

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.¹ 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 inzichtgevende document te publiceren. Het is de opvolger van VTV 1993;² 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 grootte 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.³ 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

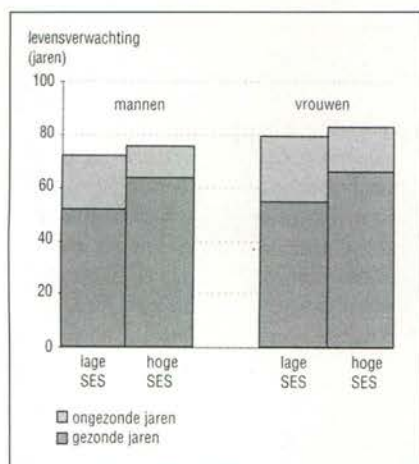
Nog nooit telde onze bevolking zo'n grote fractie mensen van 65 jaar en ouder als nu. Het aantal honderdjarigen en ouder is al meer dan duizend; dit waren er tot 1950 tientallen jaren lang maar zo'n 30. Dat betekent dat het aantal negentigers inmiddels vele duizenden bedraagt. We spreken in ons land 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.⁴

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 voornamelijk 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 guldens. Dat is van belang voor het volgende: in 1995 bestemde het kabinet 2 miljoen voor ontmoediging van roken onder jongeren; daar stonden enkele miljarden guldens aan tabaksaccijns tegenover.³

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 1955.⁵ 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. Alloctonen 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 (éénnegende 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.