

## Algemeen medische informatie

# Nederlandse volksgezondheid in de toekomst I

In juli van dit jaar verscheen de samenvatting van de omvangrijke tweede Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV 1997), 'De som der delen' genaamd.<sup>1</sup> Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is erin geslaagd om te voldoen aan het verzoek van minister Borst om nog vóór de begrotingbesprekingen van het laatste regeringsjaar van 'Paars I' dit inzichtgevend document te publiceren. Het is de opvolger van VTV 1993;<sup>2</sup> het ligt in de bedoeling om over vier jaar een derde VTV te presenteren, in het begin van het volgende millennium dus.

Na de 'Som' zullen dit jaar nog zeven gedetailleerde thema-rapporten verschijnen, waardoor VTV '97 uiteindelijk vele honderden bladzijden zal tellen. Dit is een gelukkige keuze geweest, want het document van '93 was met een gewicht van een paar kilo lastig te hanteren (zodat toen wel opgemerkt werd dat VTV stond voor Veel Te Veel). Bovendien bleek dat wie gericht naar gegevens zocht in VTV '93 een ontsluiting miste en eindelijk aangeland bij het onderwerp meestal geen concrete cijfers over bijvoorbeeld incidenties en prevalenties vond.

Dat laatste lijkt in ons ogenschijnlijk zo overzichtelijke en goed in kaart gebrachte landje een tekortkoming van de samenstellers. Niets is echter minder waar: er zijn in Nederland verrassend weinig betrouwbare epidemiologische gegevensverzamelingen. In de VTV van nu worden die lacunes echter duidelijk gepresenteerd en geeft men zo goed mogelijk acceptabele benaderingen. Dit is maar een voorbeeld van de sterk vergrote bruikbaarheid van het resultaat van deze tweede ronde. Meerdere aspecten van de 'Som' doen het beste verwachten van de nu verschijnende zeven thema-rapporten.

### Determinanten en indicatoren

VTV '93 had een beperkte doelstelling, namelijk een beschrijving van de gezondheidstoestand van 1950, hoe deze zich wijzigde tot 1990 en hoe de te verwachten ontwikkelingen tot 2010 zouden zijn. Daarbij werd alles geplaatst in het kader van 'indicatoren', fenomenen die een meetbare grootheid voor ziekte en gezondheid vormen, en 'determinanten', factoren die oorzakelijk zijn ten aanzien van ziekte en gezondheid.

Kritiek van de zijde van het ministerie en de Gezondheidsraad meldde dat de interessante gegevens geen directe beleidsrelevantie hadden.<sup>3</sup> Derhalve was de opdracht aan VTV '97 om te komen tot een document waarin beleidsaspecten grondig aan de orde zouden komen. Men is daar glansrijk in geslaagd. De herhaling van de eerste exercitie werd aangevuld door onderzoeksgroepen voor onderwerpen als 'gezondheidsverschillen', 'effecten van preventie', 'effecten van zorg' en 'kosten van zorg'.

### De proef op de 'Som'

Omdat het ondoenlijk is om de 'Som', die al een samenvatting is, in dit artikel geheel te behandelen, bespreek ik drie entiteiten die in de diverse thema's steeds weer opduiken: de ouderen, de jongeren en de achterstandswijken in grote steden. Daarbij wordt een beeld van de status quo gevolgd door een projectie van de situatie rond het jaar 2015, dus over zo'n kleine twintig jaar. Aan de hand van deze selectie krijgt men een beeld hoe het grote werk in elkaar steekt.

### Ouderen

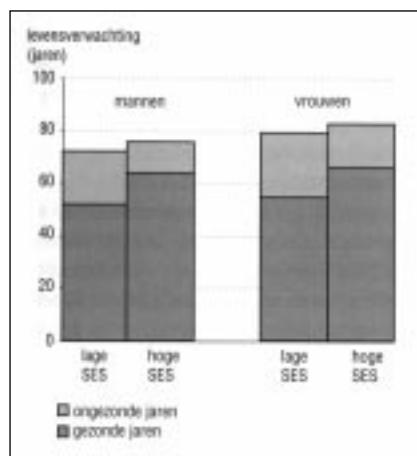
Nog nooit telde onze bevolking zo'n grote fractie mensen van 65 jaar en ouder als nu. Het aantal honderdjarigen en ouder is al meer dan duizend; dit waren er tot 1950 tientallen jaren lang maar zo'n 30. Dat betekent dat het aantal negentigers inmiddels vele duizenden bedraagt. We spreken in ons land van vergrijzing en bovendien van dubbele vergrijzing (steeds meer zeer oude mensen). Dat is in veel opzichten een afspiegeling van onze grote welvaart en goede volksgezondheid. Maar VTV '97 laat zien dat het niet lukt om de 'ongezonde jaren' aan het eind van het leven te comprimeren, vooral voor vrouwen niet. Zoals we in de juni-aflevering van dit tijdschrift al zagen, gaan mannen en vrouwen op ongeveer dezelfde leeftijd 'sukkelen' maar hebben vrouwen door hun langere levensduur meer ongezonde jaren.<sup>4</sup>

De levensverwachting is voor wie in 1994 geboren werd 74,6 en 80,3 jaar voor respectievelijk mannen en vrouwen, een verschil van 5,7 jaar dus. Maar in 1980 was het verschil nog 6,7 jaar, vooral door grotere sterfte van mannen aan hartziekten en longkanker. Omdat de levensverwachting van mannen tot 2015 met nog eens 2,5 jaar toeneemt en voor vrouwen met 1,0, dus tot respectievelijk 77,1 en 81,3 jaar, resulteert dit in een verschil van nog slechts 4,2 jaar. Hartziekten en longkanker nemen bij mannen nog steeds af terwijl de laatste ziekte bij vrouwen helaas toeneemt. Laconiek merkt het rapport op dat het afnemende verschil in levenslengte positieve consequenties heeft voor de mantelzorg: echtgenoten kunnen meer jaren voor elkaar zorgen.

En die zorg zal nodig zijn, zoals dat ook nu het geval is. Hoewel de incidentie van het (acute) hartinfarct nog steeds afneemt, deels door onze verbeterde voedingsgewoonten, zal het oudere hart veel bejaarden problemen blijven geven. Klepgebreken en geleidings- en ritmestoornissen zullen leiden tot veelvuldige kortdurende ziekenhuisopnamen van velen. De ontegenzeggelijke winst die geboekt wordt op het gebied van kankerbestrijding zal deels teniet worden gedaan door de stijgende leeftijden, omdat met de leeftijd de kans op tal van soorten kanker – soms exponentieel – toeneemt. Osteoporose zal vooralsnog bij veel ouderen tot heup- en andere fracturen blijven leiden. En het blijft afwachten of dementering, al dan niet door de ziekte van Alzheimer, door vroegtijdige opsporing en behandeling zal afnemen.

Een bijzonder gevaar is de medicalisering van de oude dag. Als men op tijd (beginnende) afwijkingen op het spoor wil komen en behandelen, zal er een indrukwekkend screeningsapparaat van de grond moeten komen. Dit kan veel van de werktijd van huisartsen gaan opslokken; want screening in uitsluitend gespecialiseerde centra heeft tal van nadelen. Het schrikbeeld van de bejaarde die eens per half jaar met een groen en een paars formulier, eens per jaar met een blauw en een rood formulier en eens per twee jaar met een andere kleurenwaaier door de molen gaat, is niet denkbeeldig. Menigeen zal zich als ongezond beschouwen tot het tegendeel bewezen is. Naast al die onrust is er de belasting van positieve bevindingen en het gedwongen zijn tot keuzen over al dan niet en hoe behandeld te worden.

De jongste bejaarden in 2015 zijn de baby-boomers van rond 1950. Ze zijn vaak hoog opgeleid en mondig; bij hen zal het zo'n vaart niet lopen met de medicalisering. De oude



Afb. 1. Gezonde levensverwachting, berekend als 'levensverwachting in goed ervaren gezondheid' naar opleidingsniveau (Bron: VTV 1997). Lage SES (sociaal-economische status): alleen lager onderwijs; Hoge SES: HAVO-VWO-MBO-HBO-universiteit.

bejaarden van 2015 zijn opgegroeid in crisistijd en oorlog, en hadden dus vaak een slechtere start en opleiding. Het beleid zal moeten anticiperen op de voortschrijdende medische mogelijkheden en hun paradoxale gevolgen voor de (hoogbejaarde) consument.

## Jongeren

De groep van huidige tieners en adolescenten (10-24 jaar) staat er in veel opzichten goed voor. Grondig gevaccineerd, goed geschoold, sportief actief en met begrip opgevoed, zijn ze een 'jeunesse dorée'. De welvaart geeft hun financiële mogelijkheden, die echter niet altijd tot even gezonde keuzes leiden. Omdat hun leefwereld vergeven is van de collectieve veiligheidsvoorzieningen en -maatregelen en omdat er veel voorlichting is over gezondheidsrisico's, is er een weerstand bij jongeren te bespeuren tegen een 'brave' leefstijl. De jeugdige weerspanning uit zich tegenwoordig vaak in riskant (zo men wil avontuurlijk) gedrag. Te vaak en te veel drinken, druggebruik, hard rijden en onbeschermd vrijen zijn deels protestgedrag. Regelrecht deprimerend is de toename van het roken van sigaretten onder jongeren (28% van de tieners rookt), waarbij vooral meisjes en jonge vrouwen een inhaalslag volvoeren. VTV '97 voorspelt voor 2015 een forse toename van longkankergevallen onder vrouwen. Ter herinnering: één op de zes van de jaarlijkse 133.500 doden is momenteel aan het roken te wijten (9.000 door longkanker en 14.000 door o.a. hart- en vaatziekten).

Het is een geweldige uitdaging aan de gezondheidsvoorlichting (GVO) om wegen te vinden jongeren aan te spreken en te motiveren tot verstandig omspringen met het grote kapitaal dat gezondheid is. Dat is geen probleem dat medici alleen kunnen oplossen: psychologen en pedagogen zijn hard nodig om technieken in dezen te ontwikkelen. Juist op het gebied van leefstijl, vooral onder jongeren, zijn alleen al in economische zin winsten te boeken van miljarden gulden. Dat is van belang voor het volgende: in 1995 bestemde het kabinet 2 miljard voor ontmoediging van roken onder jongeren; daar stonden enkele miljarden gulden aan tabaksaccijns tegenover.<sup>3</sup>

Als het lukt om informatie te laten doorwerken in prudent gedrag van jeugdigen dan zullen de jongeren van 2015 er nog beter voorstaan dan nu al het geval is.

## Achterstandswijken

'Achterstandswijken' is de eufemistische term voor stadskwartieren waar de meeste mensen niet zouden willen wonen. Vele ingezetenen verblijven er derhalve onvrijwillig en zouden niets liever doen dan verhuizen. VTV '97 schetst een indringend beeld van wat meestal de gordel van laat negentiende en vroeg twintigste-eeuwse wijken rondom de oude stadskernen is. Achterstanden op economisch, educatief en medisch vlak gaan hier hand in hand, zoals dat eigenlijk al eeuwen het geval is en raak beschreven werd door W. Romijn in 1955.<sup>5</sup> Lage opleidingen en een slechte gezondheid leiden tot minder kans op werk, laag betaald werk geeft vaker kans op arbeidsongevallen en arbeidsongeschiktheid, een laag inkomen geeft minder kans op betere huisvesting; bezuiniging op voedsel leidt tot slechtere gezondheid. Er wordt in de oude wijken meer gerookt, meer gedronken en vaker gevochten; men eet er minder groente en fruit en doet minder aan sport. Tuinen en parken zijn er schaars en veel straten zijn in staat iemand grondig te deprimeren. Allochtonen zijn vaak in deze wijken terechtgekomen; het gezin met tweede-generatie kinderen is relatief groot en de huisvesting krap.

De VTV-ers berekenden dat de levensverwachting van de laagst opgeleiden (de bewoners van deze wijken) 3,5 jaar korter is en dat de 'ongezonde jaren' die aan die eerdere dood voorafgaan 11,5 jaar méér bedragen dan het landelijk gemiddelde. Het rapport is mijns inziens iets te optimistisch over de mogelijkheden om via volksgezondheidsbeleid iets aan de gezondheidsachterstand te doen. Immers, deze is onlosmakelijk verbonden met economische en socio-culturele factoren. De gezondheidsindustrie waaraan we jaarlijks zo'n 60 miljard gulden uitgeven, wordt voor hooguit een kwart van de uitgaven direct gestuurd door de overheid; dat beleid kan dus nauwelijks een hefboom zijn om de verschillen te beïnvloeden. Enerzijds is het uiteraard een verplichting van het beleid en de gezondheidswerkers (éénegende van onze beroepsbevolking!) om alles in het werk te stellen de gezondheidsverschillen te verkleinen ten faveure van de achterstandsgroepen. Maar anderzijds zal men moeten erkennen dat de sterkste actor in het spel 'Koning Economie' heet.

In het tweede (en laatste) deel van de bespreking van VTV '97 zal een drietal andere aspecten van het monumentale werk aan bod komen en worden enkele beleidsvoorstellen besproken.

Dr. P. Bol, arts-epidemioloog

## Literatuur

- 1 RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Kramers PGN, Ruwaard D, red. Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom, 1997.
- 2 RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Kramers PGN, D Ruwaard D, red. Den Haag: SDU, 1993.
- 3 Schnabel P. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: de som der delen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 1900-3.
- 4 Bol P. De globalisering van gezondheid II. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 240-1.
- 5 Romijn W. Welvaart en gezondheid. Algemeen Ziekenfonds Ziekenzorg Amsterdam. Amsterdam: De Beursdrukkerij, 1955.

## Algemeen medische informatie

# Nederlandse volksgezondheid in de toekomst II

In de vorige aflevering (Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 487-488) kwamen enkele invalshoeken van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 aan de orde (RIVM, 1997a). Nu wordt ingegaan op een paar andere aspecten en op de aanbevelingen die de samenstellers formuleerden voor de bewindsvrouw en de beleidsmakers.

### Kosten van gezondheidszorg

De laatste jaren geven we via belastingen, (sociale) verzekeringen en particuliere uitgaven in totaal zo'n 60 miljard per jaar uit aan gezondheidszorg (RIVM, 1997b). Dat is bijna vierduizend gulden per inwoner, maar de diverse leeftijdsgroepen consumeren in verschillende mate. Uiteraard consumeert de grotere medische problematiek van de oudere mens, vermenigvuldigd met de steeds grotere fractie ouderen in de samenleving (straks oplopend tot  $\pm 18\%$ ), een groot deel van die 60 miljard gulden, namelijk drie-zevende (42%) voor 65-plussers in 1994. Omdat de vergrijzing nog immer toeneemt, zal alleen al op demografische gronden het budget voor de gezondheidszorg sterker moeten stijgen dan tot nu toe is voorzien in het meest recente regeerakkoord (van 1994). Bovendien zijn er andere factoren, deels niet te voorzien, die invloed uitoefenen. Daarbij hoort de bevolkingsgroei maar ook nieuwe diagnostische mogelijkheden en medische interventies.

De beargumenteerde jaarlijkse stijging van ruim 2% is vergeleken met de 1,3% in het laatste regeerakkoord een forse stijging, zeker wanneer die jaar na jaar zal doorwerken. Hoeveel miljarden zullen de 'gezondheids'kosten in de eerste decennia van de komende eeuw bedragen? Geïndexeerd naar 1994 zal de 60 miljard van toen in 2015 zijn toegenomen tot ruim 90 miljard als laagste schatting. Het middenscenario komt uit op ruim 130 miljard en de hoogste schatting is, schrik niet, ruim 160 miljard. Zo'n vaart zal het wel niet lopen maar duidelijk is dat harde feiten over bevolkingstoename (gering) gekoppeld aan vergrijzing (fors) reeds een onafwendbaar grotere kostenstijging impliceren dan optimistische financiële planners voor mogelijk hielden. Dit vormt een extra reden om met belangstelling uit te zien naar de resultaten van het grondige onderzoek dat momenteel door de Gezondheidsraad in samenwerking met de Ziekenfondsraad gedaan wordt naar de ruim honderd meest voorkomende ingrepen. Die worden tegen het licht gehouden en beoordeeld op doelmatigheid en doeltreffendheid. Eventueel zouden de uitkomsten relevant kunnen zijn voor kostenbeheersing, die beter kan berusten op een genuanceerd oordeel dan op bezuinigingsdrift.

### Dentaal en mentaal

Het is uiteraard interessant te weten hoe groot het aandeel van de tandheelkunde is in het totale gezondheidsbudget. Dat bedroeg met 2,4 miljard in 1994 ongeveer 4% van het totale budget. Eén vierde ervan viel te benoemen als preventie. Alleen al op basis van demografie zal dit in 2015 met 15% toegenomen zijn tot 2,8 miljard in huidige guldens. Tegenover de 4% van de dentale kosten staat maar liefst ruim 23% van het budget voor mentale kosten: het bedrag voor geestelijke volksgezondheid (intra- en extramu-

ongelenigde psychische nood zoals ieder constateren kan bij een wandeling door het centrum van één van de grote steden. Het is een grote uitdaging om methoden te vinden om meer preventief en profylactisch het ontstaan van psychische problemen te benaderen. Half december jongstleden berichtte het Trimbos-instituut dat maar liefst één op de vier Nederlanders kampt met psychische problemen (Bijl *et al*, 1997a; Bijl *et al*, 1997b).

Andere kosten in de gezondheidszorg (dus afgezien van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) zijn de volgende. Aandoeningen op het gebied van hart- en vaatstelsel: 11%, spijsverteringsstelsel: 8%, bewegingsstelsel/bindweefsel: 6%, neurologisch 5%, nieuwvormingen: 4%. De rekensom: kosten per geval maal het aantal gevallen, levert voor sommige aandoeningen een hoog jaarlijks bedrag op. Zo kosten dementie en verstandelijke handicaps elk meer dan 3 miljard gulden. In de categorie 1-3 miljard vinden we coronaire hartziekten, beroerte en gebitsafwijkingen. In de categorie die minder dan 0,1 miljard per jaar vergt, zien we onder andere HIV-infectie/AIDS, hersenvliesontsteking en maagkanker.

Interessant zijn ook de kosten per gewonnen levensjaar door preventieve en zorg-interventies. Bevolkingsonderzoek naar borstkanker kost ongeveer achtduizend gulden per gewonnen levensjaar, screening (zwangerschap) op syfilis en hepatitis B respectievelijk 18.000 en 8.000. Bij transplantaties scoort de long meer dan 100.000 gulden per gewonnen levensjaar en hart en lever tussen de 50.000 en 100.000 gulden. Dat laatste bedrag geldt ook voor hemodialyse annex transplantatie bij terminale nierinsufficiëntie.

### Risicofactoren

Interessant is ook de bijdrage van de bekende risicofactoren aan de sterfte door zeven verschillende doodsoorzaken. Roken kan verantwoordelijk worden gesteld voor 20.000 à 25.000 van de 134.000 doden jaarlijks; longkanker scoort daarbij het hoogste, op korte afstand gevolgd door coronaire hartziekten en beroerte. Uiteraard wordt de levensverwachting niet bij alle slachtoffers met tientallen jaren bekort. Maar het aantal verloren levensjaren door longkanker als gevolg van roken komt al op zo'n 100.000, ofwel gemiddeld ruim tien jaar per slachtoffer. Tweede geduchte risicofactor is hoge (systolische) bloeddruk die resulteert in tussen de 15.000 en 20.000 doden, vooral door coronaire hartziekten maar ook door beroerte. De derde risicofactor in kwantiteit is lichamelijke inactiviteit die omgerekend resulteert in zo'n 8000 doden, vooral door, wederom, coronaire hartziekten, maar ook enigszins via coloncarcinoom en suikerziekte. Voorts veroorzaken een laag HDL-cholesterol (het 'goede' cholesterol) plus een hoog totaal cholesterol tezamen tussen de 10.000 en 15.000 sterfgevallen, puur door coronaire hartziekten.

Het is intussen gelukkig algemeen bekend dat voeding met veel verzadigde (dierlijke) vetten leidt tot hoge spiegels voor LDL-cholesterol (het 'slechte' cholesterol) en eventueel ook overgewicht, met bovenstaande gevolgen. Minder bekend is dat voeding met weinig fruit een relatie vertoont met een hogere kans op longkanker. Uiteraard betekenen de verschillende doodsoorzaken niet dezelfde last in verloren levensjaren. Immers, niet alleen



daarbij een rol. Ziekten van het hart-vaatstelsel zijn goed voor ruim een half miljoen verloren jaren en nieuwvormingen eveneens (ruim één vijfde door longkanker). Infectieziekten staan voor meer dan 30.000 verloren jaren; AIDS eiste daarbij de helft op (1994).

Hoe gaan deze cijfers er uit zien tegen 2015? Vermoedelijk blijft de daling in coronaire hartziekten doorzetten; de daling van het roken onder de oudere bevolking is daar niet vreemd aan, evenals het meer bewegen en gezonder eten; deze tendensen zullen vermoedelijk doorzetten. Daarentegen zullen andere hartaandoeningen zoals ritmestoornissen met de vergrijzing toenemen. De epidemie van sigaretten-roken onder jongeren zal onafwendbaar leiden tot een epidemie van longkanker over enkele decennia, tenzij al deze jongeren rond hun dertigste plots stoppen. Reeds nu neemt de levensverwachting van vrouwen niet meer zo toe als bij mannen omdat longkanker steeds meer vrouwenlevens opeist. De preventie en de momenteel hoopgevende behandeling van HIV-infecties zal vermoedelijk leiden tot gestaag dalende sterftcijfers door AIDS.

## Beleids-aanbevelingen

De hieronder noodzakelijkerwijs beknopt weergegeven aanbevelingen van VTV-'97 zullen soms overkomen als de bekende open deur. Maar bedenk dat hier geen sprake is van ongefundeerde vrijblijvende meningen. Voor het eerst is er in ons land een degelijke kwantitatieve onderbouwing van het beeld dat we kunnen vormen van het complexe begrip 'volksgezondheid'. Tot nu toe was het geen van de vele actoren op dat gebied mogelijk om volledig de talrijke invloeden op hun relatieve waarde te schatten en de interacties te onderkennen. Nu kan iedereen in een paar weken een inzicht verwerven dat een paar decennia geleden niemand gegeven was. Dit is niet alleen relevant voor beleidsmakers. In feite zou 'de som der delen' van VTV-'97 verplichte stof moeten zijn op alle medische faculteiten. De beleidsaanbevelingen zijn de volgende:

1 *Planning*. Reken op een groei van de zorgbehoefte met ruim 2% per jaar. Ondersteun de noodzakelijke verschuiving van 'cure' naar 'care' onder andere vanwege de chronische ziekten van de oude dag. Onderken dat de informele zorg ook te maken krijgt met groeiende vraag, zodat overheveling van geïnstitutionaliseerde zorg naar bijvoorbeeld zelf- en mantelzorg niet gemakkelijk te realiseren is. Wachtlijsten zijn niet eenvoudig te hanteren als meet- en als planningsinstrument voor de zorg. Coördineer met andere beleidsterreinen: demografische verschuivingen en de bijbehorende gezondheidsaspecten impliceren ook effecten op bijvoorbeeld premiedruk en behoefte aan aangepaste woonvormen.

2 *Preventie*. De reeds behaalde winst moet niet leiden tot veronachtzaming van de voorzieningen die ertoe geleid hebben; deze moeten vrijwel steeds in stand gehouden worden. Integreer de preventie: doelgericht en gecoördineerd. Formuleer een duidelijke strategie, binnen het raam van wet- en regelgeving. Net zoals bij curatie dient bij preventie doeltreffendheid en doelmatigheid geëvalueerd te worden; kosten-baten-afwegingen dienen breed te zijn en ook andere interventies dan preventieve (zoals curatie) erbij te betrekken. Creëer een betere rolverdeling tussen centrale overheid en andere actoren. Net als bij het planningsbeleid moet een facetbeleid met andere ministeries en met overige actoren tot stand komen.

3 *Zorg*. Bevorder diffusie van kennis inzake aspecten van zorg en de doelmatigheid van interventies. Ga door met formulering en

zorginterventies regelmatig en stel de richtlijnen en standaarden overeenkomstig de bevindingen bij. Creëer onder de zorgverleners een draagvlak voor kwaliteitsverbetering.

4 *Doelgroepen* (bij het trachten te verminderen van bestaande gezondheidsverschillen). Stimuleer preventie en zorg, vooral voor marginale en moeilijk bereikbare groepen. Hou de zorg voor hen betaalbaar en differentieer naar culturele verschillen. Bevorder betere leefomstandigheden en sociale participatie en cohesie. Coördineer met andere ministeries, want uiteraard zijn tal van aspecten intersectoraal. Focus vooral op drie A's: allochtonen, alleenstaanden en armen.

5 *Monitoring en onderzoek*. De Nederlandse gegevens inzake volksgezondheid vormen een lappendeken. Afstemming en samenhang van de bronnen moeten beter. De verandering in kengetallen moet beter door afstemming en aanvulling van bestaande registratiesystemen. Kennis over aspecten van zorg- en preventieve interventies schiet tekort; (inter)nationaal onderzoek dient bevorderd. De zorgregistraties zijn onvoldoende bruikbaar voor beoordeling van doeltreffendheid en kwaliteit. Geef meer aandacht aan advisering omtrent levensstijl, vooral in het licht van de toename van het aantal chronisch zieken. De determinanten van chronische ziekten zijn nog te weinig bekend. Blijf gezondheidsverschillen registreren, zoek naar oorzaken en mogelijke interventies; leg de etniciteit vast.

Dit vijfde en laatste punt is de VTV-ers uit het hart gegrepen. Bij het samenstellen van hun document hadden zij te kampen met grote problemen. Want Nederland vormt geen uitzondering onder de ogenschijnlijk uitputtend in kaart gebrachte 'Westerse democratieën': wie doelgericht toegespitste (gezondheids)gegevens zoekt, komt vaak van een koude kermis thuis.

Het zal duidelijk zijn dat er heel wat struikelblokken zijn om de verschillende aanbevelingen om te zetten in beleid; die belemmeringen zijn van politieke, financiële en soms van psychische aard. De opstellers van het rapport, maar ook de lezers na verloop van tijd, kijken met veel inzicht naar het ingewikkelde kluwen van determinanten en indicatoren van ziekte en gezondheid en naar de complexe machinerie van de 'gezondheidsindustrie' waarin momenteel één op de tien werknemers te vinden is. Vanuit die positie lijken veel dingen rationeler of beter te kunnen en signaleert men dure en soms zelfs obstruerende versnippering. Maar noodzakelijkerwijs is dit een soort 'top down'-visie. De gezondheidszorg is in zo'n honderd jaar vanuit de basis opgebouwd en vertoont nog alle sporen van dat historische proces. We zullen waarschijnlijk heel wat kabinetten verder zijn voordat veel van de voorgestelde verbetering en stroomlijning heeft plaatsgevonden

Dr. P. Bol, arts-epidemioloog

## Literatuur

- RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen (Ruwaard D, Kramers PGN, red.). Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom, 1997a.
- RIVM. Volksgezondheid Toekomst verkenning 1997. Zorgbehoefte en zorggebruik (Post D, Stokx LJ, red.). Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom, 1997b.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: Het NEMESIS-onderzoek I. Doelstellingen, opzet en methoden. Ned Tijdschr Geneesk 1997a; 141(50): 2448-2452.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: Het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141(50): 2453-

