

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

619

Vragen van het lid **Kant** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de conclusies in het rapport «Volksgezondheidsschade door passief roken» van de Gezondheidsraad*. (Ingezonden 4 december 2003)

1

Wat is uw reactie op de met vele voorbeelden onderbouwde stelling dat de stellige conclusies in het rapport «volksgezondheidsschade door passief roken» van de Gezondheidsraad onvoldoende onderbouwd zijn?¹

2

Is het waar dat de voorzitter van de commissie op 17 november jl. bij Barend en Witteman heeft gezegd dat de timing van verschijning van dit advies, twee dagen voor het algemeen overleg over het rookbeleid, speciaal was gericht op het beïnvloeden van deze vergadering? Zo ja, wat is uw mening hierover?

3

Is het voorts waar dat tenminste drie leden van de commissie banden hebben met farmaceutische bedrijven die anti-rookcampagnes financieren? Zo ja, bent u van mening dat onafhankelijke adviseurs te verkiezen zijn boven experts om minstens de schijn van belangenverstrengeling te vermijden?

4

Is bij de benoeming van deze commissieleden de (internationaal) gebruikelijke procedure gevolgd waarbij expliciet wordt gelet op positie en belangen van wetenschappers die kunnen interfereren met een onafhankelijke advisering?² Zo ja, zijn de hierboven genoemde banden ter sprake gekomen en heeft dit niet geleid tot bezwaren tegen deze benoemingen?

5

Deelt u de mening dat genoemde banden behoren te worden vermeld in het advies, en dat derhalve in dit geval bij betreffende auteurs wordt vermeld dat ze gesponsord worden door farmaceutische bedrijven die anti-rookcampagnes financieren? Zo ja, hoe gaat u dit regelen?

¹ HP/De Tijd, 28 november jl.

² Aanhangsel Handelingen nr. 1513, vergaderjaar 2001–2002.

Antwoord

Antwoord van minister **Hoogervorst** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (Ontvangen 16 januari 2004)

1

In het advies van de Gezondheidsraad wordt uiteengezet dat er inmiddels zeer veel gegevens zijn over de schadelijkheid van passief roken. Daarbij gaat het niet alleen om uitkomsten van experimenteel onderzoek, maar

vooral ook om een grote hoeveelheid epidemiologische gegevens. De commissie die het advies heeft opgesteld, maakt duidelijk dat voor wetenschappelijk verantwoorde conclusies al die informatie in samenhang moet worden beoordeeld. Aan zo'n evaluatie zitten verschillende kanten. Ten eerste moet men zich een oordeel vormen over de kwaliteit van de afzonderlijke onderzoeken. Ten tweede is het van belang de uitkomsten van de methodologisch goed uitgevoerde onderzoeken te combineren. De commissie beschrijft welke wetenschappelijk gangbare beoordelingsmaatstaven zij hierbij aanlegt, en laat zien dat toepassing van die maatstaven geen simpel procédé is, maar steeds een specifieke wetenschappelijke deskundigheid vergt.

Illustratief voor de betoogtrant in het artikel in HP/De Tijd van 28 november 2003 is de bewering dat de commissie «volstrekt voorbij zou gaan aan de onzekerheidsmarges» van de in het advies vermelde cijfers. Dit terwijl de commissie juist uitvoerig aandacht schenkt aan en expliciet onderscheid maakt tussen verschillende soorten onzekerheden. De commissie wijst namelijk om te beginnen op de statistische betrouwbaarheidsintervallen van uitkomsten van epidemiologisch onderzoek. Goede meta-analyses, waarin de uitkomsten van deugdelijke

onderzoeken worden gecombineerd, leiden daarbij tot verkleining van die intervallen, dus tot betrouwbaarder schattingen. Verder zet de commissie uiteen waarom op dit moment alleen een verantwoorde schatting van de orde van grootte van de jaarlijkse sterfte- en ziektelast door meeroken op bevolkingsniveau mogelijk is. Zij geeft bovendien aan welk onderzoek nodig is om binnen deze indicatieve grenzen tot preciezere becijferingen te kunnen komen. De losse opmerkingen in het zojuist bedoelde artikel ondergraven dan ook geenszins de conclusies van de Gezondheidsraad. Wel heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad in een brief van 20 november 2003 aan de minister van VWS laten weten dat er met betrekking tot wiegendood een fout is geslopen in de oorspronkelijke versie van het advies. De juiste conclusie, die in de herziene versie is opgenomen, luidt dat passief roken in ons land jaarlijks de oorzaak is van een tiental gevallen van wiegendood (pag. 31 van het advies). Voor de schatting van de orde van grootte van de totale volksgezondheidsschade door passief roken heeft dit punt geen gevolgen. De vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer heeft een afschrift van deze brief ontvangen. De Voorzitter van de Gezondheidsraad heeft mij op 18 december 2003 een brief gestuurd waarin meer in detail wordt ingegaan op de kritische punten uit het artikel in HP/De Tijd. Een afschrift van deze brief treft u bij deze vragen aan.¹ De Gezondheidsraadcommissie geeft in het advies dus de orde van grootte van de jaarlijkse sterfte en ziektelast door meeroken aan. Dat de discussie over dit advies zich richt op een preciezere kwantificering van het aantal jaarlijkse sterfgevallen door meeroken is niet meer dan logisch. Over één ding bestaat echter duidelijkheid: meeroken is schadelijk voor de gezondheid. Die conclusie werd al in 1990 getrokken en is na een grondige analyse van een decennium wetenschappelijk onderzoek alleen maar helderder geworden. In dit kader wil ik u nog wijzen op het wereldwijde tabaksverdrag (WHO – Framework Convention on Tobacco Control; FCTC). Dit verdrag is in mei 2003 unaniem door de 192 landen van de VN/WHO aangenomen. Nederland heeft dit verdrag op 16

juni 2003 ondertekend. In artikel 8 van dit verdrag staat dat «Parties recognize that scientific evidence has unequivocally established that exposure to tobacco smoke causes death, disease and disability». Dit wereldwijd gedragen en door de regering overgenomen standpunt wordt nog eens extra ondersteund door het advies van de Gezondheidsraad.

2

Aan de voorzitter van de Gezondheidsraadcommissie werd in bedoeld televisieprogramma gevraagd of de Raad met dit advies politiek bedreef door het juist op dat moment uit te brengen, met het doel om op het laatste moment het Kamerdebat in een bepaalde richting te sturen. De commissievoorzitter heeft die suggestie geenszins beaamd. Hij heeft erop gewezen dat het advies van de Gezondheidsraad informatie aanreikt die van belang is voor de publieke gedachtevorming over de schadelijkheid van meeroken, en dat het parlement er voorafgaand aan besluitvorming zijn voordeel mee zou kunnen doen.

Het advies is opgesteld op eigen initiatief van de voorzitter van de Gezondheidsraad. De commissie van de Gezondheidsraad werd geïnstalleerd op 24 april 2003. Het ministerie van VWS heeft de Raad verzocht dit advies bij voorkeur in 2003 gereed te hebben in verband met de inwerkingtreding van diverse artikelen uit de gewijzigde Tabakswet en de (toentertijd voorgenomen) massamediale campagnes daaromheen. De commissie is aan die wens tegemoet kunnen komen. Eind oktober 2003 werd de datum van publicatie van het advies vastgelegd. De Raad wist toen niet dat op 19 november 2003 het algemeen overleg over het tabakspreventiebeleid zou worden gehouden.

Als de Gezondheidsraad haar advies enkele dagen na de bedoelde vergadering had uitgebracht, zou de Kamer mij mogelijk hebben gevraagd waarom dergelijke belangrijke informatie niet vóór de vergadering aan de Kamer ter beschikking was gesteld.

3

In dit verband verwijs ik ook naar het antwoord dat minister Bomhoff op 20 augustus 2002 gaf op een soortgelijke vraag over de onafhankelijkheid van leden van een andere commissie van

de Gezondheidsraad (Aanhangsel Handelingen nr. 1513, vergaderjaar 2001–2002). Leden van commissies van de Gezondheidsraad behoren tot de meest vooraanstaande deskundigen op bepaalde vakgebieden. Hun deskundigheid is van groot belang voor een deugdelijke wetenschappelijke advisering over maatschappelijk relevante vraagstukken. Om de kwaliteit en onafhankelijkheid van die advisering te waarborgen, volgt de Gezondheidsraad bij de selectie en benoeming van commissieleden een aantal procedures. In de eerste plaats wordt van alle kandidaat-commissieleden een schriftelijke verklaring gevraagd over posities en belangen die een onafhankelijke wetenschappelijke advisering in de weg kunnen staan. In deze verklaring worden vier categorieën onderscheiden: «zakelijke en vrijwillige relaties» (waarbij het bijvoorbeeld kan gaan om lidmaatschappen en adviseurschappen van beroepsorganisaties, belangenverenigingen en patiëntenverenigingen), «financiële belangen» (waarbij het gaat om een persoonlijk financieel belang in dan wel betaalde adviseurschappen bij ondernemingen op het terrein van het adviesonderwerp), «onderzoeksgelden» (waarbij het gaat om financiële bronnen ten behoeve van research anders dan de primaire werkgever) en «aanvullende informatie» (waarbij het gaat om andere relevante verbintenissen en omstandigheden, zoals academische competitie of lopende subsidieaanvragen op het betreffende terrein). De verklaringen van de kandidaat-commissieleden worden voorgelegd aan de voorzitter van de Gezondheidsraad. Vervolgens wordt tijdens de installatievergadering aan de beoogde commissieleden gevraagd in aanwezigheid van de raadsvoorzitter hun schriftelijke verklaring mondeling toe te lichten en melding te maken van de eerder bedoelde posities en eventuele belangen, zodat allen weten waar zij aan toe zijn. Ook wordt hun gevraagd in dit verband relevante veranderingen tijdens het adviestraject te melden. De raadsvoorzitter kan naar aanleiding van de verstrekte informatie besluiten een benoeming tot commissielid niet door te laten gaan dan wel te

beëindigen. Alle procedures dienen de transparantie van het adviesproces en zijn bedoeld om vertekening door vooringenomenheid te voorkómen. Met het oog op dit laatste worden bovendien steeds gerenommeerde deskundigen uit diverse disciplines uitgenodigd voor het commissielidmaatschap.

Al deze procedures en overwegingen zijn ook toegepast bij de samenstelling van de commissie die het advies over passief roken heeft opgesteld. Van de zes commissieleden gaf één lid te kennen onderzoeksgelden van een farmaceutisch bedrijf te ontvangen voor klinisch onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van middelen die bedoeld zijn om rokers op eigen verzoek dan wel op medische indicatie (rokende hartpatiënten) te helpen met roken te stoppen. Datzelfde commissielid meldde onderzoeksgelden te ontvangen van het Astma Fonds voor klinisch onderzoek naar de effectiviteit van een bepaalde rookstoptherapie bij patiënten met COPD. Deze vormen van financiering zijn volstrekt normaal bij klinisch geneesmiddelenonderzoek. Dat een commissielid klinisch-wetenschappelijk onderzoek doet dat bedoeld is om rokers met gezondheidsproblemen effectief te kunnen behandelen, staat een onafhankelijk oordeel over de schadelijkheid van meerroken op geen enkele wijze in de weg.

4

Zie het antwoord op vraag 3.

5

Zie ook het antwoord op vraag 3 (wat bij 3 nog een vraag was, wordt nu kennelijk als feit beschouwd). Ik ben van mening dat de procedures van de Gezondheidsraad een adequate waarborg bieden voor de transparantie en onafhankelijkheid van het adviesproces. Overigens zijn de schriftelijke verklaringen van commissieleden opvraagbaar in het kader van de Wet Openbaarheid van Bestuur.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.