de Raad kan hier zelf wel invloed op uitoefenen in het overleg met de ministeries.

### *Faalfactoren*

*Beperkte meerwaarde van adviezen.* Het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar concrete aanbevelingen vergt een zorgvuldige afweging van de commissie, maar voorzichtig opgestelde en weinig vernieuwende adviezen dreigen snel na de publicatie in de vergetelheid te raken. Zonder rimpeling in de wetenschappelijke, politieke of publieke vijver zijn de kansen op doorwerking gering. Het betreft een lastig dilemma, omdat de Raad enerzijds aan gehouden is de 'stand van de wetenschap' in kaart te brengen maar anderzijds soms ook als deze stand van de wetenschap nog onvoldoende ontwikkeld is toch wordt gevraagd adviezen uit te brengen. Gegeven de beperkte evidentie is een vertaalslag naar bredere beleidsterreinen nodig. Indien de Raad verder reikt dan zijn polsstok lang is, ligt het verwijt van onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing op de loer. Die polsstok kan verder uitreiken als er geen nadelen aan de aanbevelingen kleven of als deze goed verdedigbaar zijn om andere redenen. Binnen de Raad bestaan verschillende opvattingen over hoe met dit dilemma dient te worden omgegaan. Het lijkt daarom van belang dit thema intern bespreekbaar te maken en verschillende vormen van omgang ermee te verkennen.

*Indirecte discussie over inhoud van advies.* Weliswaar wordt zelden de wetenschappelijke inhoud van een advies op directe wijze ter discussie gesteld, maar op indirecte wijze kan wel de kwaliteit van het advies in twijfel worden getrokken. Vooral de samenstelling van de commissie kan een kwetsbaar punt zijn; deze mag geen vragen oproepen. De suggestie van belangenverstrengeling maakt het gezag van commissies kwetsbaar, zelfs in situaties waarbij de Raad allerlei procedures heeft ingebouwd om dat gevaar te neutraliseren. Ook hier doet zich een dilemma voor omdat belanghebbenden vaak ook inhoudkundig zijn en omdat wetenschappers steeds meer afhankelijk worden van externe financiering van het onderzoek. Al doet de Raad veel om belangenverstrengeling tegen te gaan, er bestaat voortdurend het gevaar dat de Raad achteraf hierop wordt aangevallen. Tegen de zweem van belangenverstrengeling lijkt weinig in te brengen te zijn. Juist daarom is een consistente werkwijze en uitgedragen visie van belang. Bij de samenstelling van commissies kan bijvoorbeeld meer gebruik worden gemaakt van het internationale netwerk van de Raad, of kunnen belanghebbenden in andere vormen dan via het lidmaatschap van commissies worden betrokken.

*Niet passend bij de beleidslijn van opdrachtgever.* Door bijvoorbeeld veranderende politieke opvattingen of dat het voorgestelde beleid te kostbaar is voor het kabinet kan de opdrachtgever besluiten om het advies niet (volledig) over te nemen. Wanneer de *frames* van de opdrachtgever en de Raad te veel uit elkaar lopen bestaat het gevaar dat de doorwerking gering blijft.

*Onvoldoende aansluiting bij relevante beleidsdirecties.* Continuïteit binnen de ambtenarij wordt erg belangrijk gevonden door de Raad, maar wisselingen in de bestuursdienst vormen niet het enige probleem voor de doorwerking van adviezen. Een ander probleem is dat veel adviezen bruikbaar zijn voor meerdere ministeries en directies. De publieke taak van volksgezondheid is verspreid over vele ministeries en directies. Binnen de Gezondheidsraad heerst nogal eens het beeld dat de ambtelijk waarnemer in staat is om het hele overheidsdomein te representeren, terwijl de beleidsmedewerker vooral opereert binnen het veld van de eigen directie. Secretarissen hebben vaak wel goede contacten met de ambtelijk waarnemers, maar missen het bredere ambtenarennetwerk waarvoor het advies potentieel relevant kan zijn.

*Onvoldoende reflectie op bestuurlijke vraagstukken.* Commissies willen in hun adviezen niet expliciet de bestuurlijke vraag 'wie iets moet doen' aan de orde stellen, maar hebben daar soms wel impliciet opvattingen over. De keuze voor overheidsregulering is vaak een impliciete keuze die het gevolg is van het mechanisme dat de overheid de vragende partij is en de Raad zich in principe niet buigt over bestuurlijke vraagstukken. Doordat de Gezondheidsraad bestuurlijke vraagstukken niet tot hun takenpakket rekent, kan er een kloof ontstaan met het ministerie omdat adviezen dan te ver op afstand blijven van de bestuurspraktijk.

*Onvoldoende bekendheid bij bredere publiek.* Enkele adviezen blijken maar een beperkte bekendheid te hebben buiten de directe opdrachtgever. Daardoor worden niet alle potentiële opties die bijdragen aan doorwerking benut. Vanuit de Kamer of het beleidsveld kan er bijvoorbeeld druk op het ministerie worden uitgeoefend om een reactie te geven op het advies.

### **6.3 De Raad in de bredere context**

De Gezondheidsraad functioneert als een gezaghebbend orgaan binnen het Nederlandse bestuurlijke landschap. Het gezag van de Raad draagt bij aan de doorwerking van adviezen, en omgekeerd, de doorwerking van adviezen versterkt het gezag van de Raad. Het toekennen van gezag aan het instituut van de Gezondheidsraad is ook in het belang van derden. De wetenschappelijke autoriteit is bijvoorbeeld een belangrijke reden voor de opdrachtgever om de Raad in te schakelen, omdat het kan zorgen voor meer draagvlak voor het beleid. Het gaat de opdrachtgever niet alleen om bijeenbrengen van kennis, maar vooral ook om de autoriteit die het advies uitstraalt. Binnen de Nederlandse poldercultuur en corporatistische structuur bestaat er behoefte aan gezaghebbende wetenschappelijke adviesorganen die bijdragen aan de consensusvorming. Ook al lijkt 'de polder' sterk ter discussie te staan, op tal van beleidsterreinen is hij nog steeds zeer sterk. In een land zonder dominante spelers zijn afnemers graag bereid om de Gezondheidsraad autoriteit te gunnen, omdat de Raad belangrijk voorwerk kan leveren in het proces van besluitvorming. Dat maakt dat maar weinig spelers bereid zijn om openlijk het gezag van de commissie ter discussie te stellen of zelfs het advies volgen ook al hebben zij wel degelijk kritiek op de commissie. De Raad lijkt daarmee een comfortabele positie te hebben in Nederland. Tegelijkertijd is dat ook het grootste gevaar voor de Raad. De buitenwereld kan immers anders tegen de Raad aankijken dan in de openbaarheid zichtbaar wordt. In navolging van eerder onderzoek naar de Gezondheidsraad (Bal et al. 2002) concluderen we dat de Gezondheidsraad nog steeds een gezaghebbende positie heeft in het politieke en beleidsmatige landschap, maar dat deze telkens opnieuw bevochten en bevestigd dient te worden.

Het gezag van de Gezondheidsraad is uitkomst van een zorgvuldig spel van distantie en betrokkenheid. Afstemming is wenselijk, maar een zekere wederzijdse afstand draagt evenzeer bij aan de doorwerking. Een onafhankelijk advies van een gezaghebbend wetenschappelijk adviesorgaan kan door het ministerie of het beleidsveld als een betrouwbare bron voor het beleid fungeren. De kwaliteit van de adviezen van de Raad wordt zelden in de openbaarheid bediscussieerd, tenzij het gekoppeld is aan de onafhankelijkheid van de commissie. Wel zijn er toenemende gevaren die het gezag van de Gezondheidsraad kunnen aantasten. Deze bedreigingen hoeven niet direct te maken hebben met de kwaliteit van het werk van de Gezondheidsraad, maar zijn eerder een uiting van het tanende gezag van wetenschap. Dat is niet nieuw. De universiteit heeft bijvoorbeeld geregeld onder vuur gelegen – zie bijvoorbeeld het debat rond de kritische universiteit in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw – en ligt dat nu, op basis van een aantal publiek bediscussieerde fraudegevallen opnieuw. Opvallend is dat de zichtbare gevaren voor het gezag van de Gezondheidsraad vooral komen van buiten de kring van de wetenschappelijke

en bestuurlijke arena. Het is vooral een deel van het publiek dat niet meteen tot de primaire doelgroep van de Raad behoort dat het gezag van de Raad ter discussie stelt. Dit publiek lijkt daarmee een steeds belangrijker doelgroep te worden voor de Raad, omdat wetenschappelijke adviesorganen moeten opereren in een veranderende mediawereld (Dijstelbloem en Hagendijk 2011). De media lijken steeds minder bereid om de wetenschap een platform van autoriteit aan te bieden en geven meer ruimte aan kritische geluiden.

#### 6.4 Aanbevelingen

Dit onderzoek biedt weliswaar inzicht in belangrijke faal- en succesfactoren en aanknopingspunten voor verbetering, maar dat betekent niet dat de Gezondheidsraad altijd zelf al die factoren kan beïnvloeden. Daarnaast blijft het altijd maatwerk wat de Raad kan doen om doorwerking te bevorderen. Wat nodig is voor doorwerking is afhankelijk van het type beleidsprobleem en de context waarin het advies beoogt te landen.

- *Stem type van advies af op het publiek en vice versa.* Bij complexe en ambigue problemen is het eerder wenselijk om te zorgen voor conceptuele verheldering en het advies te richten op een breder publiek dan bij simpele problemen. Verbreding van het publiek is ook wenselijk in het huidige tijdsgewricht waarbij het gezag van wetenschap tanende is. De opdrachtgever informeren en adviseren is dan niet altijd voldoende. Dat geldt ook voor complexe problemen waarbij meer directies betrokken zijn dan de directe aanvrager van het advies.
- *Houd rekening met percepties.* Een complicerende factor is dat in de publieke discussie verschillen van inzicht worden uitvergroot waardoor twijfel kan ontstaan over de juistheid van het oordeel van de Raad. Het is wenselijk dat de Raad meer rekenschap geeft van deze percepties, ook in situaties waar ze in de ogen van de Raad niet terecht zijn. Bij twijfel kan de Raad onder het vergrootglas komen te liggen. Dat impliceert dat de Raad ook een inschatting moet maken hoe derden het beleidsprobleem van de adviesaanvraag typeren.
- *Samenstelling van commissie vraagt voortdurende reflectie.* Hoewel de Gezondheidsraad al veel aandacht besteedt aan de samenstelling van commissies blijft dit een kwetsbaar punt. Afhankelijk van type probleem kan er soms meer specifieke of een bredere expertise nodig zijn. Daarnaast kan de Raad twee strategieën hanteren bij het samenstellen van de commissie: de onafhankelijke scheidsrechter of de *mediator*. In de eerste strategie zal de Raad bepaalde partijen weren of nog meer op afstand zetten en in de tweede strategie gaat het om de vraag of de juiste partijen aan tafel zitten in plaats van deze zoveel mogelijk op afstand te houden. Beide strategieën brengen hun eigen voordelen en gevaren met zich mee. Het is daarom van belang dit steeds onderwerp van reflectie binnen de Raad te houden en eventueel tussentijds met andere vormen, zoals hoorzittingen of internationale review te experimenteren.
- *Meer aandacht voor positie en rol ambtelijk waarnemer.* De rol van ambtelijk waarnemer dient passend te zijn bij de reikwijdte van het advies. De Raad mag er niet blindelings op vertrouwen dat de waarnemer altijd bij problemen die zich uitstrekken over meerdere ministeries of directies ook die verschillende beleidsterreinen kan representeren. Enige senioriteit is niet alleen wenselijk om de commissie goed te kunnen attenderen op de adviesbehoeften van de opdrachtgever, maar kan vooral gunstig zijn bij adviezen waarbij afstemming over meerdere beleidsterreinen wenselijk is.
- *Meer helderheid over wat als een 'passend bewijs' telt.* Meer helderheid is nodig over wat de Raad als een passend bewijs erkent. Indien de Raad kiest om uitsluitend tot advisering over te gaan wanneer aan de hoogste eisen van wetenschappelijke onderbouwing voldaan kan worden, loopt de Raad het risico dat het domein van onderwerpen waarover zij wetenschappelijke aanbevelingen kan produceren

aanzienlijk wordt ingeperkt. Wetenschappelijk advieswerk gaat eerder over het zoeken naar wanneer er sprake kan zijn van een passend bewijs dan om het strikt bewaken van wetenschappelijke grenzen.

- *Adviezen dienen meerwaarde te bieden.* De kansen op doorwerking worden vergroot als adviezen iets nieuws toevoegen aan de bestaande kennisbronnen, denkkaders en beleidsoplossingen. Dat impliceert geen pleidooi om altijd een steen in de vijver te willen gooien, omdat het bevestigen van bestaande inzichten of dat er geen evidence is voor nieuwe beleidsmaatregelen ook een belangrijke uitkomst van het advieswerk van de Raad kan zijn. Doorwerking vertaalt zich dan in het stopzetten van een bepaalde beleidslijn of het niet in gang zetten van nieuwe maatregelen.
- *Meer rekenschap geven van de bestuurlijke context.* De Raad zou meer kunnen erkennen dat bestuurlijke kwesties niet volledig te vermijden zijn. Dat betekent niet automatisch een bestuurlijk advies. Vooral in het voorwerk zou de Raad meer aandacht aan dit vraagstuk kunnen geven; wat is de ruimte van de commissie om aan deze kwestie aandacht te besteden of binnen welke bestuurlijke randvoorwaarden dient het advies te opereren? Op die manier kan de context waarin adviezen geïmplementeerd moeten worden een grotere rol spelen in het adviesproces. Daarmee kan voorkomen worden dat er ongewild een te grote kloof ontstaat met de opdrachtgever en het beleidsveld.

## Literatuur

- Bal, Roland. 1999. *Grenzenwerk: Over het organiseren van normstelling voor de arbeidsplek*. Enschede: Twente University Press.
- Bal, Roland, Wiebe E. Bijker, and Ruud Hendriks. 2002. *Paradox van wetenschappelijk gezag. Over de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad, 1985-2001*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Bekkers, V.J.J.M., H.J.M. Fenger, V.F.M. Homburg, and K. Putters. 2004. Doorwerking van strategische beleidsadvisering. Rotterdam en Tilburg: Erasmus Universiteit Rotterdam en Universiteit Tilburg.
- Bijker, Wiebe E., Roland Bal, and Ruud Hendriks. 2009. *Paradox of Scientific Authority. The role of scientific advice in democracies*. Boston: MIT Press.
- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen. 2005. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bovens, Mark. 1998. *The Quest for Responsibility: Accountability and Citizenship in Complex Organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO). 2005. *Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden, 2005.
- Dijstelbloem, Huub, and Rob Hagendijk, eds. 2011. *Onzekerheid troef. Het betwiste gezag van de wetenschap*. Amsterdam: Van Gennep.
- Van Egmond, Stans, Marleen Bekker, Roland Bal, and Tom van der Grinten. 2011. Connecting Evidence and Policy: Bringing researchers and policy makers together for effective evidence-based health policy in the Netherlands: a case study. *Evidence & Policy* 7 (1):25-39.
- Fortuyn, W.S.P. 1990. Ordening door ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Funtowicz, S.O., and J. R. Ravetz. 1993. Science for the post-normal age. *Futures* 25 (7):739-755.
- Gezondheidsraad. 2007. *Diethylene glycol*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2007a. *Propylene glycol (1,2-Propanediol)*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2007b. *Astma, allergie en omgevingsfactoren*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2007c. *Bijzondere interventies aan het hart*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2008. *Performance and perspective. Report for international review*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2008a. *Gezonde voeding: logo's onder de loep*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2008b. *Voortbouwen en vernieuwen*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2009. *Persbericht. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. [http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/PB200907site\\_0.pdf](http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/PB200907site_0.pdf), bekeken op 14 mei 2012.
- . 2011. Website Gezondheidsraad, <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/over-ons>, bekeken 15 maart 2012.
- Halffman, Willem (2003) *Boundaries of regulatory science*. proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Halffman, Willem, and Rob Hoppe. 2005. Science/policy boundaries: a changing division of labour in Dutch expert policy advice. In *Democratization of Expertise? Exploring Novel Forms of Scientific Advice in Political Decision-Making*, edited by S. Maasen and P. Weingart. Dordrecht: Springer.
- Halffman, Willem, and Roland Bal. 2008. After impact. Success of scientific advice to public policy. In *States of Nature*, edited by W. Halffman. Den Haag: RMNO.
- Hoppe, Rob & Halffman, Willem. 2004. Wetenschappelijke beleidsadvisering in Nederland. Trens en ontwikkelingen. *Beleidswetenschap* 18/1:31-61.
- Houwaart, E.S. 1991. *De hygiënist. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij.

- Lips, Paulus. 2010. De januskop van de Gezondheidsraad. Over het gevaar van wetenschappers in de politiek. *Krisis* 10 (2):16-29.
- Lips, Paulus. 2011. Over de grens van wetenschap: de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. In *Onzekerheid troef? Het betwiste gezag van de wetenschap*, edited by H. Dijkstelbloem and R. Hagendijk. Amsterdam: van Gennep.
- NHG. 2003. NHG-standaard Dementie. *Huisarts Wet* 03;46(13):754-767.
- NPO. 2010. Beweging in de zorg voor kwetsbare ouderen. Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderen. Werkdocument. Versie 12-06-2010.
- Putters, Kim, Taco Brandsen, Teresa Cardoso Ribeiro, Ronnie van den Pennen, Andres Dijkshoorn, Sarah Rietman, Petra van Dijk, Martin Schultz, Bill van Mill, Annelies Dijkzeul, Mark van Twist, Paul Frissen, Theo Camps, and Victor Bekkers. 2004. Spelen met doorwerking. Over de *werking* van *doorwerking* van de adviezen van adviescolleges in het Nederlands openbaar bestuur. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Quartz, Julia. 2011. Constructing Agrarian Alternatives. PhD, Science, Technology and Society, Maastricht University, Maastricht.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 2007. Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van *evidence* in het zorgbeleid. Signalering ethiek en gezondheid 2007/4. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Renn, O. 2005. *White Paper on Risk Governance: Towards an Integrative Approach*. International Risk Governance Council.
- Rigter, R.B.M. 1992. *Met raad en daad: De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Schön, Donald A., and Martin Rein. 1994. *Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*. New York: Basic Books.
- De Swaan, Abram. 1989. *Zorg en de staat*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Trouw. 2007. Cardioloog; Advies over dottercentra 'gekleurd'. 29 januari 2007
- Tweede Kamer der Staten – Generaal. 2002 Brief van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. 28 000 XVI Nr. 119.
- . 2004. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Verslag van een schriftelijk overleg. 22 894 Nr. 21.
- . 2005a. 'Lang zullen we leven'. Rapport themacommissie Ouderenbeleid. 29 549 Nr. 5.
- . 2005b. Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005. Memorie van toelichting. 29 800 (XVI) Nr. 2.
- . 2006. De algemene politieke beschouwingen naar aanleiding van de Miljoenennota voor het jaar 2006. 30 300 Nr. 3.
- . 2006. Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006. Memorie van toelichting. 23 300 (XVI) Nr. 2.
- . 2007. Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. 30 800 XVI nr. 177.
- . 2009. Algemeen Overleg Dotterinterventies, ICD's en concentratie kinderhartchirurgie.
- . 2010. Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010'. Memorie van toelichting. 32 123 (XVI) Nr. 2.
- . 2011. Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011. Memorie van toelichting. 32 500 (XVI) Nr. 2.
- Theeuwes, Kees. 2002. Dementie en verpleeghuiskunde. *Medisch Contact* 2002(24).
- Weiss, Carol H. 1991. Policy Research: Data, Ideas, or Arguments? In *Social Sciences and Modern States*, edited by P. Wagner, C. H. Weiss, B. Wittrock and H. Wollmann. Cambridge: Cambridge UP.
- ZonMw. 2009. Eindevaluatie Landelijke Dementie Programma. [http://www.regioplan.nl/publicaties/rapporten/eindevaluatie\\_landelijk\\_dementie\\_programma](http://www.regioplan.nl/publicaties/rapporten/eindevaluatie_landelijk_dementie_programma), bekeken op 14 mei 2012.

## Afkortingen

|        |                                                                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------|
| CSO    | Koepel van ouderenorganisaties                                    |
| DG     | Directeur Generaal                                                |
| GMO    | Genetisch gemodificeerde organismen                               |
| GR     | Gezondheidsraad                                                   |
| ICD    | Interne Cardioverter Defibrillator                                |
| IKB    | Ik Kies Bewust                                                    |
| LDP    | Landelijk Dementie Programma                                      |
| NCDR   | National Cardiovascular Data Registry                             |
| NGO    | Niet Gouvernementele Organisatie                                  |
| NHG    | Nederlands Huisartsen Genootschap                                 |
| NPO    | Nationaal Programma Ouderenzorg                                   |
| NVVA   | Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuis Artsen (nu Verenso)      |
| NVVC   | Nederlandse Vereniging voor Cardiologie                           |
| OC&W   | Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap                   |
| PCI    | Percutane coronaire interventie                                   |
| RCT    | Randomized Clinical Trial                                         |
| RGO    | Raad voor het Gezondheidsonderzoek (nu onderdeel Gezondheidsraad) |
| RMO    | Raad voor Maatschappelijke Ondersteuning                          |
| RVZ    | Raad voor de Volksgezondheid en Zorg                              |
| SER    | Sociaal Economische Raad                                          |
| SoZaWe | Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid                   |
| V&VN   | Verplegenden & Verzorgenden Nederland                             |
| VROM   | Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu   |
| VWS    | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport                  |
| WBMV   | Wet Bijzondere Medische Verrichtingen                             |
| WHO    | World Health Organization                                         |
| WRR    | Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid                   |
| ZonMw  | Zorg onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen                  |

## Bijlage 1. Lijst met respondenten

|                                      |                                                                          |                                 |                                                 |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|
| Dr. Jet Bussemakers                  | Oud staatssecretaris                                                     | VWS                             | 4 januari 2011                                  |
| Prof. dr. Jacqueline Cramer          | Oud minister                                                             | VROM                            | 5 januari 2011                                  |
| Drs. Janneke M. Allers               | Redacteur                                                                | Gezondheidsraad                 | 29 maart 2011                                   |
| Prof. dr. Wilfried R.F. Notten       | Voorzitter Commissie gezondheidsschadelijke stoffen                      | SER                             | 7 juni 2011                                     |
| Ad Vijlbrief                         | Beleidsmedewerker                                                        | Gezondheidsraad                 | 24 augustus 2011                                |
| Frans de Beer                        | Inspecteur van de Inspectie                                              | SZW                             | 20 oktober 2011                                 |
| Aafje van der Burght                 | Secretaris                                                               | Gezondheidsraad                 | 23 augustus 2011                                |
| Hans Brokamp                         | Commissie gezondheidsschadelijke stoffen                                 | SER                             | 16 augustus 2011                                |
| Brigitte Hendriks                    | Voorzitter                                                               | Gezondheidsraad                 | 21 juni 2011                                    |
| Prof. dr. Louise J. Gunning-Schepers |                                                                          |                                 |                                                 |
| Ir. Anneke Wijbenga                  | Algemeen secretaris                                                      | Gezondheidsraad                 | 29 maart 2011<br>21 juni 2011                   |
| Drs. Eert J. Schoten                 | Wetenschappelijk secretaris                                              | Gezondheidsraad                 | 29 maart 2011<br>18 mei 2011<br>20 oktober 2011 |
| Mr.dr. J.N.D. de Neeling             | Secretaris                                                               | Gezondheidsraad                 | 18 mei 2011                                     |
| D.C.M. Gersons – Wolfenberger, arts  | Secretaris                                                               |                                 |                                                 |
| A. Jonker                            | Ex-beleidsmedewerker                                                     | VWS                             | 14 juni 2011                                    |
| Prof. dr. Inez D. de Beaufort        | Voorzitter commissie                                                     | Gezondheidsraad                 | 10 juni 2011                                    |
| Dr. Y.A. van Duivenboden             | Secretaris (gepensioneerd)                                               | Gezondheidsraad                 | 17 juni 2011                                    |
| Drs. Gerard Dekker                   | Ex-beleidsmedewerker Directie Langdurige Zorg                            | VWS                             | 11 mei 2011                                     |
| Drs. Klaske S. van der Meulen        | Beleidsmedewerker Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie  | VWS                             | 13 september 2011                               |
| Drs. Helma W. Slingerland            | Beleidsmedewerker Directie Maatschappelijke Ondersteuning                |                                 |                                                 |
| Drs. Anneke van der Vlist            | Senior beleidsmedewerker Zorg, Welzijn en Wonen                          | CSO                             | 10 oktober 2011                                 |
| Wilma Klein Baltink                  | Bestuur werkgroep geriatrie                                              | V&VN                            | 11 oktober 2011                                 |
| Drs. Michael Bos                     | Secretaris                                                               | Gezondheidsraad                 | 29 maart 2011                                   |
| Drs. Marieke Mossink                 | Beleidsmedewerker                                                        | VWS                             | 19 mei 2011                                     |
| Dr. Klaas R. Krijgsheld              | Beleidsmedewerker                                                        | I&M                             | 19 mei 2011                                     |
| Dr. Marion Drijver                   | Secretaris                                                               | Gezondheidsraad                 | 26 mei 2011                                     |
| Prof. dr. Piek                       | Lid commissie                                                            | Gezondheidsraad                 | 27 mei 2011                                     |
| Prof. dr. Lie                        | Voorzitter commissie                                                     | Gezondheidsraad                 | 27 mei 2011                                     |
| Petra Boorsma                        | Directeur                                                                | NCDR                            | 30 mei 2011                                     |
| Mr. drs. Nadia Oost                  | Beleidsmedewerker                                                        | VWS                             | 31 mei 2011                                     |
| Mr. Tineke Kleefkens                 | Beleidsmedewerker                                                        |                                 |                                                 |
| Dr. Pim de Boer                      | Hoofd Wetenschappelijk onderzoek                                         | Astmafonds                      | 6 juni 2011                                     |
| Drs. Erica Euvling                   | Adviseur                                                                 |                                 |                                                 |
| Prof. dr. Martin J. Schali           | Voorzitter                                                               | NVVC                            | 23 juni 2011                                    |
| Dr. C.J.M. van den Boogaard          | Beleidsmedewerker                                                        | I&M                             | 27 juni 2011                                    |
| Prof. dr. ir. C.P. van Schayk        | Commissielid                                                             | Gezondheidsraad                 | 10 oktober 2011                                 |
| Dr. J.H. van Wijnen                  | Adviseur commissie                                                       | Gezondheidsraad                 | 11 oktober 2011                                 |
| Dr. Ir. Caroline J.K. Spaaij         | Wetenschappelijke secretaris Gezonde voeding                             | Gezondheidsraad                 | 29 maart 2011<br>13 september 2011              |
| Prof. dr. Daan Kromhout              | Voorzitter commissie Gezonde voeding                                     | Gezondheidsraad                 | 17 mei 2011                                     |
| Drs. Jan-Willem van den Brink        | Beleidsmedewerkers Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie | VWS                             | 17 mei 2011                                     |
| Ir. Inge Stoelhorst                  |                                                                          |                                 |                                                 |
| Prof. dr. Ir. Jaap C. Seidell        | Voorzitter wetenschappelijke commissie                                   | IKB                             | 23 juni 2011                                    |
| Dr. Ir. Léon Jansen                  | Strategisch senior adviseur                                              | Schuttelaar & Partners          | 28 juni 2011                                    |
| Ir. Boudewijn Breedveld              | Waarnemend directeur (tevens lid wetenschappelijke commissie IKB)        | Voedingscentrum                 | 26 juli 2011                                    |
| Prof. dr. Betty Meyboom-De Jong      | Voorzitter                                                               | Nationaal Programma Ouderenzorg | 9 augustus 2011                                 |
| Drs. Carla Bakker                    | Coördinator                                                              | Nationaal Programma Ouderenzorg | 16 augustus 2011                                |
| Drs. Pieter Roelfsema                | Beleidsmedewerker Directie Langdurige Zorg                               | VWS                             | 16 augustus 2011                                |
| Dr. Simone Hertzberger               | Hoofd Kwaliteit en Productduurzaamheid Ahold Europa                      | Albert Heijn                    | 1 september 2011                                |

## **Bijlage 2. Casusbeschrijvingen**

### **Vergrijzen met ambitie**

Het aandeel ouderen in de Nederlandse bevolking neemt toe. Deze vergrijzing was aanleiding voor Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer om advies te vragen aan diverse adviesorganen. Het was een markant moment, omdat de Kamer voor het eerst van haar wettelijk recht gebruik maakte om de Raad rechtstreeks te consulteren. De Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer verzocht de Gezondheidsraad een advies uit te brengen over ontwikkelingen op het gebied van zorg en vergrijzing op de middellange en lange termijn. De Themacommissie Ouderenbeleid wilde een integrale visie op het ouderenbeleid met het oog op toekomstige politieke, maatschappelijke en economische vragen die gerelateerd zijn aan de vergrijzing van de samenleving. De Themacommissie richtte zich op vier onderwerpen: Wonen en woonomgeving, Welzijn, Zorg, Werk en inkomen. Daarvoor werden respectievelijk de volgende adviesorganen gevraagd: de VROM-raad, de RMO, de Gezondheidsraad en de SER.

Niet alleen vanwege de adviesaanvraag door de Tweede Kamer is dit een opvallend advies. Ook het adviesproces is anders dan gedurende de meeste andere adviezen. Het advies is bijna geheel voorbereid, samengesteld en geschreven door een projectgroep bestaande uit medewerkers van het secretariaat van de Gezondheidsraad. Er waren verschillende secretarissen betrokken bij het advies en hun rol was groter dan in adviezen waarvoor een commissie wordt samengesteld. Deze werkwijze is gekozen vanwege de hoge tijdsdruk. Wanneer het advies te laat zou komen zou de Kamer er niets meer mee kunnen doen. De projectgroep had in de beginfase een intensief contact met het secretariaat van de Beraadsgroep Geneeskunde, maar de hele Beraadsgroep is pas vrij laat in het proces betrokken geraakt bij het advies. Zij waren het snel eens met de visie die werd uitgedragen door het advies. Het advies verschijnt in februari 2005 uit naam van de Beraadsgroep Geneeskunde. Prof. dr. J.A. Knottnerus was voorzitter van de Beraadsgroep Geneeskunde ten tijde van het verschijnen van het advies. De Beraadsgroep bestaat uit hoogleraren met diverse leerstoelen in de gezondheidszorg.

De oorspronkelijke vraag van de themacommissie van de Tweede Kamer werd door de projectgroep aangepast, omdat men de vragen te divers vond. Het beantwoorden van die vragen zou niet leiden tot een helder advies. Bovendien wilde de projectgroep bijdragen aan de visieontwikkeling van de Themacommissie. De projectgroep en de Beraadsgroep Geneeskunde hebben een bredere invulling gegeven aan de adviesaanvraag. Het zou een filosofisch en normatief karakter moeten kennen. Daarmee werd vooral ingezet op een conceptuele doorwerking. Het advies biedt een positieve visie op vergrijzing. Uiteindelijk is het een verworvenheid van de verzorgingsstaat dat mensen steeds ouder worden. Er zijn volgens de commissie nog volop kansen om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van ouderen te bevorderen. Daarvoor zijn volgens de commissie beleidsplannen en een voortgaande kennisontwikkeling nodig. Het gaat daarbij bijvoorbeeld over het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, aandacht voor het effectief bevorderen van gezond gedrag en het bevorderen van de kwaliteit van zorg van veel voorkomende en vaak veronachtzaamde kwalen als decubitus. Daarnaast constateert de commissie dat de verpleging van oudere patiënten tekortschiet. Beleid moet zich daarom richten op adequate capaciteit en kwaliteit van de verpleeghuiszorg, innovatieve, op behoud van zelfstandigheid gerichte woon- en zorgvormen en de praktische ondersteuning van mantelzorgers en hun plaats in het zorgbestel. De antwoorden op de oorspronkelijke zeventien vragen van de Kamer zijn in de bijlage van het advies opgenomen.

Omdat het advies niet is aangevraagd door een minister, is er ook geen officiële reactie gegeven door het kabinet. Dit betekent geenszins dat het advies het ministerie niet heeft bereikt. De aanbevelingen uit het advies zijn snel overgenomen. Twee maanden nadat het advies is uitgekomen verschijnt de nota "Ouderenbeleid in perspectief van de vergrijzing" van het kabinet. In deze nota worden, op één na, alle aanbevelingen in de nota expliciet

genoemd. Ook de themacommissie Ouderenbeleid nam alle aanbevelingen over. De positieve visie op vergrijzing blijkt ook uit de titel van hun rapport, “Lang zullen we leven!”.

## Dementie

Dementie is een syndroom – een combinatie van symptomen – dat meestal voorkomt bij ouderen. Het percentage mensen met dementie stijgt met de leeftijd; van de 90-jarigen heeft veertig procent dementie. In 1999 vraagt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Gezondheidsraad om een advies omtrent de stand van wetenschap op het gebied van dementie. De adviesaanvraag kwam voort uit een discussie tussen het ministerie en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over het medicijn Rivastigmine. Deze discussie zette dementie op de agenda van het ministerie. Voor de beantwoording van de vraag werd een brede commissie van experts samengesteld. De commissie werd voorgezeten door de ethicus prof. dr. I.D. de Beaufort en bestond uit een ethicus, jurist, epidemioloog, verpleeghuisarts, neuroloog, psychogeriatr, ouderengeriater, huisarts en neurobioloog. Opvallend was de toevoeging van een, niet-wetenschappelijke, verpleegkundige die de commissie moest voorzien van relevante praktijkkennis.

De brede samenstelling van de commissie zorgde er uiteindelijk voor dat er een veel breder advies werd gegeven dan oorspronkelijk gevraagd was door het ministerie van VWS. De commissie heeft zich gericht op een conceptueel advies waarin een discours voor dementie werd ontwikkeld. Tijdens de commissievergaderingen zijn er disciplines samengebracht die daarvoor niet met elkaar discussieerden over dementie. Het was bijvoorbeeld de eerste keer dat een neuroloog en een psycholoog samen over dementie spraken. Het ontbrak daarbij aan een gezamenlijke taal. Het advies moest daarom bijdragen aan deze gezamenlijke taal zodat men binnen het beleidsveld beter met elkaar over dementie kon praten.

Het advies beschrijft dementie vanuit biologisch, medisch, psychologisch, sociaal, ethisch en juridisch perspectief. In het advies wordt de nadruk gelegd op de impact van dementie op de patiënt en hun naasten, het belang van wetenschappelijk onderzoek en diagnose, preventie, behandeling van dementie, het gevaar van de 'therapeutische illusie', het vergroten van de kwaliteit en kwantiteit van de zorgvoorzieningen en voldoende aandacht voor juridische aspecten zoals levensbeëindiging en wilsbekwaamheid. De commissie adviseert onder meer dat de huisarts alert moet zijn op dementie, dat het inzicht dat diverse factoren tegelijkertijd bijdragen aan het ontstaan van dementie richtinggevend moet zijn in het onderzoek naar diagnostiek en therapie, dat de kwaliteit en organisatie van de zorg voor dementiepatiënten moeten verbeteren en dat de ondercapaciteit van zorgvoorzieningen een urgent probleem is. Drie maanden na het verschijnen van het advies reageert de toenmalige minister, dr. E. Borst-Eilers, erg enthousiast op het advies. Hierbij benadrukt ze het uitputtende karakter en het cliëntenperspectief. De minister neemt veel van de adviezen die worden gegeven over. Slechts vier van de drieëntwintig aanbevelingen worden niet expliciet in de brief genoemd. In het bijzonder wordt de aanbeveling om een Landelijk Dementie Programma (LDP) in te stellen goed ontvangen en snel omgezet in beleid. Binnen het LDP werd ingezet op het verbeteren van de zorg aan cliënten met dementie en hun mantelzorgers en het vergroten van de inspraak van cliënten in de regio. De belangrijkste thema's van het subsidieprogramma waren het verbeteren van de kwaliteit van zorg door kleinschalige zorgvoorzieningen, het verbeteren van de wettelijke positie van de dementerende cliënt en het verbeteren van de positie van de mantelzorger. Het LDP is positief geëvalueerd door ZonMw en wordt daarin omschreven als een katalysator voor zorg aan dementerenden.

Ook in het veld heeft het advies impact gehad. Een jaar na het verschijnen van het advies introduceert het Nederlands Huisartsen Genootschap een nieuwe NHG-standaard die duidelijk vaart op de kennis uit het Gezondheidsraadadvies. Ook de richtlijnen van het CBO uit 2005 verwijzen naar de aanbevelingen die zijn gedaan in het advies over vroege diagnose, risicofactoren, informele zorg en het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor het gebruik van oestrogenen. Op basis van de CBO-richtlijn heeft de NVVA – thans Verenso – een instrument ontwikkeld ter ondersteuning van de diagnosticering van dementie. Hoewel het instrument geen specifieke verwijzingen naar het advies *Dementie* bevat, zijn de thema's uit het advies wel heel duidelijk herkenbaar.

Rondom het verschijnen van het advies wordt in verschillende kranten aandacht besteed aan de capaciteitsproblemen in de zorg voor dementerende patiënten. Ook later in datzelfde jaar wordt er nog verwezen naar het advies. In november 2002 besteedt NRC Handelsblad aandacht aan de wettelijke positie van ouderen. In relatie tot verschillende horrorverhalen in de ouderenzorg wordt verwezen naar de capaciteitsproblemen. Deze capaciteitsproblemen zijn ook onderwerp van debat in het parlement. Daar worden ook discussies gevoerd over de preventieve maatregelen rondom dementie, zoals vroege screening, over het beschikbaar maken van informatie en over de noodzaak voor meer wetenschappelijk onderzoek. De agenderende doorwerking van het advies betreft vooral het bewust worden van de problematiek bij een groter publiek en dat mensen meer open en makkelijker over dementie durven te praten.

## Ouderdom komt met gebreken; Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit

Steeds meer ouderen lijden aan meerdere aandoeningen tegelijk. Dit was aanleiding voor de voormalige staatssecretaris van VWS, Ross-van Dorp, om de Gezondheidsraad te vragen de wetenschappelijke kennis over multimorbiditeit in kaart te brengen, in het bijzonder bij ouderen, en op grond daarvan te adviseren over de beste vormen van behandeling en zorg. De verwachting is dat een integrale behandeling van verschillende ziektes zal resulteren in “effectiever medisch handelen, minder terugval en functieverlies en dientengevolge tot een snelle verbetering van de kwaliteit van leven, gepaard gaand met een minder grote en minder langdurige afhankelijkheid van de zorg”. In haar adviesaanvraag vraagt de staatssecretaris tevens waar de geriatrie zich op zou moeten richten. Tijdens de adviesaanvraag was de RGO ook bezig met het opstellen van een advies over de manier waarop wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan het bevorderen van betere afstemming tussen en meer samenwerking van professionals werkzaam in geriatrie functies. De raad wordt gevraagd aansluiting te zoeken bij dat wat door het RGO wordt gedaan en waar mogelijk met RGO samen te werken.

De staatssecretaris zou graag in het eerste trimester van 2007 het advies ontvangen. Prof.dr. P.J. van der Maas, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg, trad op als commissievoorzitter. Daarnaast bestond de commissie uit hoogleraren uit de diverse universitaire medische centra, een hoogleraar transmurale verpleeghuiszorg en een lector ouderenzorg. Drie leden en een van de twee secretarissen waren tevens lid van de RGO commissie, zodat een goede afstemming mogelijk was.

De gewenste oplevertijd bleek niet haalbaar voor de commissie en daarom verschijnt in september 2007 vooruitlopend op het advies het briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*. Op nadrukkelijk verzoek van de afdeling Langdurige Zorg van het ministerie van VWS worden een aantal van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van de commissie alvast via een briefadvies openbaar gemaakt. Bij de opzet van het Nationaal Programma Ouderenzorg kon zodoende nog gebruik gemaakt worden van inzichten van de Gezondheidsraad.

In haar advies van januari 2008 stelt de commissie dat de zorg voor ouderen met meerdere kwalen verbeterd dient te worden. Wie gelijktijdig hulp ontvangt van verschillende medisch specialisten en andere zorgverleners loopt het risico onsamenvhangende zorg te krijgen, en soms zelfs een verkeerde behandeling. In het begeleidende persbericht worden de volgende gewenste verbeteringen genoemd: “het vroegtijdig signaleren van gezondheidsrisico's bij ouderen met multimorbiditeit; de regie over de zorg aan deze groep; de specialistische advisering aan behandelaars in de eerste lijn, en het toepassen van kennis over complexe multimorbiditeit in de kliniek. Om dit mogelijk te maken zijn op regionaal niveau afspraken gewenst over zorgtrajecten voor ouderen met complexe problematiek. In die zorgtrajecten zouden niet alleen artsen, verpleegkundigen en ziekenhuizen betrokken moeten worden, maar ook bijvoorbeeld verzekeraars en apothekers.”

In november 2007 reageert de voormalige staatssecretaris, Bussemaker, op het briefadvies en het advies *Onderzoek medische zorg voor ouderen* van de RGO. In haar reactie gaat de staatssecretaris uitvoerig in op het probleem dat het zorgverleners niet alleen ontbreekt aan voldoende kennis om adequaat te reageren op complexe hulpvragen van ouderen, maar ook dat zij “werken in een organisatorische context waarbij zij los van elkaar naar slechts een deel van de problemen van de patiënt kijken.” (dd. 12 november 2007, kenmerk DLZ/KZ-U-2806455) De adviezen bieden de staatssecretaris belangrijke aanknopingspunten voor haar beleid. Zij ziet in ZonMw programma Ouderenzorg (NPO) een belangrijk middel om betere zorg tot stand te brengen. Het programma kent drie kernelementen: effectievere diagnostiek, experimenten om geriatrie zorg vorm te geven en de ontwikkeling en brede verspreiding van kennis. Voor dit programma is vanaf 2008 tot 2012 in totaal € 80 mln beschikbaar gesteld. Doorwerking in het programma van het NPO werd ook nog versterkt doordat de voorzitter van de commissie *Ouderdom komt met gebreken; Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit* lid is geworden van de bijhorende programmacommissie.



## **Preventie bij ouderen. Focus op zelfredzaamheid.**

In het afgelopen decennium heeft de Gezondheidsraad een reeks van adviezen gepubliceerd over de ouderenzorg. Het advies *Preventie bij ouderen. Focus op zelfredzaamheid* bouwt voort op eerdere adviezen op het terrein van de ouderenzorg, zoals *Dementie*, *Vergrijzen met ambitie* en *Ouderdom komt met gebreken; Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Bij de totstandkoming van het advies *Ouderdom komt met gebreken* over de ontwikkeling van multimorbiditeit bij het ouder worden, is vanwege de snelle behoefte aan en de zeggingskracht van het advies over ouderen en multimorbiditeit besloten dat de Raad over ouderen en preventie gescheiden zou adviseren. De kernvraag van het advies is wat zijn de preventiemogelijkheden bij ouderen die nog niet worden benut en die een bijdrage kunnen leveren aan betere zorg voor ouderen. Veel vragen in de adviesaanvraag richten zich op de klassiek ziektegerichte preventie, zoals betere screening en vaccinatie.

De commissie werd voorgezeten door prof.dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde en bestond verder uit diverse experts op gebied van de geneeskunde (eerstelijngeneeskunde en geriatrie), psychologie, paramedische zorg, sociale gerontologie, ouderenzorg, voeding en gezondheid en maatschappelijke gezondheidszorg. Opmerkelijk daarbij was het lidmaatschap van de ex-voorzitter Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer, drs. N.W. van Oerle-van der Horst. De ambtelijk waarnemer was afkomstig van de Directie Langdurige Zorg van het ministerie van VWS.

In haar advies geeft de commissie echter aan dat een nieuw perspectief nodig is voor de preventie bij ouderen – zij introduceert daartoe het begrip ‘functioneringsgerichte preventie’. Deze vorm van preventie richt zich niet op een bepaalde ziekte en de gevolgen daarvan, maar op een probleem in het functioneren. Deze verandering van perspectief komt mede voort uit de constatering dat ouderen waarden als zelfredzaamheid en welbevinden erg belangrijk vinden. “Gezond of succesvol ouder worden is niet alleen een kwestie van al dan niet een ziekte hebben en daarvoor behandeld worden. Veel ouderen vinden het nog belangrijker dat ze hun dagelijkse activiteiten zelf kunnen organiseren en uitvoeren en sociaal kunnen blijven functioneren.” (GR, persbericht 21 april 2009)

In haar aanbevelingen richt de commissie zich primair op het zorgdomein: de commissie verwacht een proactieve houding van zorgprofessionals, waarbij een sleutelrol is weggelegd voor de eerstelijnszorg. Elementen die daarbij de aandacht verdienen zijn onder andere het in kaart brengen van clusters van risicofactoren en het inventariseren van benodigde competenties. Daarnaast pleit de commissie om bij de verdere vormgeving van richtlijnen voor het professioneel handelen nadrukkelijker aandacht te schenken aan behoud van zelfredzaamheid. In haar advies *Preventie bij ouderen* heeft de commissie bewust afstand gehouden van bestuurlijke vraagstukken. Om die reden is er geen aandacht besteed aan de taak van gemeenten op dit terrein. De Raad zou wel iets kunnen zeggen over de preventierol van gemeenten, indien de opdrachtgever daar expliciet om had gevraagd. Volgens de betrokken secretaris van de Gezondheidsraad zou een dergelijke vraag wel opgepakt kunnen worden, mits er een stand van wetenschap is die een oordeel kan geven over dit soort lokale beleidsinitiatieven.

Het advies is bewust niet expliciet aan de minister en Kamer aangeboden op verzoek van het ministerie. VWS vreesde dat het advies een eigen politiek leven zou gaan leiden. Uiteindelijk heeft het advies geen officiële reactie van het aanvragende ministerie gekregen. Het is ook onduidelijk welke afdeling binnen het ministerie zich bezighoudt met het advies van de Gezondheidsraad. Het advies is aangevraagd door de directie Langdurige Zorg. Hoewel ook andere directies binnen VWS zich bezighouden met dezelfde problematiek is het advies niet bekend bij de desbetreffende beleidsmedewerkers.

De boodschap van het advies, meer focus op functioneringsgerichte preventie en zelfredzaamheid, heeft vooral zijn weg gevonden naar het praktijkveld via het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Hoewel meerdere beleidsmedewerkers en veldspelers niet bekend zijn met het advies van de Raad, kennen zij wel de boodschap van het advies

doordat zij op de hoogte zijn van ontwikkelingen binnen het NPO programma, waarbij er meer aandacht is gevraagd voor het blijven kunnen functioneren en behoud van zelfredzaamheid.

## Bijzondere interventies aan het hart

Bijzondere interventies aan het hart zijn op grond van artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) alleen voorbehouden aan centra die een vergunning hebben gekregen van de minister. De vergunningen worden al dan niet toegekend op basis van het Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart. In 2002 vraagt de minister aan de Gezondheidsraad om een advies over de stand van wetenschap met betrekking tot bijzondere interventies aan het hart, ter onderbouwing van de herziening van het dan bestaande Planningsbesluit uit december 1996.<sup>14</sup> Op het moment van adviesaanvraag vallen de volgende verrichtingen onder het Planningsbesluit: alle chirurgische ingrepen aan het hart, de coronaire vaten en de aortaboog (inclusief percutane behandelingen van hartklepafwijkingen), percutane coronaire interventies (PCI's, ook wel bekend als dotteren) en alle invasieve ritmebehandelingen waaronder de implementatie van Interne Cardioverter Defibrillatoren (ICD's).

De eerste adviesaanvraag bleek eind 2004 (ruim twee jaar na het verzoek om advies) nog niet geleid te hebben tot het instellen van een commissie. Volgens de hernieuwde adviesaanvraag uit 2004 was het voor de Gezondheidsraad lastig om een commissie voor dit onderwerp bijeen te krijgen. Deze hernieuwde adviesaanvraag is volgens de minister nodig omdat er binnen de Gezondheidsraad onduidelijkheid bestaat over de informatiebehoefte bij het departement. Volgens de minister is in het werkprogramma van 2005 "de oorspronkelijke adviesaanvraag slecht te herkennen" (adviesaanvraag 2004). In de nieuwe adviesaanvraag staat de minister uitgebreid stil bij het nieuwe zorgstelsel en het idee van concurrentie tussen zorgaanbieders dat daaraan ten grondslag ligt. Het beleid is er daarom op gericht om zoveel mogelijk in te zetten op deregulering, aldus de minister. De vraag aan de Raad is of er argumenten zijn tegen het dereguleren van de verrichtingen die op dat moment vallen onder het Planningsbesluit Bijzondere interventies aan het hart.

Voor de beantwoording van de vraag wordt een commissie samengesteld uit experts op het gebied van cardiologie. Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg is er een adviseur aan de commissie toegevoegd. Cardioloog in ruste en emeritus-hoogleraar prof.dr H. Lie wordt benoemd tot voorzitter van de commissie. Tijdens het commissieproces zijn er twee hoorzittingen gehouden om ook andere deskundigen die geen zitting namen in de commissie en ook belangengroepen de kans te geven hun input te leveren.

Vanwege de vele vergunningaanvragen voor dotterbehandelingen die bij het ministerie zijn gedaan, ligt er enige druk op het tijdig adviseren door de Gezondheidsraad. Er wordt daarom in een tussentijdse rapportage een advies uitgebracht over de dotterbehandelingen. De commissie concludeert daarin dat het aantal dotterbehandelingen zal toenemen, maar dat capaciteitsuitbreiding van de bestaande centra de voorkeur verdient. Een uitbreiding van het aantal centra acht zij niet nodig. In een reactie op het advies geeft de minister aan dat hij de geformuleerde kwaliteitseisen onderschrijft, maar dat dit ook op andere wijze dan regulering kan worden bereikt. Ondanks dat het voor het departement belangrijk was dat er tijdig werd geadviseerd is er naar aanleiding van deze tussentijdse rapportage geen besluit genomen. Hoogervorst geeft in zijn reactie op het deeladvies over dotterbehandelingen aan dat hij niet overtuigd is van het advies van de commissie om deze verrichting onder de WBMV te laten vallen. Hij wacht met het nemen van een besluit tot het volledige advies en laat het Planningsbesluit tot die tijd onveranderd.

In januari 2007 verschijnt het volledige advies. Over de PCI's wordt hetzelfde advies gegeven als in de tussentijdse rapportage. Meer in het algemeen adviseert de commissie het handhaven van de vergunningplicht. Opheffing van de vergunningplicht heeft volgens de commissie een nadelig effect op het kwaliteitsbeleid. De commissie geeft aan tegen het beëindigen van de overheidsbemoeienis te zijn. Daarnaast wordt onder andere geadviseerd

---

<sup>14</sup> Dit planningsbesluit is onder andere tot stand gekomen door de volgende adviezen van de Gezondheidsraad: *Hartchirurgie en interventiecardiologie voor kinderen* (1993) en *Hartchirurgie en interventiecardiologie voor volwassenen* (1995).

resultaten van de hartcentra openbaar te maken en de advisering ten behoeve van het Planningsbesluit periodiek te laten uitvoeren.

Een heel aantal adviezen van de Raad worden overgenomen. In navolging van het advies blijft de hartchirurgie onder het vergunningstelsel vallen. Ook hartinterventies bij kinderen en mensen met aangeboren afwijkingen blijven vergunningsplichtig. Er wordt, zoals geadviseerd, een commissie ingesteld die de concentratie in de kinderhartcentra verder gaat onderzoeken. Het aantal centra voor hartchirurgie wordt niet uitgebreid. Ook de kwaliteitseisen voor hartchirurgie, ritmechirurgie en catheterablaties worden overgenomen van Gezondheidsraadadvies.

Het advies over de PCI's en ICD's brengt veel politieke discussie met zich mee. Het al dan niet uittreden van deze verrichtingen uit de WBMV heeft veel voeten in de aarde gehad. De minister, inmiddels is Hoogervorst opgevolgd door Klink, keert zich in juli 2007 in zijn reactie op het gehele advies niet expliciet tegen het advies, maar geeft aan dat de Gezondheidsraad zijn vraag niet heeft beantwoord. Er wordt besloten deze verrichtingen per 2009 uit de WBMV te laten uittreden. In aanloop naar het vrijgeven in 2009 worden de huidige vergunningaanvragen getoetst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op basis van de kwaliteitscriteria die in het Gezondheidsraadadvies worden genoemd. In het Planningsbesluit 2008 wordt de uitstroom van PCI's en ICD's per 2009 bevestigd en wordt ook vermeld dat er in aanloop van deze deregulering ruimte is het voor het verlenen van extra vergunningen. Uit een brief aan de Tweede Kamer van februari 2009 blijkt dat er op basis van het nieuwe Planningsbesluit vijf extra vergunningen voor PCI's en ICD's zijn verleend. Het totaal aantal centra is op dat moment 24. In een Algemeen Overleg VWS van de Tweede Kamer in september 2009 wordt de minister door de SP verzocht om de uittreding van ICD's en PCI's met drie jaar uit te stellen. Ook de regeringspartij CDA geeft in dit AO te kennen tegen uitstroom te zijn. De minister kondigt een *stand still* aan van de uittreding. Op dat moment zijn er 26 centra met een vergunning voor PCI's en 23 centra met een vergunning voor ICD's. De acht vergunningaanvragen die reeds zijn ingediend worden nog in behandeling genomen. Een maand later zegt de minister de Kamer toe het Planningsbesluit aan te passen: het aantal vergunninghouders PCI'en ICD's zal niet worden uitgebreid zolang de WBMV nog van toepassing is. Wettelijk gezien is er dan een situatie die is geadviseerd door de Gezondheidsraad. In de praktijk zijn er echter dan al meer centra met een vergunning dan de 19 centra op het moment van het uitbrengen van het advies.

In januari 2007 is er in diverse Nederlandse kranten aandacht voor de advisering van de Gezondheidsraad. De boodschap van de nieuwsberichten is over het algemeen dat de Gezondheidsraad tegen de plannen van de minister is om de vergunningplicht voor dotterbehandelingen af te schaffen. In een ingezonden brief in Trouw wordt de commissie belangenverstrengeling verweten.

## **Astma, allergie en omgevingsfactoren**

Astma en allergie zijn aandoeningen die veelvuldig voorkomen en die bovendien een grote invloed hebben op de kwaliteit van leven van mensen. Astma veroorzaakt zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld via school- en werkverzuim, veel kosten. De staatssecretaris van het toenmalige ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer vroeg de Gezondheidsraad om advies vanwege de berichten over een toename van het aantal patiënten met astma. In samenspraak met de voorzitter heeft de staatssecretaris de Gezondheidsraad gevraagd antwoord te geven op de vier vragen die betrekking hebben op de (1) validiteit en betekenis van de beschikbare prevalentiecijfers, (2) de aard en omvang van risicogroepen, (3) aandeel van en de interactie tussen verschillende genetische en omgevingsfactoren in het ontstaan en de toename van astma en luchtwegallergie en (4) effectiviteit van preventieve maatregelen ten aanzien van omgevingsfactoren. Vanuit de Gezondheidsraad is getracht om ook het ministerie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport te betrekken bij het adviesproces, maar dit is niet gelukt. VWS kampte met financiële beperkingen en ideologisch paste het niet in het beleid dat was gericht op meer eigen verantwoordelijkheid en minder overheidsbemoeienis.

De commissie werd voorgezet door prof. dr. Ir. B. Brunekreef, hoogleraar milieu-epidemiologie en bestond verder uit experts op het gebied van (kiner)pulmonologie, immunologie, (dermato-)allergologie, immunotoxicologie en preventieve geneeskunde. Over de samenstelling van de commissie waren de betrokkenen zeer tevreden. Tijdens het commissie proces is aan verschillende maatschappelijke groeperingen gevraagd om suggesties aan te dragen over het onderwerp 'astma, allergie en omgevingsfactoren'. Dit waren: Astmafonds, Koepel Behandelcentra Chronische Ziekten, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid, Landelijke werkgroep Allergeenarme woningen, Medisch milieukundigen bij GGD-en, Meldpuntennetwerk Gezondheid en Milieu, Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en het Nederlands Huisartsengenootschap. De reacties, suggesties en sleutelpublicaties die zijn aangedragen door deze organisaties zijn door de commissie besproken.

In de adviesaanvraag, februari 2004, vraagt de staatssecretaris om het advies uit te brengen in het begin van 2005. Het advies verschijnt twee jaar later, in juni 2007. Dit wordt door het ministerie niet als problematisch ervaren, omdat men het advies niet direct nodig had.

De commissie concludeert dat de prevalentie gedurende de jaren voor het verschijnen van het advies gelijk is gebleven en dat er mogelijk sprake is van een afname. Dit commissie schrijft dit deels toe aan de veranderingen in de diagnostiek, maar de veranderingen in de prevalentie worden volgens de commissie merendeel verklaart door reële veranderingen in het aantal nieuwe ziektegevallen. De commissie concludeert tevens dat het zinvoller is om astma en allergie te monitoren bij alle kinderen dan het apart volgen van specifieke risicogroepen. Bij de ontwikkeling van astma en allergie speelt vooral de erfelijke aanleg in combinatie met blootstelling aan specifieke allergenen een rol.

Opvallend aan de aanbevelingen in het advies is de twijfel aan de wetenschappelijke 'hardheid' van de bevindingen. De commissie wijst er herhaaldelijk op dat er onvoldoende bewijs is om een bepaalde aanbeveling te kunnen doen. De commissie vindt bijvoorbeeld onvoldoende aanwijzingen om een verbetering van de ventilatie in de woning aan te bevelen als maatregel om astma- en allergieklachten te verminderen. De commissie beveelt de overheid alleen interventies aan die ook al om andere redenen wenselijk zijn, zoals antirookcampagnes gericht op ouders en het stimuleren van borstvoeding. Daarnaast geeft de commissie de aanbeveling om verder onderzoek naar de effectiviteit van multifactoriële interventies te stimuleren, vanwege het gebrek aan duidelijkheid over de effectiviteit van de interventies.

Met het advies is volgens de verschillende respondenten niet veel gebeurd. Ondanks de wettelijke verplichting en verzoeken vanuit de Gezondheidsraad heeft de aanvrager, de staatssecretaris van VROM, ook niet gereageerd op het advies. In de later verschenen

richtlijn van het NHG over astma is geen referentie opgenomen naar het advies van de Gezondheidsraad. In de kranten zijn geen artikelen verschenen over het advies. Bij het uitkomen van het advies is wel op diverse websites een samenvatting van het advies gepubliceerd.

## **Gezonde voeding. Logo's onder de loep**

Voedingslogo's geven de consument informatie over de voedingswaarde van een product waardoor deze snel en gemakkelijk een gezonde keuze kunnen maken. In 2007 bestonden er twee logo's: het Ik Kies Bewust logo (IKB, onder andere Unilever en Campina) en het Gezonde Keuze Klavertje van Albert Heijn. Albert Heijn kwam, naar voorbeeld van Zweden, als eerste met een voedingslogo. Albert Heijn heeft wel geprobeerd de A-merken mee te laten doen, maar dat wilden zij niet. Een half jaar later volgen de A-merken met het eigen IKB-logo. Het komen tot een gezamenlijk logo is moeilijk, omdat de concurrentie tussen eigen-merk en A-merk producten hevig is. Bij de start van het IKB-logo was al afgesproken dat er, ondanks het feit dat het IKB ook een eigen onafhankelijke wetenschappelijke commissie had geïnstalleerd, een onafhankelijke toetsing van het logo zou komen door de Gezondheidsraad.

Begin juni 2007 vraagt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Gezondheidsraad een wetenschappelijk oordeel te geven over de criteria die worden gehanteerd bij het toekennen van de logo's, de interpretatie van de logo's, de effectiviteit van logo's bij het bevorderen van een gezonde keuze door consumenten en de mate waarin logo's producenten stimuleren tot de ontwikkeling van gezondere producten. Om deze vraag te beantwoorden wordt een commissie ingesteld die wordt voorgezeten door prof. dr. ir. D. Kromhout. Tijdens het commissieproces is een hoorzitting georganiseerd, omdat de commissie behoefte had aan informatie en kennis waarover veldspelers (bedrijven, betrokken organisaties en deskundigen) zouden beschikken. Het centrale thema was de effecten van voedingslogo's op zowel consumenten als producten. Volgens de secretaris van de commissie was de informatie interessant, maar was de wetenschappelijke zeggingskracht gering. De informatie van producenten was vanwege de concurrentieverhoudingen bovendien lastig te verkrijgen.

In de adviesaanvraag vraagt de minister het advies voor het einde van het jaar uit te brengen. Dit betekent dat de Gezondheidsraad ruim een half jaar de tijd zou hebben voor het advies. Gezien de gemiddelde doorlooptijd van een advies is dit een hele scherpe deadline. Uiteindelijk verschijnt het advies ook een jaar later dan gevraagd. De ambtenaar bij VWS geeft aan dat zij te makkelijk over het proces hebben gedacht. Het ministerie veronderstelde dat de criteria al vast stonden, waardoor een snel advies mogelijk zou zijn. De commissie oordeelde daar anders over. VWS verwachtte een instrumenteel advies – een beoordeling van de grenswaarden – terwijl de commissie vooral een conceptueel advies zou geven van de ideale situatie. Het schrijven van een dergelijk conceptueel advies kost meer tijd dan een instrumenteel advies waarbij de beoordelingscriteria al van te voren vaststaan. De timing van het advies was volgens meerdere respondenten goed, omdat de partijen al bezig waren stappen te zetten tot harmonisatie.

De commissie concludeert in haar advies dat beide voedingslogo's niet volledig voldoen aan de richtlijnen voor gezonde voeding die in een eerder advies zijn vastgesteld door de Gezondheidsraad. Het Klavertje ging er bij de berekening van kant-en-klaar-producten bijvoorbeeld vanuit dat mensen er groenten bij namen. Het IKB-logo kende ook logo's toe aan producten die eigenlijk afgeraden dienen te worden, de C-categorie (bij uitzondering eten) producten zoals drop. Daarnaast adviseerde de commissie de logo's te harmoniseren en daarbij twee verschijningsvormen te hanteren. Het zogenaamde duale systeem. Het logo zou naadloos moeten aansluiten op de algemene publieksvoorlichting van de gezonde voedselkeuze. Alle producten die aan de criteria voldoen zouden het logo moeten dragen, zodat de afwezigheid van een logo ook informatie verschaft aan de consument. Op de voorkant van ieder product zou informatie over voedingswaarden moeten staan. Als laatste is de commissie voorstander van een systeem waarbij de overheid de criteria vaststelt. In de praktijk betekent dit dat de overheid een dergelijke functie neerlegt bij het Voedingscentrum. Het advies heeft een belangrijke stimulans gegeven aan het creëren van één logo. Enkele dagen na het verschijnen van het advies heeft Albert Heijn besloten een duaal systeem te introduceren en de normen van de Gezondheidsraad over te nemen. Het advies heeft het

harmonisatieproces vergemakkelijkt. De minister heeft er echter voor gekozen, tegen het advies in, om zowel de vaststelling van de criteria als de controle daarop bij het bedrijfsleven neer te leggen. Deze zelfregulering betekent ook dat bedrijven niet verplicht zijn om mee te doen. De afwezigheid van een logo heeft daarmee geen zeggingskracht. De criteria voor het nieuwe gezamenlijke logo zijn minder streng dan de Gezondheidsraad voorstelde. De leden van de commissie zijn, vanwege de keuze van zelfregulering en het aanpassen van de normen, niet heel positief over de doorwerking van het advies. De externe spelers benadrukken daarentegen vooral dat het advies heeft bijgedragen aan de realisatie van de twee kerndoelen van de voedingslogo's: een systeem dat zowel consumenten helpt bij hun keuze als producenten stimuleert tot productverbetering. De richtlijnen van de Gezondheidsraad schetsen dan het ideaalbeeld waar het veld gaandeweg naartoe kan groeien.

## Toxische eigenschappen en gezondheidseffecten van stoffen op werknemers

De vaststelling van grenswaarden voor gezondheidsschadelijke stoffen op de arbeidsplek kent een geschiedenis die teruggaat tot halverwege de jaren '70. In de afgelopen 40 jaar is zowel het inhoudelijk beoordelingskader als de bestuurlijke en organisatorische inbedding van de procedure voor de vaststelling van grenswaarden steeds verder uitgewerkt. In een serie adviezen van de Gezondheidsraad, ondermeer door de 'commissie Notten', is een gedetailleerd beoordelingskader ontwikkeld. Daarbij zijn voor specifieke groepen stoffen, zoals genotoxisch carcinogenen (stoffen die kankerverwekkende eigenschappen hebben doordat zij het genetisch materiaal beïnvloeden), reproductietoxische stoffen (stoffen die effecten kunnen hebben op de voortplantingsorganen of op het nageslacht) en allergene stoffen (stoffen die allergische reacties kunnen veroorzaken) aparte kaders ontwikkeld. Deze inkadering maakt dat de beoordeling van stoffen inmiddels tot op zekere hoogte 'routine' is geworden, cq. dat we kunnen spreken over 'enkelvoudige risico's'. Dit laat overigens onverlet dat over specifieke stoffen nog steeds veel onzekerheid en controverse kan zijn.

Tot 2007 was de beoordeling van alle stoffen ingebed in de zogeheten 'drie-traps procedure'. De eerste trap betreft de beoordeling van een stof door de Gezondheidsraad, die daarvoor een speciale commissie heeft ingesteld, thans geheten de Commissie Gezondheid en beroepsmatige blootstelling aan stoffen (GBBS). Deze commissie adviseert over een 'gezondheidskundige advieswaarde'. Als onderdeel van deze advisering organiseert de GBBS een openbare concept ronde, waar een groot aantal partijen—externe (internationale) deskundigen en adviesorganen, werkgevers en werknemers—worden uitgenodigd inhoudelijk commentaar te leveren op een conceptversie van het advies. Na vaststelling wordt de gezondheidskundige advieswaarde vervolgens, in de tweede stap, voorgelegd aan de Subcommissie Grenswaarden stoffen op de werkplek van de Sociaal Economische Raad (SER). In deze SER-commissie zitten vertegenwoordigers van werkgevers- en werknemersorganisaties, die de advies grenswaarde beoordelen op zijn technische en economische haalbaarheid. De Subcommissie adviseert aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe), die de grenswaarde in de derde trap van de procedure vaststelt. Vanaf dat moment wordt gesproken van een *wettelijke* grenswaarde. In de procedure bestaat ook de mogelijkheid om grenswaarden die in het buitenland zijn vastgesteld over te nemen voor Nederland. Voor deze grenswaarden wordt alleen een haalbaarheidstoets gedaan. Deze grenswaarden heten dan *bestuurlijke* grenswaarden. Ook grenswaarden die door de Scientific Committee on Occupational Exposure Limits (SCOEL) van de Europese Commissie worden vastgesteld worden alleen op haalbaarheid getoetst. Deze grenswaarden worden echter wel *wettelijke* grenswaarden.

Met de wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) in 2007 is meer verantwoordelijkheid weggelegd bij het bedrijfsleven, ook waar het gaat om de beoordeling van de schadelijkheid van stoffen. Belangrijke reden voor deze wijziging was dat terwijl in de drietrapsprocedure tot dan enkele honderden wettelijke grenswaarden waren vastgesteld (en daarnaast nog eens enkele honderden bestuurlijke grenswaarden), in het Nederlandse bedrijfsleven met vele tienduizenden stoffen wordt gewerkt, waar er jaarlijks nog vele bijkomen. Sinds 2007 dienen bedrijven daarom zelf voor de stoffen waarmee zij werken *private* grenswaarden vast te stellen. Door de Subcommissie van de SER is een database ontwikkeld die bedrijven daartoe in staat stelt. Naast deze private grenswaarden blijven echter *publieke* grenswaarden bestaan (de eerder genoemde wettelijke en bestuurlijke grenswaarden), die binnen de getrapte procedure worden vastgesteld.

Als onderdeel van deze wijziging in de Arbowet is ook de drietrapsprocedure gedeeltelijk herzien. Voor genotoxisch carcinogene en allergene stoffen adviseert de commissie van de Gezondheidsraad nog steeds aan de SER. Het gaat dan om een advies over de classificatie van de betreffende stof. Aangezien voor deze stoffen geen veilige limiet kan worden vastgesteld adviseert de Gezondheidsraad niet over een gezondheidskundige advieswaarde, maar stelt zij een risicoprofiel op. Vervolgens voert de Subcommissie van de SER een haalbaarheidstoets uit die leidt tot een advies grenswaarde. Voor overige stoffen—het gaat

dan met name om stoffen met een hoog risico—adviseert de Gezondheidsraad rechtstreeks aan de minister van SoZaWe. Voor deze stoffen wordt dus niet langer een haalbaarheidstoets uitgevoerd.

Of het nieuwe systeem ook heeft geleid tot een betere omgang met chemische stoffen in de praktijk is nog onduidelijk. Momenteel voert de Arbeidsinspectie een evaluatie uit van de Arbowet. Voorlopige resultaten laten zien dat in de bedrijfstak chemie wel vooruitgang is geboekt, maar dat nog lang niet alle bedrijven hun risicoanalyse met betrekking tot stoffen op de goede manier uitvoeren. Het gaat dan bovendien om bedrijven die gewend zijn te werken met chemische stoffen, terwijl in vele andere bedrijfstakken (de bouw, de meubelbranche, om er maar een paar te noemen) ook veel met chemische stoffen wordt gewerkt.

Voor de doorwerking van de adviezen van de Gezondheidsraad heeft de nieuwe procedure wel consequenties. Die doorwerking was in de drietrapsprocedure min of meer gegarandeerd. Weliswaar leidde de haalbaarheidstoets van de Subcommissie in zo'n 25% van de gevallen tot afwijking van de gezondheidkundige advieswaarde, maar het betrof overwegend tijdelijke afwijkingen om de industrie in de gelegenheid te stellen te voldoen aan de nieuwe grenswaarde. Het weghalen van de haalbaarheidstoets voor risicovolle 'gewone' stoffen heeft als consequentie dat de discussie over de haalbaarheid zich verplaatst naar het ministerie, dat daar echter geen echte procedure voor heeft. Dit leidt vooralsnog geregeld tot uitstel van besluitvorming. Daarnaast ervaart de Gezondheidsraad dat het aantal reacties tijdens de openbare conceptronde van het advies voor deze stoffen toeneemt. Dit is overigens mogelijk ook een effect van het gegeven dat het over het algemeen om (economisch) belangrijkere stoffen gaat dan in de 'oude' procedure het geval was.

Een belangrijk discussiepunt, ten slotte, blijft de verhouding tussen het advieswerk van de Gezondheidsraad en dat van de SCOEL. Aangezien beide organen net iets afwijkende beoordelingskaders gebruiken gebeurt het regelmatig dat gezondheidkundige advieswaarden afwijken, waarbij in de regel geldt dat de Gezondheidsraad strengere normen adviseert (in enkele gevallen is het overigens andersom). Dit genereert stevast veel discussie in de Subcommissie van de SER, waar met name de werkgeversgeleding er in de regel de voorkeur aan geeft de Europese waarden te hanteren.



Erasmus Universiteit Rotterdam  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres

Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam

Postadres

Postbus 1738  
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555  
Internet [www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)  
E-mail [research@bmg.eur.nl](mailto:research@bmg.eur.nl)

ISBN 978-94-90420-24-6