

Van gezond naar beter

*Kernrapport van de
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*

F. van der Lucht en J.J. Polder

Van gezond naar beter

Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst

Verkenning 2010 Van gezond naar beter

Ontwerp

Bureau Op Stand – Den Haag

Illustraties

Klutworks – Den Haag

Omslag

Optima Forma – Den Haag

Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1

3720 BA Bilthoven

Auteursrechten voorbehouden

© 2010, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven



Bohn
Stafleu
van Loghum

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Het Spoor 2

3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt de redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270061005

ISBN: 978 9078 12233 3

NUR 860

Dit rapport is onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010

Van gezond naar beter (ISBN 978 9078 12233 3)

Gezondheid en determinanten (ISBN 978 9078 12234 0)

Effecten van preventie (ISBN 978 9078 12235 7)

Tijd en toekomst (ISBN 978 9078 12236 4)

Maatschappelijke baten (ISBN 978 9078 12237 1)

Verzamelbox Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010.

Van gezond naar beter (ISBN 978 9078 12238 8)

Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven
(ISBN 978 9078 12239 5, RIVM en SCP – niet in verzamelbox)

Voorwoord

Voor u ligt de vijfde editie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV): Van Gezond Naar Beter. Een veelzeggende titel. Het gaat goed met de gezondheid in Nederland. We leven steeds langer en de trends in ongezond gedrag zijn niet uitsluitend ongunstig. Maar het moet beter, we zijn nog niet terug in de top van Europa. We laten veel kansen op een betere gezondheid liggen en ook de verschillen in gezondheid tussen arm en rijk blijven fors. Investeren in gezondheid loont, want een goede gezondheid levert ook veel op, zoals verbeteringen in arbeidsproductiviteit en maatschappelijke participatie.

Het moet dus beter, en het kan ook beter. Dat blijkt uit deze VTV. Ik zal deze inzichten benutten bij het opstellen van de volgende kabinetsnota over preventie, die later dit jaar zal verschijnen. De ontwikkeling van beleid voor gezondheid en zorg is ook een zaak van andere partijen. Ook zij kunnen hun voordeel doen met deze VTV. Denk aan lokale overheden, GGD'en, preventie-instellingen, zorgverleners, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en andere partijen in het brede veld van de volksgezondheid. En ten slotte partijen buiten het traditionele domein van preventie en zorg. Al eerder heb ik aangegeven gezondheid een zaak van ons allemaal te vinden: andere ministeries en sectoren, werkgevers, scholen en maatschappelijke instellingen. Ook zij kunnen profiteren van de inzichten uit deze nieuwe VTV.

Evenals zijn voorgangers geeft deze VTV een nadere analyse van de informatie over de huidige Nederlandse volksgezondheid. Meer achtergronden zijn te vinden in de vier deelrapporten, waarmee dit kernrapport een onlosmakelijk geheel vormt. De totale rapportage leunt zwaar op de voortdurende en systematische actualisatie van informatie die het Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM publiceert op de VTV-websites 'Nationaal Kompas Volksgezondheid', 'Nationale Atlas Volksgezondheid' en 'Kosten van ziekten in Nederland'.

Naast de VTV 2010 verschijnt binnenkort de Zorgbalans. De Zorgbalans beschrijft de prestaties van de Nederlandse Gezondheidszorg aan de hand van 125 indicatoren over kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Waar de Zorgbalans vooral een overzicht geeft van de prestaties van de zorg en de ontwikkelingen daarin, beschrijft de VTV de volksgezondheid in de volle breedte met een blik op de toekomst. Gezamenlijk geven Zorgbalans en VTV een goed beeld van de Volksgezondheid en Zorg in Nederland.

Het RIVM heeft deze documenten gemaakt in nauwe samenwerking met gerenommeerde onderzoekers en instituten in Nederland. De auteurs zijn bovendien opnieuw ondersteund door een landelijke Wetenschappelijke Adviescommissie en een Begeleidingscommissie, bestaande uit een brede vertegenwoordiging van het ministerie van VWS. De inzet van velen maakte van de VTV 2010 ook deze keer weer een nationale onderneming. Ik wil al deze mensen van harte dank zeggen voor hun inspanningen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Dr. A. Klink



Inhoud

	Voorwoord	3
	De grote lijn: Van gezond naar beter	7
1	Nederlander leeft steeds langer	13
2	Meer ziekte maar niet minder gezond	25
3	Gezond leven in een gezonde omgeving	35
4	Een gezonde samenleving	45
5	Achter in gezondheid	53
6	De potentie van preventie	63
7	Een toekomst voor preventie	77
8	Zorg voor maatschappelijke baten	85
	VTV 2010: Producten, projectleiders, kernteam en begeleidende commissies	94



De grote lijn: Van gezond naar beter

Investeren in gezondheid, mogelijk, wenselijk.. en onontbeerlijk

Met de volksgezondheid in Nederland gaat het redelijk goed, afgaande op cijfers in deze editie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). Zo is de levensverwachting van Nederlanders de laatste jaren toegenomen.

Toch bevat deze verkenning geen pleidooi om in het volksgezondheidsbeleid gas terug te nemen. Integendeel. De verkenning leert dat investeren in gezondheid mogelijk en wenselijk blijft en voor de Nederlandse economie zelfs onontbeerlijk.

De VTV 2010 bevat een schat aan gegevens over de gezondheid van Nederlanders en de inspanningen om die te bevorderen. Het zet op een rij wat is bereikt en wat er dankzij lopend beleid de komende jaren verwacht mag worden.

Bovenal laat deze verkenning zien dat Nederland kan en moet blijven investeren in de gezondheid van burgers. Omdat gezondheid een groot goed is, maar ook omdat een vergrijzende economie gezonde burgers broodnodig heeft.

De levensverwachting van Nederlanders is nog steeds lager dan die van ons omringende en vergelijkbare landen. De achterstand ten opzichte van landen als IJsland, Zwitserland, Spanje, Zweden, Frankrijk en Italië is de afgelopen jaren niet kleiner geworden, daar waar ons land ooit voorop liep. Vooral de levensverwachting van Nederlandse vrouwen blijft achter. Bovendien bestaat er een zorgwekkend verschil tussen laag opgeleide en hoog opgeleide Nederlanders, en dat verschil wordt ondanks veel maatregelen in het verleden niet kleiner.

De frequentie van ongezonde leefgewoonten van Nederlanders neemt niet of nauwelijks af. Over de afgelopen onderzoeksperiode viel alleen op het gebied van roken lichte winst te melden, maar dat neemt niet weg dat Nederlanders nog steeds meer roken dan inwoners van landen om ons heen. Daar komt nog bij dat bijna de helft van de Nederlanders te zwaar is, en ruim tien procent lijdt zelfs aan ernstig overgewicht. Richtlijnen voor gezonde voeding worden op grote schaal niet gehaald, net als die voor lichamelijke beweging.

Het toch al zorgwekkende verschil tussen de levensverwachting van laag en hoog opgeleide Nederlanders blijkt nog dubbel zo groot wanneer wordt gekeken naar het aantal jaren dat mensen zonder lichamelijke gezondheidsbeperkingen leven. Laag opgeleide Nederlanders leven gemiddeld 14 jaar korter zonder beperkingen dan hoog opgeleiden. Ook dit verschil is in de de afgelopen jaren niet afgenomen.

Investeren in volksgezondheid is investeren in de samenleving en de economie als geheel, en daarmee een cruciale prioriteit voor de overheid.

Het gaat goed met de volksgezondheid ...

Nederlanders leven steeds langer

In Nederland is de levensverwachting tussen 2003 en 2008 met meer dan twee jaar gestegen tot 78,3 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen. Een dergelijke snelle stijging heeft sinds de Tweede Wereldoorlog niet plaatsgevonden en dit is ook meer dan in de vorige VTV's werd verwacht. De recente stijging is niet uniek voor Nederland. Ook in andere Europese landen stijgt de levensverwachting snel. De oorzaken zijn divers en voor een deel nog niet helemaal duidelijk, maar in elk geval heeft de daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten een grote rol gespeeld. Naar verwachting zal de levensverwachting tot 2050 verder toenemen met een jaar of zes.

Twee jaar langer in goede gezondheid

De twee extra levensjaren die er recent zijn bijgekomen worden grotendeels in goede gezondheid en zonder lichamelijke beperkingen doorgebracht. Wel blijken steeds meer mensen één of meerdere ziekten te hebben en zal ook in de toekomst het aantal chronisch zieken toenemen. Toch heeft dit niet geleid tot meer lichamelijke beperkingen of tot een minder goed ervaren gezondheid. De toename van het aantal ziekten is deels het gevolg van vroegere opsporing van ziekten, deels van een betere overleving. Daarmee vertoont de volksgezondheid een paradoxale trend: meer ziekte en tegelijkertijd niet minder gezondheid.

Trends in leefstijl niet langer ongunstig

De leefstijl van de Nederlander lijkt zich in gunstige zin te ontwikkelen. Het percentage rokers is na eerdere stabilisatie weer wat gedaald. Het aantal drugsgebruikers en probleemdrinkers neemt niet toe en de trends bij (ernstig) overgewicht lijken te stabiliseren. Sportbeoefening is de afgelopen jaren toegenomen. Mensen met een te hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterol zijn steeds vaker onder behandeling.

Omgeving steeds veiliger

Omgevingsrisico's worden steeds meer onderkend en aan banden gelegd. Zo blijft het aantal verkeersslachtoffers dalen. Milieurisico's zijn ondanks de toegenomen omgevingsdruk niet toegenomen. Ook wordt steeds meer bekend over de positieve bijdrage van de omgeving aan gezondheid. Daarbij gaat het niet alleen om de inrichting van de leefomgeving, maar ook om de sociale omgeving.

Nederlandse samenleving gezond

Nederland is een welvarend land. De verdeling van de welvaart wordt niet ongelijker en de gezondheidszorg is een van de meest toegankelijke ter wereld. Voor de

volksgezondheid zijn dit gunstige maatschappelijke omstandigheden. Omgekeerd heeft de volksgezondheid weer een gunstige invloed op de deelname aan het maatschappelijke en economische leven.

... maar het moet nog beter ...

Gezondheidsverschillen groot en hardnekkig

Een aanhoudende bron van grote zorg is dat laag opgeleide Nederlanders gemiddeld zes tot zeven jaar jonger overlijden dan hoog geschoolde Nederlanders. Dat verschil is onrustbarend groot en bovendien onbevredigend hardnekkig. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen hoog- en laagopgeleiden is met 14 jaar zelfs nog veel groter. Ondanks het gevoerde beleid zijn de gezondheidsverschillen de afgelopen jaren zeker niet afgenomen. Bij sommige leefstijlfactoren zoals roken, zijn de verschillen zelfs toegenomen. Om deze kloof te verkleinen moet het gezondheidsbeleid bij laagopgeleiden veel effectiever worden.

Levensverwachting van vrouwen blijft nog achter en het aantal chronisch zieken neemt toe

Ondanks de opmars in de levensverwachting is Nederland nog niet terug in de top van Europa, met name vanwege de achterblijvende levensverwachting van vrouwen. De levensverwachting van Nederlandse vrouwen is 82,3 jaar en ligt daarmee nog maar net boven het gemiddelde in de Europese Unie. De levensverwachting stijgt, maar tegelijkertijd neemt het aantal Nederlanders met een chronische ziekte toe. Dertien procent van alle Nederlanders heeft een lichamelijke beperking, waarbij beperkingen in bewegen het meeste voorkomen. Inmiddels heeft een op de drie chronisch zieken twee of meer aandoeningen. De toename in multimorbiditeit vraagt om vernieuwing van het chronisch ziekenbeleid.

Risicofactoren stabiliseren op ongunstig hoog niveau

De trends in leefstijlfactoren zijn weliswaar gestabiliseerd, maar het niveau waarop deze zich bevinden is nog veel te hoog. Het terugdringen van ongezonde leefgewoonten stagneert, vooral onder laag opgeleiden. Voorlichtingscampagnes ten spijt neemt het aantal probleemdrinkers en drugsmisbruikers niet af, en dat zelfde geldt voor het aantal Nederlanders met (ernstig) overgewicht. Nog steeds is 40 tot 50 % van de Nederlanders te zwaar. Eén op de negen Nederlanders kampt zelfs met ernstig overgewicht. Onder 2- tot 9-jarigen is één op de zeven te zwaar. Het kan echter nog erger, want in vrijwel alle omringende landen zijn deze aandelen nog hoger. Meer dan de helft van de Nederlanders voldoet niet aan de richtlijnen voor gezonde voeding, vooral waar het gaat om het eten van genoeg groente en fruit. Bijna de helft van de Nederlanders krijgt minder lichaamsbeweging dan de norm van een half uur

matig intensieve lichamelijke activiteit per dag. Alleen het aantal rokers nam de afgelopen jaren, na jaren stilstand, weer wat af. Toch kent Nederland met 27% nog steeds een hoger percentage rokers dan omliggende landen. De in de Preventienota uitgesproken ambitie om in 2010 nog 20% rokers te hebben is bij lange na niet gehaald. Het is belangrijk te constateren dat ongezonde leefgewoonten vaak in combinatie voorkomen. Een deel van de Nederlanders, vooral groepen die weinig opleiding hebben genoten, vertonen meerdere vormen van ongezond gedrag tegelijk. Dat effect treedt op in alle leeftijds-categorieën.

Nieuwe omgevingsrisico's vereisen continue alertheid

De omgeving wordt steeds veiliger, maar er zijn ook nieuwe gezondheidsrisico's. De betekenis van infectieziekten is in de achterliggende jaren aanzienlijk toegenomen. Ziekten als Q-koorts vormen niet alleen een bedreiging voor de volksgezondheid, maar gaan ook gepaard met maatschappelijke onrust vanwege de onzekerheid en de ingrijpende gevolgen, zowel voor de volksgezondheid als voor de agrarische sector. Hetzelfde geldt voor dreigende pandemieën. Een veilige en gezonde leefomgeving vraagt voortdurend om aanpassing aan nieuwe bedreigingen.

Participatie van mensen met een ziekte of beperking blijft achter

Een chronische aandoening is een belangrijk obstakel voor maatschappelijke participatie, vooral als de ziekte gepaard gaat met beperkingen. Om de participatie te verhogen is het zowel van belang om de omgeving toegankelijker te maken als om persoonlijke competenties van mensen met een chronische ziekte of beperking te verbeteren. Nationale én lokale overheden kunnen investeren en samenwerken in wegen om beperkingen te voorkomen en de gevolgen van beperkingen te verminderen. De volksgezondheid is ook gebaat bij een samenleving die meer open staat voor burgers met beperkingen, die betere hulpmiddelen ontwikkelt en meer mensen toegang geeft tot zulke middelen. Een samenleving, kortom, waaraan meer mensen volwaardig kunnen deelnemen. Dat is ook van belang omdat Nederland een periode van vergrijzing en een krimpende beroepsbevolking tegemoet gaat. Om de economie op peil te houden zal 'alle hens aan dek' moeten komen. Gezonde burgers, zonder lichamelijke of psychische beperkingen, zullen broodnodig zijn. Voor de Nederlandse overheid is investeren in volksgezondheid óók investeren in de samenleving en de economie als geheel, en dus een cruciale prioriteit.

... en het kan ook beter

1. Gezondheidsbescherming levert veel gezondheid op

Gezondheidsbeschermende maatregelen op het terrein van hygiëne, schoon drinkwater en betere huisvesting hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de vermindering van infectieziekten, en doen dit nog steeds. Dit heeft geleid tot een sterke daling van de sterfte, waardoor de levensverwachting sterk is toegenomen. Ook is veel winst geboekt in het arbeidsomstandighedenbeleid. De blootstelling aan gezondheidsrisico's op de werkvloer is de afgelopen decennia fors afgenomen. Een ander succes van gezondheidsbescherming is de reductie van het aantal verkeersslachtoffers sinds de jaren zeventig. Naast wetgeving en handhaving en infrastructurele maatregelen hebben ook de toegenomen veiligheid van auto's en het verbeterde rijgedrag een rol gespeeld. Dit onderstreept het belang van samenhangend beleid. Gezondheidsbescherming is blijvend van belang, zeker in een dichtbevolkt land als Nederland met veel mensen, veel mobiliteit en bedrijvigheid op een relatief klein oppervlak. Innovatie is vereist.

2. Onbenutte mogelijkheden van ziektepreventie verzilveren

In de tweede helft van de vorige eeuw is het vooral de ziektepreventie geweest die aan een verdere stijging van de levensverwachting heeft bijgedragen, door de komst van vaccinaties, cholesterol- en bloeddrukverlagers en de screening op bepaalde vormen van kanker. Ook de screeningen en de vroegsignalering in de jeugdgezondheidszorg zijn over het algemeen als een succes te typeren, vooral vanwege het hoge bereik van de doelgroep. Verdere gezondheidswinst is mogelijk wanneer onbenutte mogelijkheden van screening en vaccinatie worden geïmplementeerd.

3. Potentie van gezondheidsbevordering realiseren

Sinds de vorige preventienota krijgt leefstijlverandering veel aandacht. Zo zijn er speerpunten gedefinieerd met ambitieuze doelen ter vermindering van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. En dat is natuurlijk niet zonder reden, want de belangrijkste chronische aandoeningen van vandaag hebben veel te maken met ongezond gedrag van mensen. Aandacht voor leefstijl en gezondheidsbevordering is dan ook een logisch vervolg op de ziektepreventie. Het veranderen van leefstijl is echter niet gemakkelijk. Meerdere dilemma's spelen daarbij een rol. Burgers blijven vrij in hun keuzes, er zijn maar weinig interventiemethoden waarvan het effect is bewezen en de institutionele omgeving van de gezondheidsbevordering werkt eerder tegen dan mee. Daardoor zijn de effecten nog steeds beperkt en wordt een aantal preventiedoelen niet gehaald. Er is daarom volop ruimte voor verbetering. Voor het realiseren van gezondheidswinst hebben combinaties van wettelijke maatregelen, accijnzen, omgevingsinterventies en leefstijlinterventies

de beste papieren. Dit impliceert een zorgvuldige mix van landelijke en lokale maatregelen. Het bereiken van effecten bij laagopgeleiden vereist extra aandacht. Dit heeft vooral kans als rekening wordt gehouden met de achterliggende maatschappelijke determinanten en de inrichting van de fysieke en sociale omgeving.

Volksgezondheidsbeleid op lange termijn

Nederland zet de stap van gezond naar beter niet zonder de nodige inspanningen. De wil om beter te worden is wel aanwezig, maar er moet nog veel gebeuren. Daarbij kan worden voortgebouwd op de preventievisie van het ministerie van Volksgezondheid uit 2007: 'Gezond zijn, gezond blijven'. Vanuit deze VTV kunnen de volgende stappen voor de lange termijn worden onderscheiden om daadwerkelijk van gezond naar beter te gaan.

Maatschappelijk actieprogramma: netwerkbenadering versterken

Via een netwerkbenadering kan in de complexe omgeving van de volksgezondheid een stap worden gezet. Voor het slagen van een dergelijke benadering zijn inhoudelijke deskundigheid en leiderschap op alle fronten van eminent belang. Om die reden wordt ook wel gesproken over een 'concerted action'. Dat wil zeggen, een gezamenlijk en samenhangend actieprogramma dat gebaseerd is op de best beschikbare kennis. Alle partijen die ertoe doen zijn daarin vertegenwoordigd en er is een eenduidige regie. Daadkracht en draagvlak dienen in balans te zijn. Een 'concerted action' is dan ook een kwestie van lange adem en vraagt om een gevoel van urgentie, politieke wil, grote betrokkenheid, een gedeelde visie en de bereidheid om over eigen deelbelangen heen te stappen. De minister van VWS is de aangewezen persoon om zo'n actieprogramma op te starten.

Heldere doelen op elk niveau

Een samenhangende nationale visie op volksgezondheid zou moeten uitmonden in heldere en haalbare gezondheidsdoelen met heldere verantwoordelijkheden op elk bestuursniveau. Voor elk van die doelen moet uitvoering en financiering worden geregeld. Sommige doelen en verantwoordelijkheden moeten publiek worden ingevuld; andere kunnen beter privaat worden geregeld. Sommige verantwoordelijkheden moeten landelijk worden genomen; andere kunnen beter bij lokale overheden worden neergelegd.

Niveaus van bestuurlijke aanpak

Gezondheidsbevordering, gericht op aanpassing van de omgeving en de leefstijl van burgers, heeft net als

gezondheidsbescherming en ziektepreventie landelijke doelen en kaders nodig. Sommige vormen van gezondheidsbevordering moeten worden opgenomen in het standaard takenpakket van gemeentelijke gezondheidsdiensten, net zoals dat eerder met jeugdgezondheidszorg en medische milieukunde is gebeurd. Lokale bestuurslagen moeten alleen die verantwoordelijkheden krijgen waarmee ze uit de voeten kunnen. Gemeentelijke rapportages zullen zichtbaar moeten maken welke lokale preventiemaatregelen zijn uitgevoerd, welke burgers zijn bereikt en wat daarvan het effect op de gezondheid is geweest.

Afweging in samenhang

Om met schaarse publieke middelen zo veel mogelijk gezondheidswinst te bereiken, is groeiende behoefte aan methoden om kosten, baten en maatschappelijke voor- en nadelen van preventie- en zorgmaatregelen in samenhang af te wegen. Wanneer is een investering in zorg gerechtvaardigd, wanneer verdient preventie de voorkeur? Levert een investering buiten de gezondheidssector per saldo meer gezondheidswinst op? De meest effectieve oplossing ligt soms op onverwacht terrein.

Kennisagenda voor een betere volksgezondheid

Een maatschappelijk perspectief op de volksgezondheid kan alleen vorm krijgen als dit ondersteund wordt door strategisch onderzoek. Het belang van de samenleving voor gezondheid en andersom is evident, maar hoe een en ander werkt, is minder bekend. De complexiteit van volksgezondheidsvragen neemt toe waardoor eenvoudige oplossingen niet meer volstaan. Voor het verkennen en ontwerpen van fijnmaziger oplossingen zal meer nog dan nu strategisch, multidisciplinair onderzoek nodig zijn, waaraan ook professionals uit het veld bijdragen leveren. Ook zullen van de minister van VWS inspanningen nodig zijn om te zorgen dat in de toekomst voor het gehele terrein van de volksgezondheid actuele informatie beschikbaar zal zijn.

Volksgezondheidsbeleid op korte termijn

Ook op de korte termijn valt extra gezondheidswinst te behalen door goed lopende zaken te versterken en door op sommige terreinen nieuwe keuzes te maken.

1. Universele preventie koesteren en innoveren

Universele preventie is die vorm van preventie die zich richt op de algemene bevolking die geen verhoogd risico op ziekte heeft. Gezondheidsbescherming valt hier bijvoorbeeld onder. Dit is een substantieel onderdeel van preventie dat vaker expliciet benoemd en geroemd mag

worden. Universele preventie wordt soms niet direct als zodanig herkend, maar het belang voor de volksgezondheid blijft groot. Tegelijk is innovatie in deze sector belangrijk, bijvoorbeeld waar het gaat om publieksvoorlichting en -communicatie. Meer dan voorheen zullen nieuwe, digitale media moeten worden gebruikt om doelgroepen effectief te bereiken. Verder dienen omgevingsveranderingen veel meer aandacht te krijgen, bijvoorbeeld door wettelijke maatregelen. Deze blijken effectiever dan gedragsverandering te zijn. Waar het gedragsverandering betreft is het aan te raden om aan te sluiten bij cruciale momenten in de levensloop van mensen, zoals de overgang van studeren naar werken, zwangerschap of pensionering. Op het terrein van ziektepreventie zijn nog verschillende onbenutte mogelijkheden voor vaccinatie en screening, waaronder het bevolkingsonderzoek op dikkedarmkanker. Deze mogelijkheden dienen zorgvuldig op alle voor- en nadelen gewogen te worden. Aandacht voor maatschappelijke determinanten, zoals de sociaal-economische verschillen, valt ook onder universele preventie. Deze determinanten vergen een integraal en samenhangend beleid. Een afwegingskader met aandacht voor uiteenlopende belangen kan heel behulpzaam zijn om op dit weerbarstige terrein een stap voorwaarts te zetten.

2. Selectieve preventie: institutionele barrières opruimen

Selectieve preventie gaat over het opsporen van hoogrisicogroepen, en het begeleiden van deze mensen naar geïndiceerde preventie en zorg. Het terrein van de selectieve preventie is een grijs gebied, dat zowel overlap vertoont met het werkterrein van de openbare gezondheidszorg als van de eerstelijnszorg. Op dit moment is daarom ook niet duidelijk hoe deze tak van preventie gefinancierd moet worden. Op dit terrein valt dus nog veel gezondheidswinst te behalen. Te denken valt aan programma's die zich richten op wijken waar veel laag opgeleiden wonen of speciale doelgroepen, zoals voortijdig schoolverlaters. Winst is ook te behalen als er veel meer wordt samengewerkt tussen enerzijds de openbare gezondheidszorg, bedrijfsartsen en schoolartsen en anderzijds de eerstelijnszorg. Voor lokaal beleid liggen hier nieuwe mogelijkheden, bijvoorbeeld als het gaat om nieuwe mogelijkheden om preventie en zorg te verbinden. Innovatie in organisatie en financiering is daarbij vereist.

3. Geïndiceerde preventie een groter bereik geven

Met het toeleiden van mensen naar interventies naderen we het terrein van de individuele preventie. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Het verschil daartussen is dat de doelgroep bij geïndiceerde preventie nog geen gezondheidsprobleem heeft, maar alleen een verhoogd risico daarop. Vanwege dit risico zijn mensen geïndiceerd voor preventie. Van gecombineerde leefstijlinterventies op

het gebied van roken, overgewicht en alcoholgebruik is de effectiviteit aangetoond. Geïndiceerde preventie wordt nog maar weinig toegepast. Er kan veel gezondheid worden gewonnen door het aanbod uit te breiden en de vraag te vergroten door interventies op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering.

4. Zorggerelateerde preventie in richtlijnen en beroepshouding

Zorggerelateerde preventie betreft het voorkomen van complicaties bij mensen die al gezondheidsproblemen hebben, als een onderdeel van goede zorg. Het voorkomen van beperkingen is dan van groot belang. Verschillende vormen van zorggerelateerde preventie zijn al in zorgstandaarden en richtlijnen opgenomen. Meer gezondheid valt te winnen door meer vormen van preventie in zorgrichtlijnen op te nemen en ze ook toegankelijk te maken voor burgers bij wie verhoogde risico's zijn vastgesteld maar die nog niet bij zorgverleners onder behandeling zijn. Voor de effectuering hiervan is het cruciaal dat artsen en andere professionals het belang van preventie onderkennen en onderschrijven.

Gezondheid levert de samenleving veel op

De stap van gezond naar beter vergt investeringen in preventie en zorg. Daar staan grote maatschappelijke baten tegenover. De meeste burgers vinden hun gezondheid het allerbelangrijkst, en alleen daarom al goud waard. Voor de samenleving als geheel zijn gezonde burgers cruciaal menselijk kapitaal. Lichamelijke en psychische beperkingen leiden tot het buitensluiten van groepen burgers wier participatie aan onze samenleving en economie van levensbelang is. Gezondheid is van invloed op de schoolprestaties en de loopbaan van mensen en beïnvloedt de arbeidsparticipatie, het arbeidsverzuim en de arbeidsproductiviteit. Een betere volksgezondheid draagt bij aan de economische groei en speelt een onmisbare rol bij de vermindering van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Gezondheid is ook een belangrijke factor voor andere vormen van maatschappelijke participatie, waaronder vrijwilligerswerk en mantelzorg. Een goede volksgezondheid en een hoogontwikkelde, welvarende samenleving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Niet de zorguitgaven maar een verslapping van het volksgezondheidsbeleid is de echte schadepost voor de samenleving. Preventie en zorg dragen bij aan de economie en, wat misschien nog wel belangrijker is, zij geven uitdrukking aan maatschappelijke waarden die Nederlanders hoog in het vaandel hebben. Investeren in gezondheid is mogelijk, wenselijk en onontbeerlijk. Van gezond naar beter wordt uiteindelijk iedereen beter!



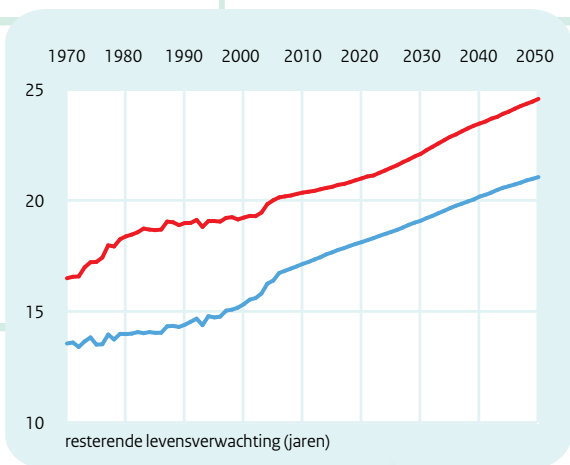
1

Nederlander leeft steeds langer

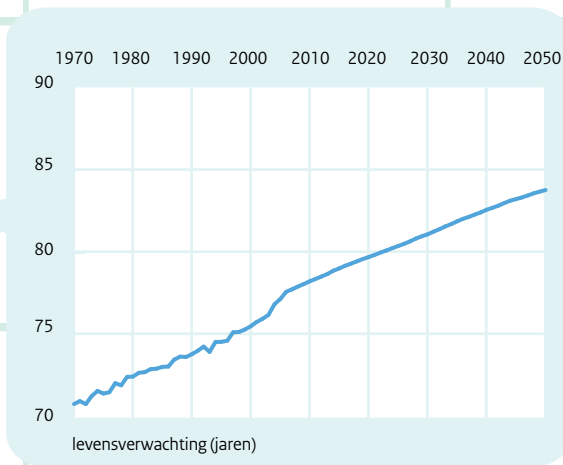
Op 13 oktober 2009 overleed de laatste Nederlander die de gehele twintigste eeuw had meegemaakt: Grietje Jansen-Anker werd 112 jaar oud (1). Het laatste jaar van haar leven woonde ze in een verzorgingshuis in Rotterdam, samen met haar dochter! Ze schuwde publiciteit, want het bereiken van een hoge leeftijd vond zij geen bijzondere verdienste. Maar misschien dan geen verdienste, bijzonder was het natuurlijk wel, want tot op heden is het een zeldzaamheid als mensen leeftijden van 110 jaar en ouder bereiken. Maar dat neemt niet weg dat de levensverwachting gestaag toeneemt, en de laatste jaren zelfs in een versneld tempo.

1.1 Historie en toekomst van de levensverwachting, 1970-2050 (Bron: CBS)

Resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd

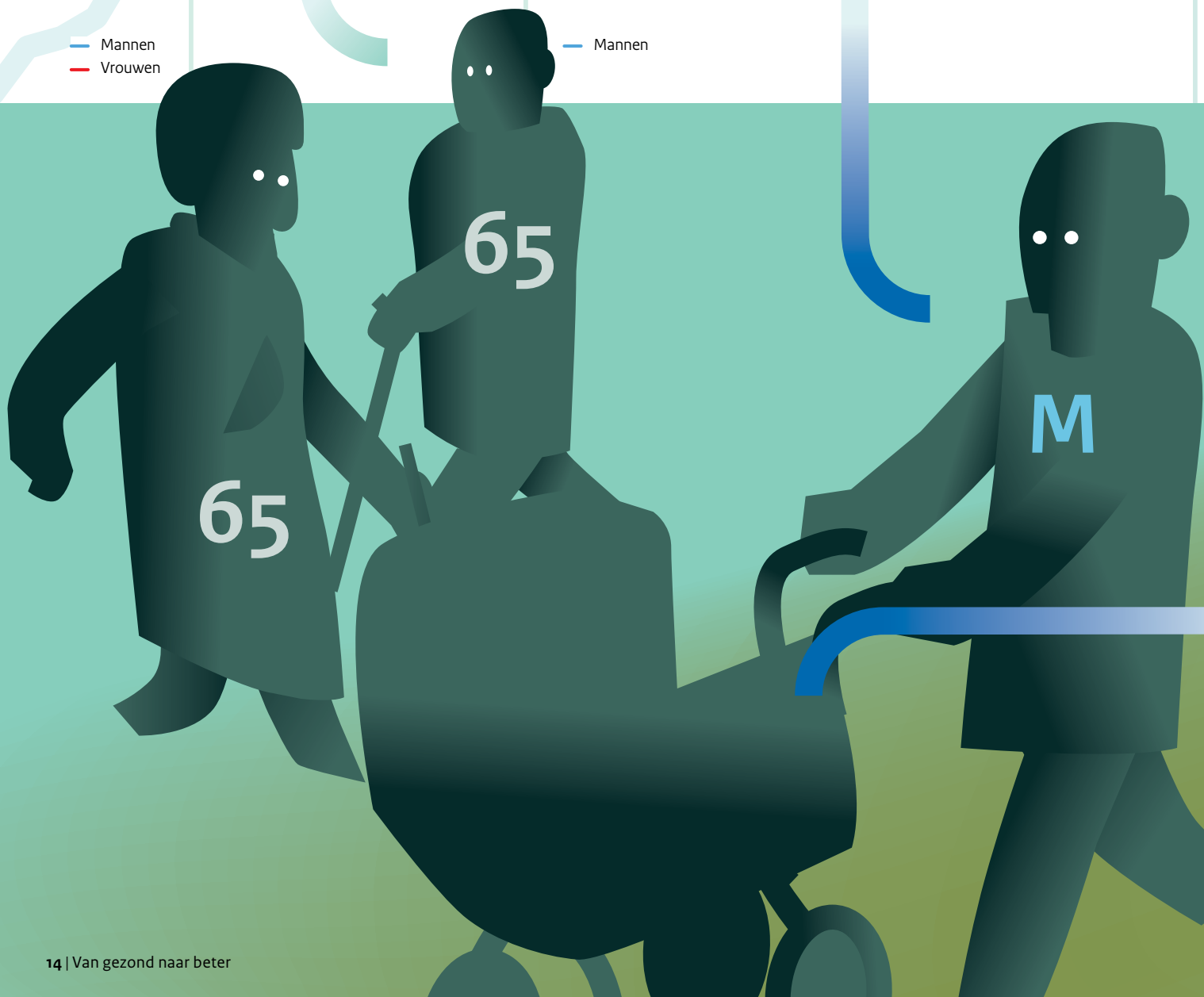


Mannen, bij de geboorte

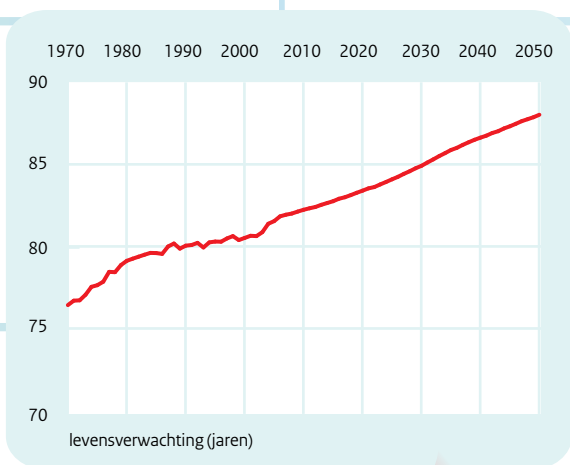


— Mannen
— Vrouwen

— Mannen

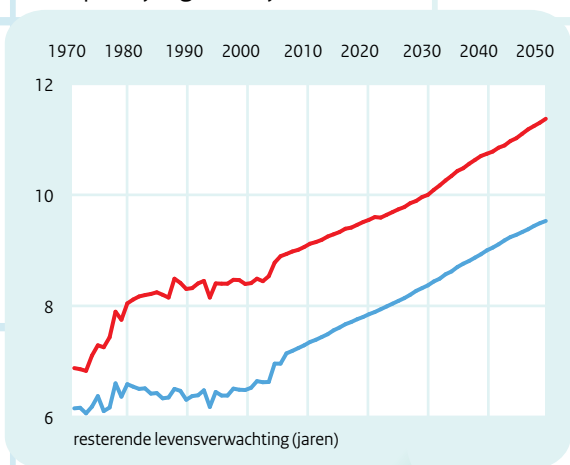


Vrouwen, bij de geboorte

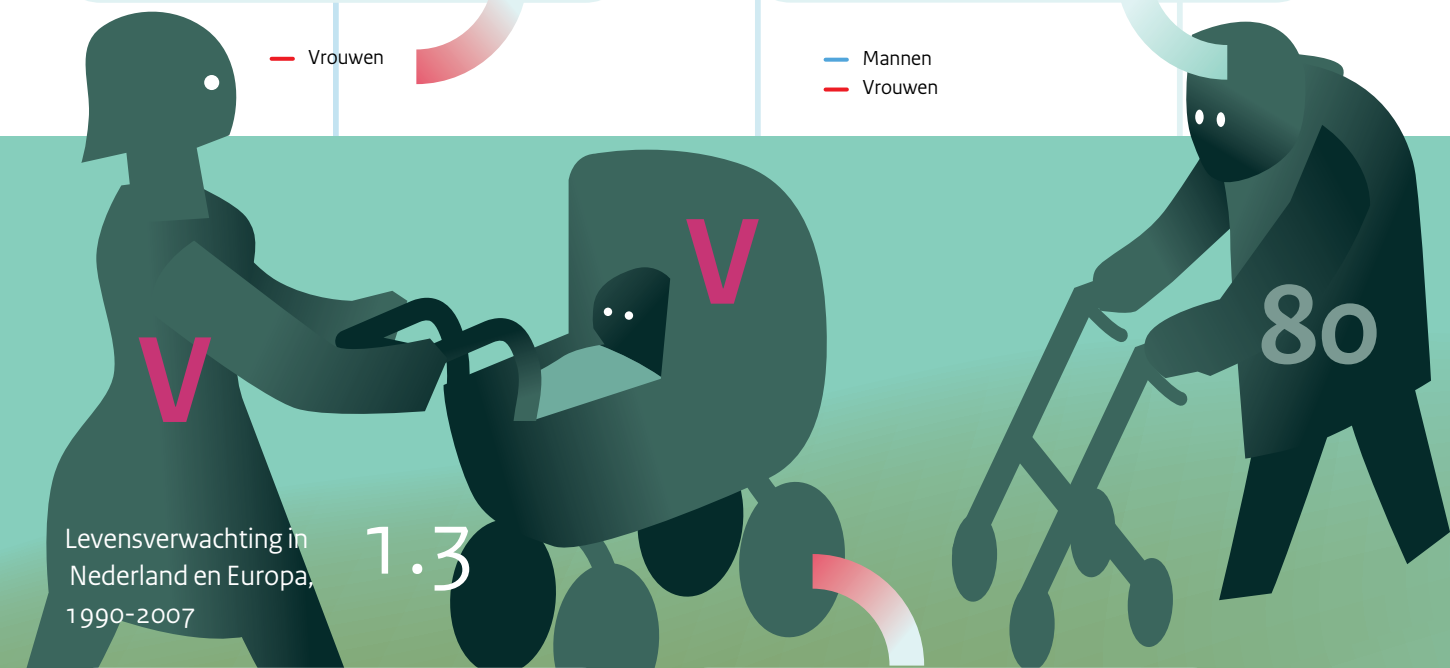


— Vrouwen

Resterende levensverwachting op 80-jarige leeftijd

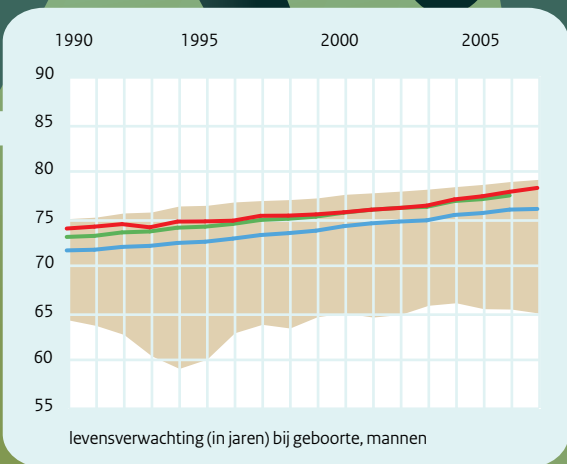


— Mannen
— Vrouwen

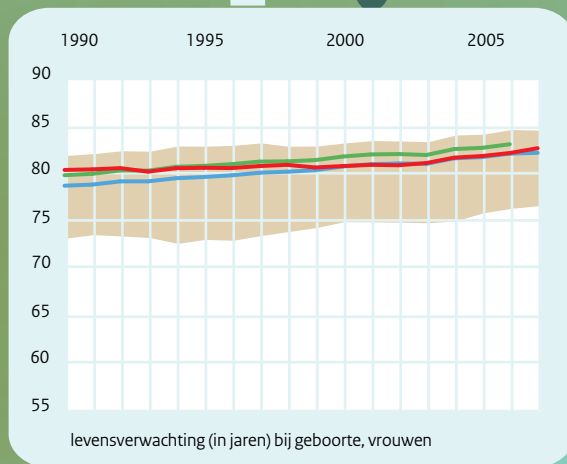


Levensverwachting in Nederland en Europa, 1990-2007

1.3



levensverwachting (in jaren) bij geboorte, mannen



levensverwachting (in jaren) bij geboorte, vrouwen

— Nederland
— EU 15
— Eu 27
— Bandbreedte

De actualiteit van de levensverwachting

Onverwacht sterke toename van de levensverwachting, ...
Sinds 2002 stijgt de levensverwachting opvallend snel. Dit geldt zowel voor de levensverwachting bij geboorte, als voor de levensverwachting op 65- en op 80-jarige leeftijd (*afbeelding 1.1*). Deze stijging was niet eerder voorzien. In 2008 werd al een hogere levensverwachting bereikt dan in de VTV 2006 voor het jaar 2025 werd voorspeld (*afbeelding 1.2*). In de VTV 2006 werd wel melding gemaakt van een mogelijke omslag, maar dat de ontwikkelingen zo snel zouden gaan kon toen nog niemand vermoeden. Het blijft daarom ook lastig om precies te achterhalen waardoor de snelle stijging van de levensverwachting wordt veroorzaakt. Er zijn aanwijzingen dat milde zomers en zachte winters een rol spelen, vooral als het gaat om de sterfte onder ouderen. Ook het steeds minder roken van mannen biedt een verklaring en waarschijnlijk spelen de toegenomen welvaart en cohorteffecten een rol. Met cohorteffecten wordt bedoeld dat mensen uit bepaalde geboortejaren lagere sterftekansen hebben door gunstiger levensomstandigheden in hun jeugd. Maar volgens de Rotterdamse hoogleraar Johan Mackenbach biedt dit geen afdoende verklaring voor de versnelling die nu optreedt (2). Zijn hypothese is dat de recente stijging van de levensverwachting het gevolg is van meer en betere zorg sinds het begin van de eenentwintigste eeuw. Deze hypothese komt niet uit de lucht vallen. Bekend is bijvoorbeeld dat zeker de helft van de gestegen levensverwachting sinds de oorlog tot ongeveer de eeuwwisseling, namelijk zo'n vier jaar, op het conto van medische zorg en preventie kan worden geschreven (3).

... maar nog niet terug in de top van Europa
Met een levensverwachting van 78,3 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen behoort Nederland zeker niet tot de achterblijvers in Europa. De levensverwachting van Nederlandse mannen behoort zelfs tot de hoogste in de EU-27 (*afbeelding 1.3*). Groot zijn de verschillen met de nieuwe Europese lidstaten zoals Letland en Litouwen, waar mannen gemiddeld dertien jaar korter leven. Voor vrouwen is het beeld veel minder gunstig. Weliswaar is de levensverwachting van vrouwen aanzienlijk hoger dan voor mannen, maar ten opzichte van andere Europese landen scoren de Nederlandse vrouwen niet goed of slecht. Hun levensverwachting blijft steken tussen het gemiddelde van de EU-15 en de EU-27. *Afbeelding 1.3* laat zien dat Nederlandse vrouwen sinds 1980, toen ze de voorhoede vormden, een aanzienlijke achterstand hebben opgelopen. Dit heeft te maken met de verhoudingsgewijs hogere sterfte bij Nederlandse vrouwen op middelbare en hogere leeftijd, en de geringere daling van deze sterfte in vergelijking met andere landen.

In Europa behoren de levensverwachtingen tot de hoogste ter wereld, Japan uitgezonderd. Nederland en andere westerse landen combineren een hoge welvaart met een hoge levensverwachting. De meeste landen in Afrika, Azië en Zuid-Amerika staan hiermee in schril contrast, zoals *afbeelding 1.4* laat zien.

Forse verschillen binnen Nederland
De gemiddelde levensverwachting is een prima indicator voor de volksgezondheid, maar daarbij is het goed om oog te hebben voor verschillen binnen de bevolking. En die verschillen zijn binnen Nederland zeker niet onbetekend. *Afbeelding 1.5* laat zien dat in de provincies Zeeland, Zuid-Holland en Utrecht de levensverwachting het hoogst is, uitgezonderd de grote steden. Opvallend laag is de levensverwachting in Zuid-Limburg en Twente, die mogelijk samenhangt met een historie van zware beroepen in de mijnbouw en de industrie. Ook in Groningen en de Betuwe is de levensverwachting naar verhouding laag, hetgeen diepe wortels heeft in de sociaaleconomische positie van beide regio's, die tot op de dag van vandaag laag is. Geografische verschillen staan niet op zichzelf, maar geven uitdrukking aan verschillen in welstand, opleiding en etnische verschillen. In de grote steden verschilt de levensverwachting zelfs per buurt. Sociaaleconomische invloeden spelen daarbij een bepalende rol. Hoogopgeleiden leven gemiddeld zo'n zes jaar langer dan laagopgeleiden, en voor hogere inkomensgroepen geldt iets soortgelijks.

De historie van de levensverwachting

De eeuw van Grietje Jansen was een eeuw vol verandering, vooruitgang en ontwikkeling. In allerlei opzichten: economisch, technologisch, maatschappelijk en ook met betrekking tot de volksgezondheid. Welvaart en gezondheid gingen hand in hand en in samenloop met allerlei ontwikkelingen voltrok zich in de twintigste eeuw een omvangrijke epidemiologische transitie, waardoor de levensverwachting steeg en de verschillende doodsoorzaken toe- en afnamen.

Levensverwachting stijgt continu sinds 1850
Omstreeks 1900 bedroeg de levensverwachting bij geboorte ongeveer vijftig jaar voor vrouwen en voor mannen iets minder. Dat was al hoog in vergelijking met enkele decennia eerder. Vooral sinds 1875 was er veel winst geboekt, maar de grote stijging stond nog voor de deur (*afbeelding 1.6*). In de twintigste eeuw steeg de levensverwachting als nooit tevoren. Aanvankelijk door betere huisvesting, voeding en hygiënische omstandigheden, en vanaf de Tweede Wereldoorlog ook in toenemende mate door vaccinaties, preventie en medische zorg. *Afbeelding 1.6* toont een min of meer continu stijgende curve, slechts ruw

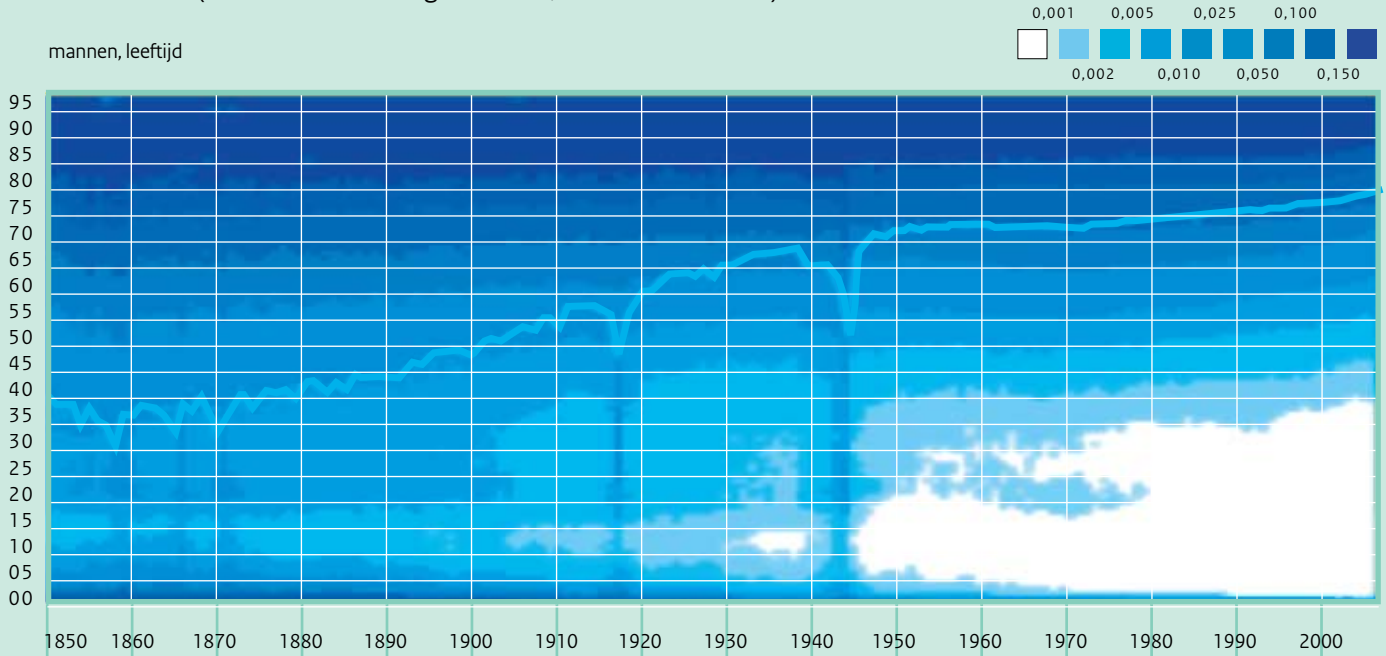
1.2 Kernboodschappen over de levensverwachting in vijf VTV's



VTV	Peiljaar	Levensverwachting		Projectiejaar	Levensverwachting		Kernboodschap
		mannen	vrouwen		mannen	vrouwen	
1993	1990	73,8	80,1	2010	75	81,5	De levensverwachting van de Nederlander zal in 2010 één à anderhalf jaar langer zijn dan in 1990. Deze winst in levensduur gaat maar gedeeltelijk in gezonde jaren zitten.
1997	1994	74,6	80,3	2015	77,1	81,3	Er is nog steeds sprake van een toename in levensverwachting. Verschuiving van doodsoorzaken; mannen halen de achterstand in.
				2050	80	83	
2002	2000	75,5	80,6	2020	78	81,7	In Nederland leven we steeds langer, en steeds langer in goede gezondheid.
2006	2003	76,2	80,9	2025	78,0-79,5	81,1-82,5	De Nederlander leeft langer en langer in goede gezondheid.
				2050	79,6	82,6	
2010	2008	78,3	82,3	2025	80,4	84,1	Onverwacht sterke toename van de levensverwachting, maar Nederland nog niet terug in de top van Europa.
				2050	83,8	88,1	

1.6

Sterftekansen en levensverwachting in Nederland, 1850-2008 (Bron: CBS-bevolkingsstatistiek, bewerkt door NIDI)



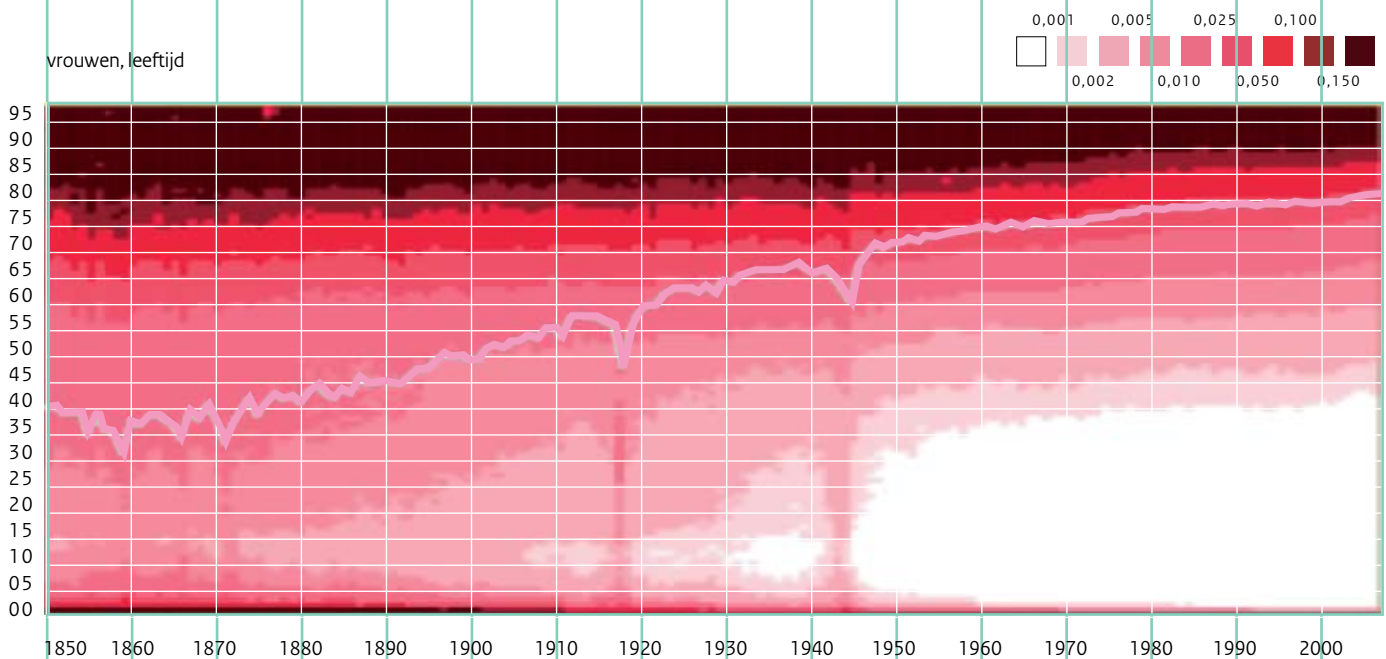
Spaanse griep



Hongerwinter



Verkeersveiligheid

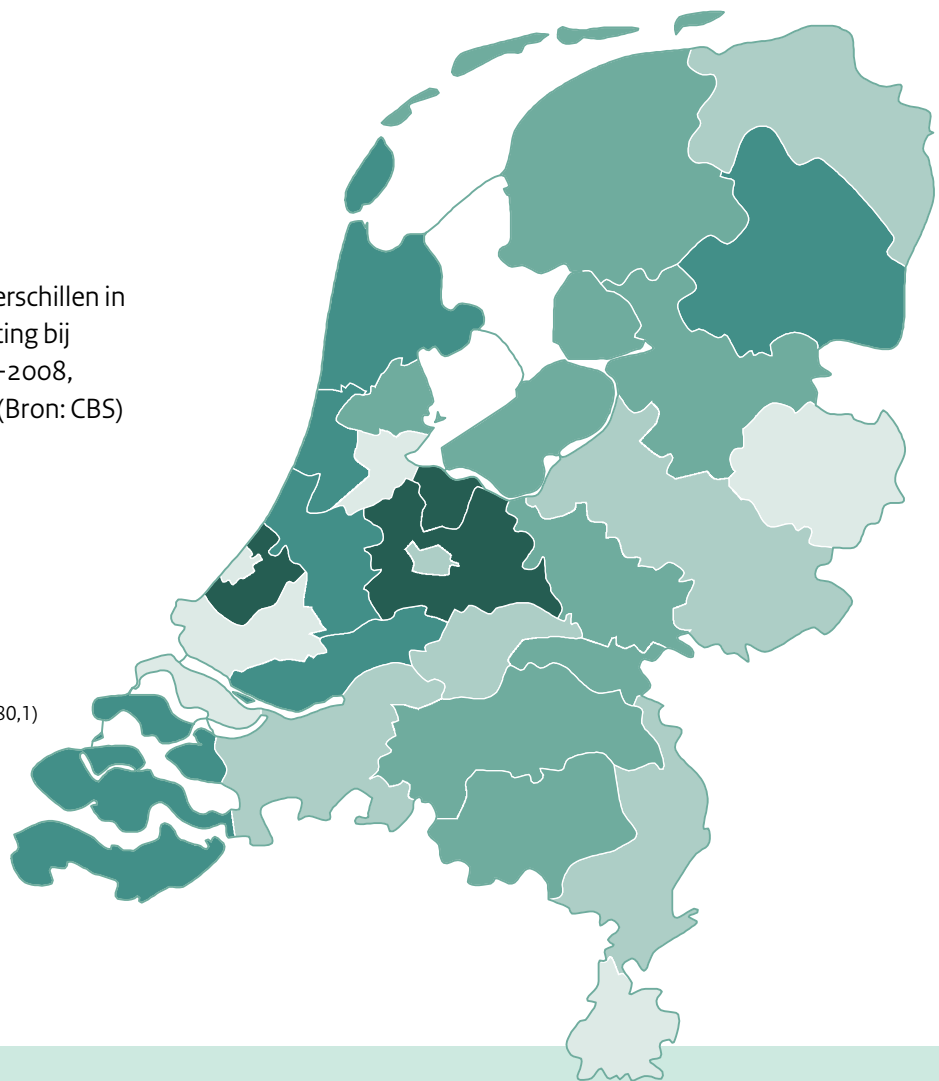


1.5

Geografische verschillen in levensverwachting bij geboorte 2005-2008, per GGD-regio (Bron: CBS)

- 79,0 - 79,5
- 79,5 - 80,0
- 80,0 - 80,5
- 80,5 - 81,0
- 81,0 - 81,5

Jaren (gemiddelde is 80,1)



1.4

Mondiale verschillen in welvaart en levensverwachting, 2007



onderbroken door de Spaanse griep (1918) en de Hongerwinter (1944/45).

Verder blijkt dat de levensverwachting van mannen ook een tijdje heeft stilgestaan, zo tussen 1950 en 1970, waardoor de toch al aanwezige achterstand ten opzichte van vrouwen verder toenam.

Sterfte schuift op naar steeds hogere leeftijden

Het is vooral te danken aan de daling van de kindersterfte dat de levensverwachting steeg. Rond 1900 bedroeg de sterfte in het eerste levensjaar nog zo'n 15%, een eeuw later was dit gereduceerd tot minder dan een 0,5%. Maar niet alleen de kindersterfte daalde. Op alle leeftijden zijn de sterftেকansen omlaag gegaan. *Afbeelding 1.6* brengt dit fraai in beeld, waarbij in één oogopslag duidelijk wordt dat de sterfte als het ware uit de leeftijdsgroepen van één tot veertig jaar wordt weggedrukt naar hogere leeftijden (4). De grafieken tonen daarnaast ook de belangrijke incidentele gebeurtenissen, zoals de eerder genoemde Hongerwinter en de Spaanse griep evenals een aantal uitbraken van infectieziekten (cholera en pokken) in de negentiende eeuw. Uit de vergelijking van mannen en vrouwen volgen nog twee opmerkelijke dingen: een hogere sterfte bij jonge mannen vanaf eind jaren vijftig tot halverwege de jaren zeventig veroorzaakt door verkeersongevallen, en een toename van de sterfte bij mannen van vijftig jaar en ouder, een langetermijngevolg van het toegenomen rookgedrag vanaf de jaren twintig.

Sterfte aan hart- en vaatziekten sinds de jaren zeventig spectaculair gedaald

Het begrip 'epidemiologische transitie' viel al even. Daarmee wordt bedoeld dat achter de ontwikkeling van de levensverwachting een veranderend sterfjepatroon schuilgaat. Vanaf de late negentiende eeuw overleden steeds minder mensen aan infectieziekten, en in de twintigste eeuw kwamen welvaartsziekten als hart- en vaatziekten en kanker daarvoor in de plaats. Vooral de ontwikkeling op het gebied van hart- en vaatziekten heeft de levensverwachting sterk beïnvloed. Na een periode van een sterke toename is de sterfte aan hart- en vaatziekten vanaf de jaren zeventig namelijk spectaculair gedaald (*afbeelding 1.7*). Naast een gezondere leefstijl, minder roken door mannen, hebben de komst van preventieve medicatie (cholesterol- en bloeddrukverlagers), nieuwe operatieve technieken ('dotteren' en bypassoperaties) en organisatorische innovaties ('stroke units') daarbij een grote rol gespeeld. Anno 2010 heeft kanker de eerste plaats onder de doodsoorzaken ingenomen.

De toekomst van de levensverwachting

Wat brengt de toekomst? Zal de levensverwachting verder stijgen, of is zo langzamerhand de maximale levensverwachting bereikt? Dit laatste lijkt onwaarschijnlijk, gelet op de recente sterke stijging van de levensverwachting in Nederland en op de hogere levensverwachting in andere landen. Ook bleken eerdere prognoses van de levensverwachting stelselmatig te laag (*afbeelding 1.2*). Vanwege de recente versnelling in de levensverwachting is wel de gedachte geopperd dat een nieuwe epidemiologische transitie in aantocht is. Ook eerdere transities werden door een sterke toename van de levensverwachting gemarkeerd. Wat die nieuwe transitie precies zou moeten inhouden is nog niet zo duidelijk, maar het zou te maken hebben met een grotere rol van omgevingsinvloeden ten opzichte van de gedragsfactoren. In *hoofdstuk 3* wordt daar nader op ingegaan.

Tot 2050 neemt de levensverwachting met zes jaar toe

Hoewel resultaten uit het verleden geen garanties bieden voor de toekomst, wordt in projectiemethoden van de levensverwachting wel het uitgangspunt gekozen in historische trends. Dat gebeurt op eenvoudige en meer geavanceerde manieren. Wij volgen hier Fanny Janssen en Anton Kunst, die ten behoeve van deze VTV schattingen van de toekomstige levensverwachting hebben gemaakt (5). Op grond van geavanceerde methoden, waarin rekening wordt gehouden met afzonderlijke trends voor rokers en niet-rokers en waarin ook het bestaan van gemeenschappelijke internationale trends wordt verondersteld, verwachten zij dat de levensverwachting bij geboorte in de komende decennia gestaag verder zal toenemen tot 88,1 jaar voor vrouwen en 83,8 jaar voor mannen in 2050 (*afbeelding 1.1*). Dit betekent dat de stijging voor mannen en vrouwen nagenoeg even groot zal zijn, namelijk zes jaar. Ook de levensverwachting op oudere leeftijd zal volgens deze projecties toenemen, namelijk met meer dan vier jaar voor mensen op 65-jarige leeftijd en met ruim twee jaar voor 80-jarigen.

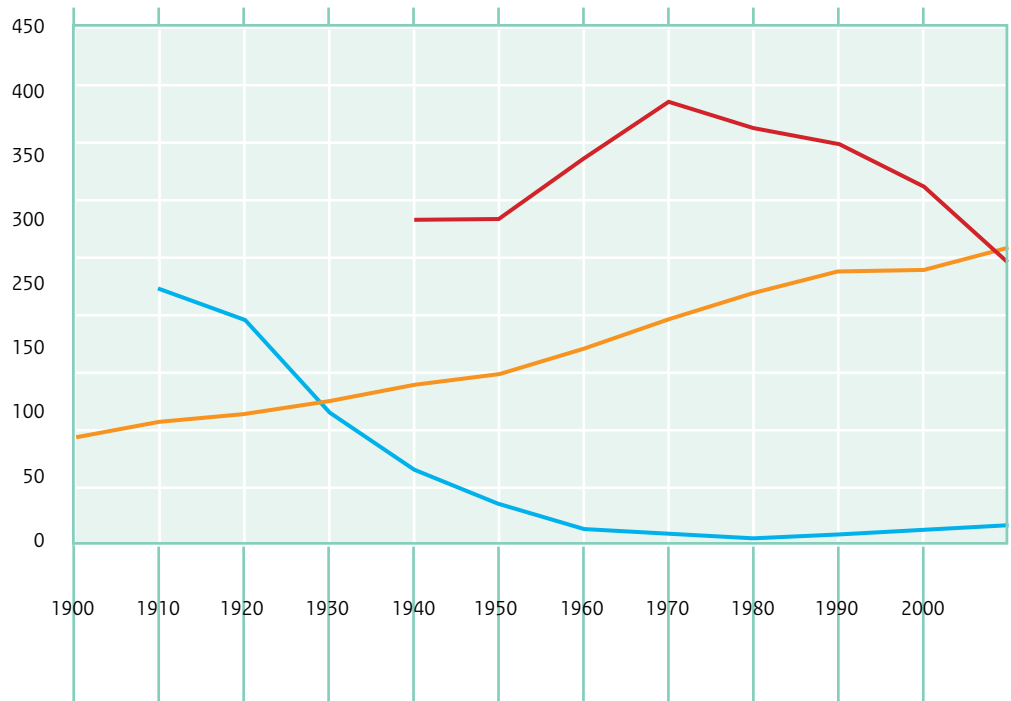
Er zijn uiteraard ook andere projectiemethoden. Zo gaat het CBS ervan uit dat de sterftedaling zal afvlakken, onder meer vanwege verwachte ongunstige ontwikkelingen in de leefstijl van Nederlanders, vooral waar het roken door vrouwen betreft. Samen met een aantal andere uitgangspunten resulteert dit in een projectie die lager uitvalt dan hiervoor is beschreven, namelijk 85,5 jaar voor vrouwen en 83,2 jaar voor mannen in 2050. Opvallend in dit toekomstbeeld van het CBS is dat het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen steeds kleiner wordt omdat voor vrouwen een veel beperktere stijging wordt voorzien, waar dit verschil in de projectie van Janssen en Kunst

1.7

Sterfte aan infectieziekten, kanker en hart- en vaatziekten, 1900-2008 (Bron: CBS)

- Hart- en vaatziekten
- Kanker
- Infectieziekten

sterfte (per 1.000), vrouwen

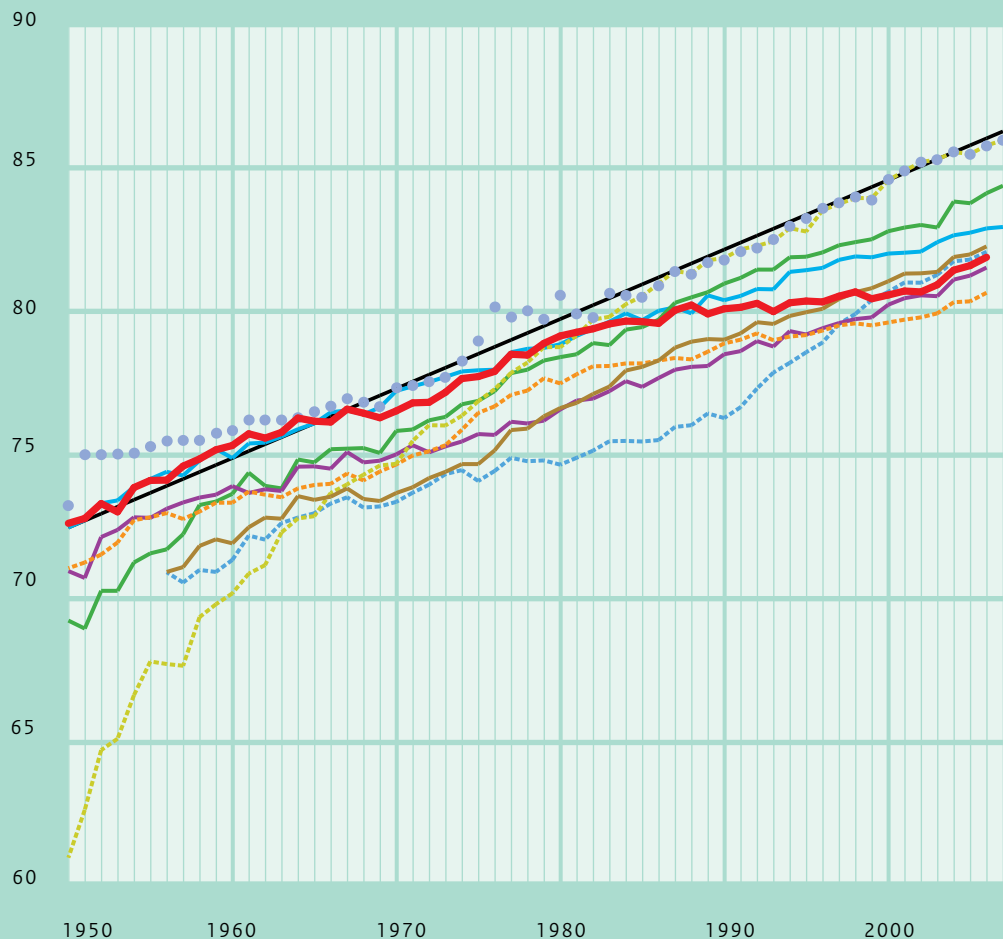


levensverwachting (jaren) bij geboorte, vrouwen

1.8

De 'best-practice trend' in de levensverwachting van vrouwen, 1950-2007, volgens Christensen (Bron: Human Mortality Database, Oeppen & Vaupel)

- Verenigd Koninkrijk
- Zweden
- Oost-Duitsland
- West-Duitsland
- Frankrijk
- Verenigde Staten
- Japan
- Nederland
- Trend
- Best-practice



nagenoeg gelijk blijft. Voor de toekomst van de zorg is dit een niet onbelangrijk punt.

Is er een maximale levensverwachting?

De Amerikaanse hoogleraar James Fries heeft omstreeks 1980 betoogd dat de levensverwachting bij 85 jaar een plafond zal bereiken (6). In hierboven genoemde projecties wordt dit plafond gebroken, en in Japan ligt de levensverwachting voor vrouwen nu al boven de 86 jaar. Een interessante vraag is daarom of er inderdaad een maximale levensverwachting bestaat. Zo'n maximaal bereikbare levensverwachting is overigens wel iets anders dan een maximaal bereikbare leeftijd. Die zal altijd veel hoger liggen. Grietje Jansen, bijvoorbeeld, overschreed de gemiddelde levensverwachting in het jaar van haar overlijden met maar liefst dertig jaar. Om nog maar te zwijgen over haar levensverwachting bij geboorte die niet boven de vijftig jaar uitkwam. Over de maximaal bereikbare leeftijd wordt ook volop gespeculeerd, waarbij zelfs leeftijden van 140 jaar worden genoemd. Wij zijn hier echter primair geïnteresseerd in de levensverwachting. In de Lancet verscheen in 2009 een boeiend artikel van Christensen en collega's waarop (afbeelding 1.8) is gebaseerd (7). Deze grafiek toont wat zij noemen een 'best practice life expectancy', dat wil zeggen de hoogste levensverwachting ter wereld, die zich al meer dan een eeuw min of meer volgens een rechte lijn ontwikkelt, waarbij de levensverwachting per kalenderjaar met ruim 0,2 jaar toeneemt. Stel nu eens voor, zo betoogt Christensen, dat deze lijn zich gedurende de eenentwintigste eeuw op dezelfde wijze voortzet, dan zal maar liefst de helft van de kinderen die sinds 2000 in deze vooroplopende landen werden geboren zijn of haar honderdste verjaardag vieren. Aan uitspraken over een maximale levensverwachting wagen de auteurs zich niet. Zo belangrijk is zo'n grens ook niet. Belangrijker zijn de vragen of de jaren die er bijkomen ook gezonde jaren zijn, en hoe de samenleving tegemoet kan komen aan de zorgvragen die samenhangen met de ouderdom.

Betekenis

Een witte vlek in de kennis

Nederlanders leven steeds langer. Dat is goed nieuws, maar het is toch wel onbevredigend dat eerdere projecties stelselmatig te laag waren en ook de deskundigen niet goed grip krijgen op de oorzaken van de snelle toename in de levensverwachting van de laatste jaren. Is er sprake van gemeenschappelijke factoren die zich in alle landen voordoen, klopt de hypothese dat de verbeterde zorg een grote rol heeft gespeeld? Of zijn er nog andere invloeden? De ontwikkeling van de sterftcijfers moet verder ontrafeld worden om te onderzoeken wat de oorzaken van de stijgende levensverwachting zijn. Dit is niet alleen

interessant vanwege de historische ontwikkeling. Wanneer de trends beter begrepen worden kunnen immers ook betere voorspellingen van de toekomstige levensverwachting worden gemaakt. Het maakt nogal uit op welke veronderstellingen een projectie is gebaseerd. Verdere verfijning is wenselijk.

De levensverwachting als maatschappelijke investering ...

De toenemende levensverwachting is goed nieuws voor de inwoners van Nederland en voor de overheid. Tegelijkertijd roept de vergrijzing nieuwe vragen en problemen op, onder andere op het terrein van de pensioenvoorziening. De stijgende levensverwachting zal daarom ook in de toekomst met regelmaat terugkeren op de politieke agenda. Maar dat zal nimmer een reden kunnen zijn om niet naar een verdere toename van de levensverwachting te streven. De Grondwet bepaalt immers dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Een stijgende levensverwachting onderstreept dat de volksgezondheid ook echt toeneemt. Een verouderende bevolking kan gezien worden als een verworvenheid van een hoogontwikkelde samenleving.

Omdat de stijging veel groter is geweest dan ooit werd geraamd, zou de gedachte kunnen rijzen dat de overheid wel een pas op de plaats kan maken. Dit is echter een misvatting. Om een verdere stijging van de levensverwachting te bewerkstelligen zal de sterfte namelijk verder moeten dalen. Dit vereist dat aanzienlijke sterftedalingen zoals bij hart- en vaatziekten ook bij andere doodsoorzaken, vooral kanker, moeten optreden. De effectiviteit van preventie en behandeling zal verder moeten toenemen. Investerings in preventie en zorg zijn daarvoor onmisbaar. Als de overheid zich een stijging van de levensverwachting ten doel stelt, zal zij deze investeringen ook mogelijk moeten maken.

... vergt een bredere blik

Nu is het voor een verbetering van de volksgezondheid niet genoeg als de levensverwachting toeneemt. Belangrijker is dat er gezonde levensjaren bijkomen, en dat mensen bij het ouder worden niet met allerlei ouderdomskwalen te maken krijgen of beperkingen ervaren die hen verhinderen om aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Gezond ouder worden is de uitdaging die de vergrijzing aan de samenleving stelt. Er is nog een belangrijk thema, namelijk dat van de verschillen in levensverwachting. Hoe komt het dat mensen uit de lagere sociaaleconomische groepen zoveel korter leven, en is daar wat aan te doen? Ook de overheid wordt geconfronteerd met de gevolgen van de veroudering. Er komen steeds meer oudere mensen, waardoor de zorgvraag toeneemt en verandert. Hoe kan de samenleving in de toekomst aan alle zorgvragen voldoen? Deze vragen komen aan de orde in de hoofdstukken 2, 5 en 8.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de deelrapporten en de website van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Meer informatie is ook te vinden op het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Nationale Atlas Volksgezondheid.

Referenties

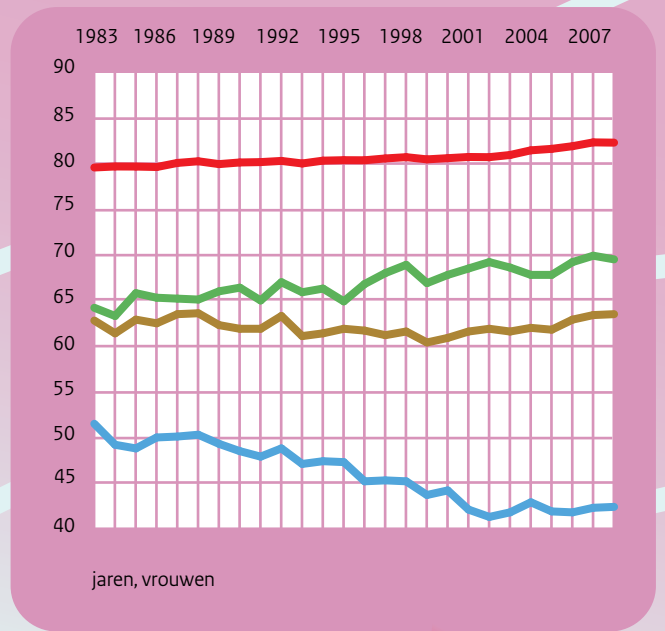
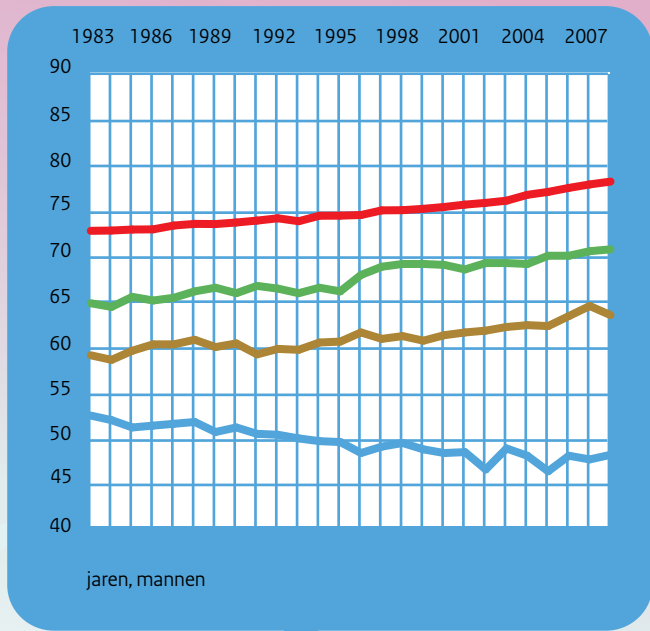
- (1) Oudste inwoner van Nederland overleden. De Volkskrant, 15 oktober 2009.
- (2) Mackenbach JP, Garssen J. Renewed progress in life expectancy: the case of the Netherlands. (in press).
- (3) Meerding WJ, Polder JJ, de Hollander AEM, Mackenbach JP. Hoe gezond zijn de zorguitgaven? - De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers, en hart- en vaatziekten. Zorg voor euro's – 6. Bilthoven: RIVM, 2007.
- (4) van Poppel F, Ekamper P. Historische ontwikkeling van de sterfte. Van gezond naar beter – deelrapport Tijd en toekomst, Bilthoven: RIVM, 2010.
- (5) Janssen F, Kunst A. Levensverwachting. Van gezond naar beter – deelrapport Tijd en toekomst, Bilthoven: RIVM, 2010.
- (6) Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 1980;303(3):130-5.
- (7) Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 2009;374(9696):1196-208.



2

Meer ziekte maar niet minder gezond

Nederlanders leven steeds langer, maar worden ze ook gezonder? Die vraag blijkt lastig te beantwoorden. Als we de Groningse hoogleraar Trudy Dehue moeten geloven, kampt Nederland met een heuse depressie-epidemie (1). En volgens de gezondheidsfondsen telt Nederland minimaal vijftien miljoen chronisch zieken. Zo meldt het Reumafonds 2,3 miljoen reumapatiënten en schatten het Huidfonds en de Maag Lever Darm Stichting hun doelgroep elk op twee miljoen patiënten. Het lijkt dus wel of we in Nederland steeds zieker worden. Toch is dat maar een kant van het verhaal. Er is ook een andere kant. 'Gezond zijn,' zei een deelnemer aan een onderzoek naar opvattingen over gezondheid, 'is je gezond voelen, of je nou ziek bent of niet.' En hiermee verwoordde ze wat veel mensen vinden: gezondheid is niet zozeer de afwezigheid van ziekte, maar veel meer de lichamelijke en geestelijke gesteldheid om de dingen te doen die we graag willen doen. Uit die optiek is de gezondheid van de Nederlanders de laatste jaren niet slechter worden. Meer ziekte én meer gezondheid. Dat is de kern van dit hoofdstuk.



2.1

Gezonde levensverwachting,
1983-2008 (Bron: CBS)



- Levensverwachting (Lv)
- Lv zonder lichamelijke beperkingen
- Lv in als goed ervaren gezondheid
- Lv zonder chronische ziektes

Levensverwachting met ziekte en gezonde levensverwachting

Nederlanders leven steeds langer. *Afbeelding 2.1* laat zien dat de extra levensjaren die er de laatste 25 jaar bij zijn gekomen vooral jaren met een ziekte zijn. De levensverwachting zonder chronische ziekte is voor mannen en vrouwen zelfs afgenomen tot respectievelijk 48 en 42 jaar, een daling van vier tot negen jaar in deze periode. Anno 2008 leeft een Nederlandse vrouw bijna de helft van haar leven met een chronische ziekte. Toch betekent dit niet dat de gezondheid van de Nederlandse bevolking heel slecht is geworden. Er is namelijk ook goed nieuws: Nederlanders hebben er sinds 1983 gemiddeld zo'n vijf levensjaren zonder lichamelijke beperkingen en 2,5 jaar in goede ervaren gezondheid bij gekregen (2). Dit is ongeveer evenveel als de toename in levensverwachting (vier jaar). De jaren die ze er bij hebben gekregen, zijn dus vooral jaren zonder beperkingen en in goede ervaren gezondheid. Hoewel er dus steeds meer mensen met een ziekte zijn, zijn Nederlanders zich over het algemeen niet ongezonder en minder beperkt gaan voelen.

Ziekten in Nederland

De trends wijzen op een behoorlijke toename van het aantal ziekten. Wat zijn de belangrijkste ziekten en aandoeningen en nemen deze toe of af?

Meest voorkomende ziekten

Diabetes mellitus is de meest voorkomende ziekte in Nederland, op de voet gevolgd door artrose, coronaire hartziekten, nek- en rugklachten en slechthorendheid met elk meer dan 600.000 gevallen (*afbeelding 2.2*). De top tien van ziekten met de hoogste prevalentie bestaat vooral uit chronische ziekten. Voor kortdurende ziekten als infecties en ongevallen is incidentie een betere maat. De top vier hiervan wordt gevormd door verkoudheid, nek- en rugklachten, acute urineweginfecties en letsel door ongevallen in de privésfeer. De cijfers over prevalentie en incidentie zijn gebaseerd op gegevens uit zorgregistraties, in het bijzonder de huisartsenregistraties. Dit betekent dat ziekten die mild verlopen of ziekten waarmee mensen om andere redenen niet naar een zorgverlener gaan, niet meetellen. Deze cijfers liggen dan ook lager dan het werkelijke aantal ziekten. Dit geldt bijvoorbeeld voor verkoudheid en griep, maar ook voor psychische stoornissen. Zo laat het nieuwe NEMESIS-onderzoek zien dat depressie anderhalf keer, en angststoornissen tien keer zo vaak voorkomen als bij de huisarts bekend is.

Sterfte en verloren levensjaren vooral te wijten aan coronaire hartziekten en longkanker

In 2007 overleden in Nederland 133.000 mensen, van wie 12.000 aan coronaire hartziekten. Hiermee staat deze ziekte nog onbetwist op de eerste plaats. Met name longkanker is echter bezig met een opmars. Bij de verloren levensjaren staat longkanker inmiddels bovenaan (*afbeelding 2.3*). Dit heeft te maken met de relatief jonge leeftijd waarop longkankerpatiënten overlijden. Longkanker staat zowel bij mannen als bij vrouwen bovenaan. Bij vrouwen heeft longkanker daarmee niet alleen coronaire hartziekten ingehaald, maar ook beroerte en borstkanker. Bij elkaar omvat de top tien van belangrijkste doodsoorzaken ongeveer de helft van de totale sterfte.

Ziektelast

De combinatie van de verloren levensjaren met de meest voorkomende ziekten (rekening houdend met de ernst van de ziekten) geeft aan hoe groot het effect is van ziekten op de Nederlandse volksgezondheid. Uitgedrukt in ziekteelast ('DALYs', Disability Adjusted Life Years) vormen coronaire hartziekten, depressie en beroerte de top drie (*afbeelding 2.3*). In vergelijking met sterfte en verloren levensjaren, komen er in de top tien van ziekteelast vooral ziekten bij die weliswaar een groot negatief effect hebben op de kwaliteit van leven, maar geen sterfte veroorzaken. Dit geldt bijvoorbeeld voor psychische stoornissen en artrose.

'Zeldzame ziekten komen veel voor'

Een nuancering is op zijn plaats als het gaat om ziekteelast. Het gaat namelijk steeds om de totale ziekteelast in heel Nederland. Aandoeningen die veel voorkomen, voeren daarom de top tien aan. Voor het volksgezondheidsperspectief is dat ook belangrijk. Tegelijkertijd is het goed om te beseffen dat er veel zeldzame ziekten zijn die niet meegenomen worden in het landelijke overzicht, maar voor de patiënten een enorme ziekteelast met zich meebrengen. Een aandoening wordt als zeldzaam beschouwd als deze bij minder dan 1 op de 2000 mensen voorkomt. Het betreft diverse, veelal erfelijke aandoeningen. Naar schatting van de stichting Zeldzame Ziekten Fonds heeft een miljoen Nederlanders een zeldzame ziekte. Bij elkaar opgeteld lijken zeldzame ziekten niet zeldzaam, en is er sprake van een niet te negeren ziekteelast. Juist het zeldzame karakter van deze ziekten bemoeilijkt het stellen van een juiste diagnose en is de oorzaak van een onaantrekkelijke markt voor de ontwikkeling van geneesmiddelen.

Kankers halen hart- en vaatziekten in als belangrijkste doodsoorzaak

In 2007 zijn in Nederland voor het eerst meer mensen overleden aan kanker dan aan hart- en vaatziekten. Dit komt vooral doordat de sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte sterk is gedaald en de kankersterfte nauwe-

lijks. De daling in sterfte aan hart- en vaatziekten, maar ook in de incidentie, wordt veroorzaakt door gunstige veranderingen in het aantal rokers en de intensievere preventie van hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol. De sterfte neemt ook af dankzij de verbeterde behandeling van patiënten met coronaire hartziekten, hartfalen en beroerte. Overigens zien we hart- en vaatziekten bij mannen sterker dalen dan bij vrouwen. Dit heeft te maken met trends in roken: het aantal mannen dat rookt neemt sneller af dan het aantal rokende vrouwen. Hierdoor daalt het aantal gevallen van longkanker en COPD bij de mannen. Bij vrouwen stijgt dit aantal nog steeds. Verder is opvallend dat meer mensen diabetes hebben. Deze stijging heeft ongetwijfeld te maken met de toename van het aantal mensen met overgewicht. Ook een actievere opsporing van diabetespatiënten door huisartsen speelt een rol. Een actieve huisarts die relatief snel een bloedglucosewaarde bepaalt, registreert meer patiënten. Tot slot neemt het aantal mensen dat bekend is bij de huisarts met depressie en angststoornissen ook nog steeds toe. Uit nieuw populatieonderzoek blijkt echter dat het aantal mensen met deze psychische stoornissen ongeveer gelijk blijft. Dit betekent dus dat steeds meer mensen met psychische klachten de gang naar de zorg weten te vinden en dat hun problemen herkend en behandeld worden.

Vergeleken met ander landen lage sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte

Hoewel coronaire hartziekten en beroerte in Nederland tot de ziekten met de grootste sterfte behoren, steekt Nederland er in internationaal opzicht gunstig uit. De sterfte aan deze ziekten behoort tot de laagste in Europa. Bovendien is de Nederlandse daling, met name van de sterfte aan coronaire hartziekten, een van de grootste binnen Europa. Vergeleken met andere Europese landen sterven in Nederland ook relatief weinig mensen aan letsels door verkeersongevallen en suicide. Wat betreft sterfte aan kanker scoort Nederland minder goed binnen de EU-27. Zo is de sterfte aan borst- en longkanker onder Nederlandse vrouwen hoog. Bovendien behoort de stijging van sterfte aan longkanker bij Nederlandse vrouwen tot de grootste binnen de EU.

Multimorbiditeit: 1,3 miljoen mensen met meerdere ziekten tegelijkertijd

De toplijstjes geven met elkaar een samenhangend beeld van ziekten en aandoeningen van de Nederlandse bevolking. Toch is dit beeld niet compleet. Niet zozeer omdat een groot aantal ziekten buiten beschouwing blijft, maar omdat de lijstjes ziekten als uitgangspunt nemen en voorbij gaan aan het feit dat mensen meerdere ziekten tegelijk kunnen hebben. Overigens de ziekten die buiten beschouwing blijven zijn te vinden in de deelrapporten van deze VTV.

Als we uitgaan van personen in plaats van aandoeningen, dan zijn er in Nederland minimaal 4,5 miljoen chronisch zieken in Nederland. Daarvan heeft 1,3 miljoen meerdere ziekten tegelijkertijd, multimorbiditeit. Tot ongeveer 55 jaar is multimorbiditeit nog relatief zeldzaam, maar onder ouderen komt het veelvuldig voor. Zo heeft bijna één op de drie 75-plussers meer dan een chronische ziekte onder de leden (afbeelding 2.4). De door de patiënt ervaren gevolgen zijn bij multimorbiditeit groter dan bij een enkelvoudige aandoening.

Ziekten in de toekomst

Diabetes mellitus en artrose zullen de ziekten blijven met de hoogste prevalentie. Dit zijn ook de ziekten waarvan de prevalentie in absolute zin het hardst zal stijgen. Het aantal mannen en vrouwen met doorgemaakt acuut myocardiinfarct, het aantal vrouwen met COPD en mannen met prostaatkanker zullen relatief het hardst stijgen. De doodsoorzaken van de toekomst worden steeds meer gekenmerkt door ouderdomsziekten: aandoeningen waar men op hoge leeftijd aan overlijdt. Vanuit volksgezondheidsperspectief is een dergelijke rangorde van minder waarde. Interessanter is te kijken naar de ziekte waarvan men in de toekomst gedurende het leven de meeste hinder ondervindt. Dit kan met de maat ziektejaarequivalenten (afbeelding 2.5). De rangorde van ziekten zal min of meer hetzelfde blijven. Wel zien we enkele ziekten in absolute aantallen flink stijgen. Psychische stoornissen en diabetes stijgen procentueel het meest.

Waarom steeds meer Nederlanders ziek zijn ...

Steeds meer Nederlanders zijn ziek. Hoe is dit te verklaren? Zijn we ongezonder gaan leven, worden we blootgesteld aan meer risico's of spelen ook andere factoren een rol? Determinanten van gezondheid en ziekte spelen zeker een rol, maar kunnen de waargenomen toename van het aantal zieken niet geheel verklaren. Blijkbaar is er meer aan de hand. Twee factoren springen daarbij in het oog. Ten eerste is dat de invloed van de medische wetenschap. Ten tweede betreft het een breed samenspel van allerlei maatschappelijke invloeden.

Medische invloeden: eerdere opsporing en betere overleving
Door de voortschrijdende medische wetenschap wordt de kennis over ziekten en de oorzaken en behandeling ervan steeds groter. Daardoor kan er ook steeds meer worden gedaan en neemt de volksgezondheid toe. Deels kunnen ziekten met deze kennis worden voorkomen, maar deels neemt het aantal zieken hierdoor juist toe. Dit komt omdat

ziekten eerder opgespoord én beter behandeld worden. Beide verworvenheden zorgen ervoor dat mensen langer leven met een ziekte en dat we in Nederland meer zieken tellen. Enkele voorbeelden van een toename van zieken door vroege opsporing zijn diabetes mellitus en verschillende vormen van kanker waarvoor een bevolkingsonderzoek is ingevoerd. Staar is een ander voorbeeld. Door betere operatietechnieken kunnen steeds meer mensen aan staar geholpen worden. De volksgezondheid verbetert hierdoor, maar een gevolg is ook dat de incidentie van staar, gemeten aan de hand van het aantal operaties, in de statistieken toeneemt. Het aantal patiënten neemt toe, maar dat is ook goed nieuws. Ziekten worden opgespoord in een fase dat mensen er nog relatief weinig hinder van ondervinden en dat nog ingegrepen kan worden. Dit brengt ons op het tweede aspect. Door succesvolle behandeling nemen de overlevingskansen voor patiënten met een aandoening namelijk toe. Kortom, successen in de zorg kunnen als neveneffect hebben dat het aantal zieken toeneemt.

Maatschappelijke invloeden

Veel Nederlanders geven aan dat ze wel 'iets' hebben. En getuige gezondheidsenquêtes neemt dit aantal mensen toe. Eén van de oorzaken zou kunnen liggen bij de veranderende eisen die de samenleving stelt. Enerzijds is dit een logische en redelijke ontwikkeling. Beschaving gaat niet alleen gepaard met hogere eisen, maar het is ook een vorm van beschaving als de samenleving aan die eisen tegemoetkomt. Anderzijds is er ook een tendens dat mensen minder makkelijk ongemak en tegenslag accepteren, en daarvoor ook professionele hulp inroepen. Gezondheidsklachten kunnen zo als het ware gaan functioneren als een breekijzer om gehoord te worden. Een punt dat hiermee te maken heeft, is dat variaties in gedrag en gezondheid steeds minder getolereerd lijken te worden; deels omdat preventie en behandeling in onze maatschappij steeds vaker gezien worden als oplossing. Er is immers 'objectief' gezien helemaal geen noodzaak dat mensen roken, drinken en te dik te zijn. Daarnaast wordt ook gezondheid steeds verder opgerekt in de richting van wellness en vitaliteit. Dit oprekken van zowel ziekte als gezondheid leidt ertoe dat steeds meer gedragingen, ervaringen en verlangens in de categorie van gezondheid en ziekte worden ondergebracht. Dan is het niet vreemd dat zowel in de eigen ervaring als in de medische sector het aantal zieken toeneemt.

Ook hulpverleners en de farmaceutische industrie spelen een rol in de toename van het aantal zieken in Nederland. Vanwege commerciële belangen bij een zo groot mogelijke afzetmarkt proberen zij alledaagse klachten te medicaliseren. Dit fenomeen van medicalisering wordt in het Engels aangeduid als 'disease mongering', een verwijzing naar het ongepast oprekken van de grenzen van 'behandelbare

aandoeningen' (3). De Consumentenbond noemt dit 'symptoomreclame' en heeft de strijd aangeboden tegen reclamespotjes voor schimmelnagels, 'restless legs' en een overactieve blaas, die een onnodige medicalisering van dagelijkse ongemakken in de hand werken (4).

Een laatste aspect waardoor het aantal 'zieken' toeneemt is dat de kenniseconomie steeds andere en hogere eisen stelt aan het functioneren van mensen. Als gevolg hiervan hebben bepaalde bevolkingsgroepen steeds meer moeite om aan al die eisen te voldoen. Dit zien we vooral terug op het terrein van de psychische aandoeningen. Kinderen die vroeger als druk werden getypeerd, maar prima een ambacht konden uitoefenen, hebben nu ADHD en lopen het risico om in de Wajong te belanden. Ook een leerstoornis als dyslexie wordt steeds meer als een ziekte benaderd.

Meer ziekte is niet per definitie een slecht teken

De toename van ziekte en het aantal zieken is op verschillende manieren te duiden en niet per definitie verontrustend. Soms wijst het zelfs op een gunstige ontwikkeling in de volksgezondheid. Onduidelijk is of er echt meer ziekte voorkomt. Overduidelijk is dat er meer diagnoses worden gesteld.

Waarom meer ziekte niet automatisch minder gezondheid betekent

Meer zieken of eigenlijk meer diagnoses, maar tegelijkertijd niet minder gezondheid; *afbeelding 2.1* wees daar al op. Gezondheid is blijkbaar iets anders dan niet ziek zijn. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau naar gezondheidsopvattingen blijkt dat gezondheid voor veel mensen door twee aspecten bepaald wordt. Het eerste aspect betreft het gevoel gezond te zijn, dus fit zijn, energie te hebben en 'lekker in je vel te zitten'. Het tweede gaat erover dat je 'de dingen kunt doen die je wilt doen'. Daarbij gaat het ook om onafhankelijkheid en (keuze)vrijheid. Mensen met een chronische ziekte kunnen zichzelf als gezond beschouwen wanneer aan deze twee voorwaarden wordt voldaan. Participatie in de zin van meedoen en erbij horen, kan er sterk aan bijdragen dat iemand zich ondanks ziekte of handicap toch gezond voelt. Het wordt moeilijk om je gezond te voelen als je erg afhankelijk bent, als je ziekte onvoorspelbaar of sterk invaliderend is en/of progressief verloopt en daardoor onrust veroorzaakt.

Gezondheid is dus veel meer dan het complement van ziekte. *Afbeelding 2.6* laat dit zien voor het aantal chronische aandoeningen. Hoewel mensen met een chronische aandoening vaker beperkingen rapporteren of een minder goede ervaren gezondheid, is het opvallend dat zo'n driekwart van de Nederlanders met een chronische aandoening zich toch gezond voelt en een nog groter deel aangeeft geen beperkingen te hebben. Naarmate mensen meerdere aandoeningen hebben, neemt dit percentage af. Maar nog steeds ervaart de helft van de mensen met drie of

2.3

Toptien van ziekten in Nederland: sterfte, verloren levensjaren en ziektelast, 2007

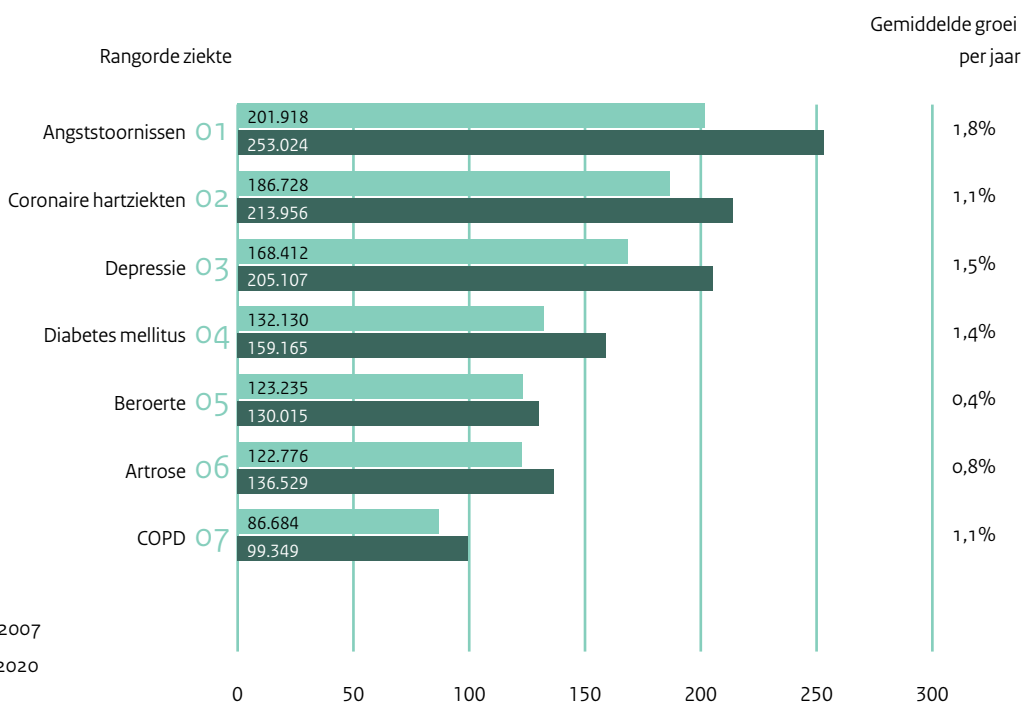


Sterfte		Verloren levensjaren		Ziekte last (DALY's)	
01	Coronaire hartziekten	01	Longkanker	01	Coronaire hartziekten
02	Longkanker	02	Coronaire hartziekten	02	Depressie
03	Beroerte	03	Beroerte	03	Beroerte
04	Dementie	04	Darmkanker*	04	Angststoornissen
05	Hartfalen	05	COPD	05	Diabetes mellitus
06	COPD	06	Borstkanker	06	Longkanker
07	Longontsteking	07	Hartfalen	07	COPD
08	Darmkanker ¹	08	Dementie	08	Artrose
09	Diabetes mellitus	09	Zelftoegebracht letsel	09	Letsel door privé-ongevallen
10	Borstkanker	10	Longontsteking	10	Dementie

*) Darmkanker betreft dikkedarm- en endeldarmkanker

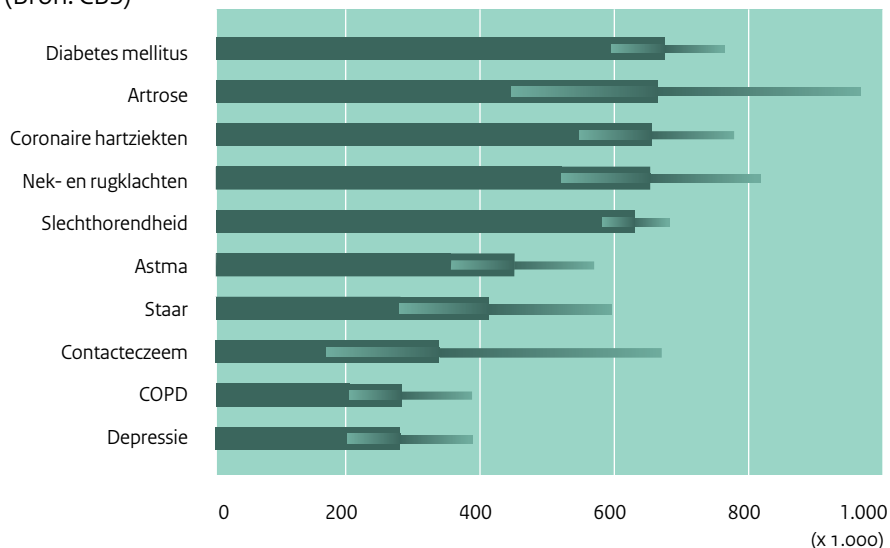
2.5

Rangorde absolute stijging Ziektejaarequivalenten, 2010-2020



2.2

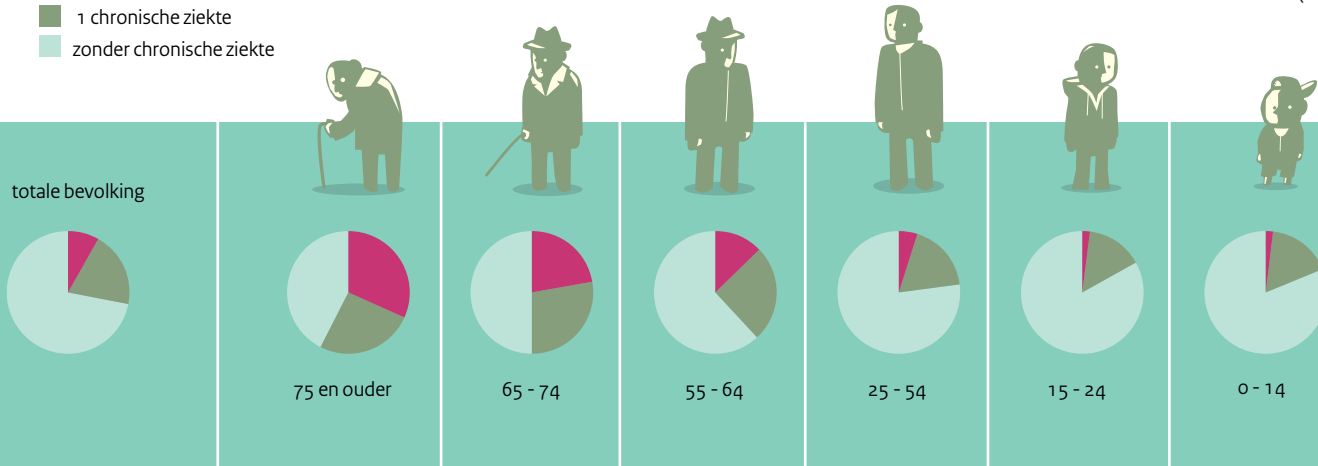
De 10 meest voorkomende ziekten in Nederland
(puntprevalentie met 95% betrouwbaarheidsinterval, 1-1-2007)
(Bron: CBS)



2.4

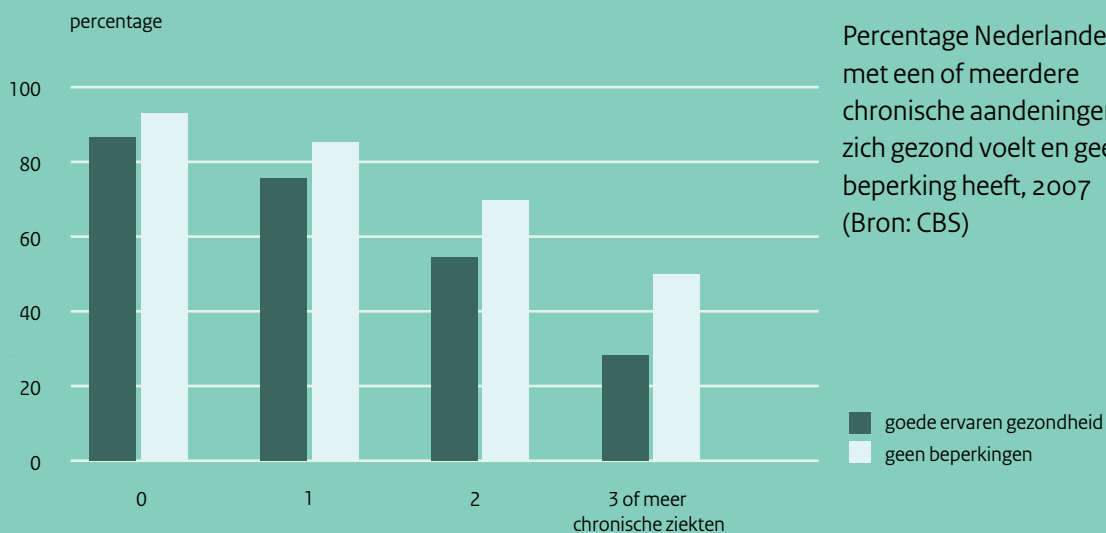
Het voorkomen van chronische ziekten op verschillende leeftijden, 2003-2007 (Bron: LINH)

- met meer dan 1 chronische ziekte
- 1 chronische ziekte
- zonder chronische ziekte



2.6

Percentage Nederlanders met een of meerdere chronische aandoeningen dat zich gezond voelt en geen beperking heeft, 2007 (Bron: CBS)



meer ziekten geen beperkingen. Dit heeft deels te maken met de in de vorige paragraaf genoemde medische invloeden. Door bijvoorbeeld mensen met diabetes eerder op te sporen, hebben zij minder kans op complicaties en beperkingen. Het aantal mensen met de ziekte diabetes neemt dan weliswaar toe, maar tegelijkertijd neemt het aantal mensen met beperkingen door diabetes af.

Betere zorg en hulpmiddelen

Al in de vorige VTV is gesignaleerd dat het ‘invaliderend’ effect van ziekten afneemt (5). Deze ontwikkeling kan worden verklaard door verbeteringen in de behandeling van ziekten en een betere compensatie van beperkingen door het gebruik van hulpmiddelen. De afgelopen jaren zette deze trend onverminderd voort. Bij bijna alle hulpmiddelen is een jaarlijkse stijging in het gebruik te zien. Zo is tussen 2004 en 2008 het aantal gebruikers van hoortoestellen verdubbeld (6). Door deze toename in het gebruik van hulpmiddelen zijn relatief minder ouderen afhankelijk van persoonlijke verzorging en is hun zelfredzaamheid groter. Niet alleen hulpmiddelen, maar ook medische verrichtingen kunnen die beperkingen reduceren. Het aantal Nederlanders dat bijvoorbeeld geopereerd wordt aan staar of een heupprothese krijgt, neemt nog steeds toe.

Meer aandacht voor revalidatie en zelfmanagement

Ook ontwikkelingen op het gebied van revalidatie en zelfmanagement dragen bij aan vermindering van beperkingen. Hierdoor kunnen mensen beter omgaan met ziekten en de gevolgen daarvan. Zelfmanagement leert chronisch zieken omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van hun chronische aandoening en geeft patiënten hiermee het gevoel dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op hun leven. Tegelijk vereist dit ook vaardigheden die niet iedereen bezit. Was ziekte in het verleden nog aanleiding tot het lijdzaam accepteren van de ziekenrol en lekker onder de wol te kruipen, tegenwoordig wordt een zieke gestimuleerd om actief te blijven. Een duidelijk voorbeeld daarvan is de behandeling van specifieke rugpijn. Het advies is niet langer om rust te houden, maar juist om door te gaan met bewegen. Met name vanuit de arbeidsgeneeskunde en arbozorg heeft re-integratie een impuls gekregen. Doel hierbij is om zieke werknemers zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. Ook wet- en regelgeving heeft hier een belangrijke rol in gespeeld. Het ziekteverzuim is de laatste jaren behoorlijk afgenomen. Dit laatste punt onderstreept een belangrijke gedachte; de volksgezondheid staat niet op zichzelf, maar is ook een belangrijke bron van maatschappelijke baten.

Maatschappelijke baten van gezondheid

Gezondheid is niet alleen goed voor de mensen zelf, maar heeft ook allerlei maatschappelijke betekenissen. Een goede volksgezondheid geeft uitdrukking aan het beschavingsniveau van de samenleving en zegt daarmee ook iets over de kwaliteit van het maatschappelijk bestel. De afwezigheid van ziekte en lijden in het openbare leven is daar slechts een aspect van. Waar het in een moderne samenleving vooral ook om gaat, is dat een goede volksgezondheid een belangrijke voorwaarde is voor een participatieve samenleving. Gezondheid stelt mensen in staat om aan het maatschappelijke leven deel te nemen. Daarom zijn beperkingen een belangrijke graadmeter voor gezondheid.

Bij participatie gaat het zowel om maatschappelijke participatie als om arbeidsparticipatie. Zo bezien draagt de volksgezondheid bij aan de informele en de formele economie. Concreet gaat het om betaald werk, vrijwilligerswerk en mantelzorg. Fysiek zware arbeid en de kenniseconomie stellen hoge eisen aan werknemers. Een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde om hieraan te kunnen voldoen. Gezondheid is een basis voor menselijk kapitaal. Bij verbetering van de volksgezondheid kan de arbeidsparticipatie - ook op hogere leeftijden - toenemen, en kunnen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid worden teruggedrongen. Via de sociale wetgeving is op dit punt al veel bereikt, maar met het oog op de toekomst zijn verdere verbeteringen wenselijk. De beroepsbevolking wordt immers kleiner, waardoor het belang van de arbeidsparticipatie toeneemt. Daarbij staan er miljarden euro's op het spel, met die kanttekening dat deze baten niet zonder meer geïncasseerd kunnen worden. Op de arbeidsmarkt en in de sociale zekerheid spelen veel meer factoren dan alleen de gezondheid een rol. Bovendien is het meestal niet eenvoudig arbeidsongeschiktheid en verzuim terug te dringen en de arbeidsparticipatie te vergroten. De verhoging van de AOW-leeftijd is een voorbeeld om de arbeidsparticipatie te verhogen. Op grond van de toegenomen levensverwachting kan hier een belangrijke bron van maatschappelijke baten liggen.

Anticiperen op de toename van ziekten en beperkingen reduceren

Het overzicht van de ziektelast geeft aan waar de grote volksgezondheidsproblemen zitten en waar iets aan gedaan moet worden. Vervolgens is het de vraag wat de belangrijkste determinanten van deze problemen zijn (hoofdstuk 3) en wat er aan gedaan kan worden (hoofdstuk 6).

Daarnaast is het goed om oog te hebben voor bijvoorbeeld zeldzame ziekten en groepen die aanzienlijk meer gezondheidsproblemen hebben (*hoofdstuk 5*).

Meer zieken in de toekomst betekent een grotere zorgvraag. In de toekomst zal het zorgaanbod goed moeten aansluiten op de toenemende co-morbiditeit. Belangrijke conclusie in dit hoofdstuk is dat de inzet niet alleen gericht moet zijn op het verminderen van ziekte, maar vooral ook op het verminderen van beperkingen. Dit met het oog op de gezondheid zoals mensen die zelf omschrijven en op de daarmee samenhangende, maatschappelijke baten. Positief daarbij is dat de trends in het voorkomen van beperkingen gunstiger zijn dan bij het voorkomen van ziekte. Toch valt ook hier de nodige winst te boeken. Nederlanders leven steeds langer en ook steeds langer in goede gezondheid. Door te blijven investeren in de compressie van beperkingen kunnen er nog meer 'goede jaren' bijkomen.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de deelrapporten 'Gezondheid en determinanten', 'Maatschappelijke baten', en 'Tijd en toekomst', en het onderzoek naar gezondheidsopvattingen van Nederlanders. Meer informatie is ook te vinden op het Nationaal Kompas Volksgezondheid. De Nationale Atlas Volksgezondheid bevat geografische informatie.

Referenties

- (1) Dehue T. De depressie-epidemie. Amsterdam: Augustus, 2008.
- (2) Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezonde levensverwachting neemt toe. CBS Webmagazine, 11 februari 2009.
- (3) Moynihan R, Henry D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Med*, 2006;3(4):e191.
- (4) Consumentenbond. Geen reclame voor medicijnen, wel objectieve informatie. 2009.
- (5) de Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Polder JJ. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.
- (6) College voor Zorgverzekeringen. GIPdatabank: Informatie over genees- en hulpmiddelen. 2009.

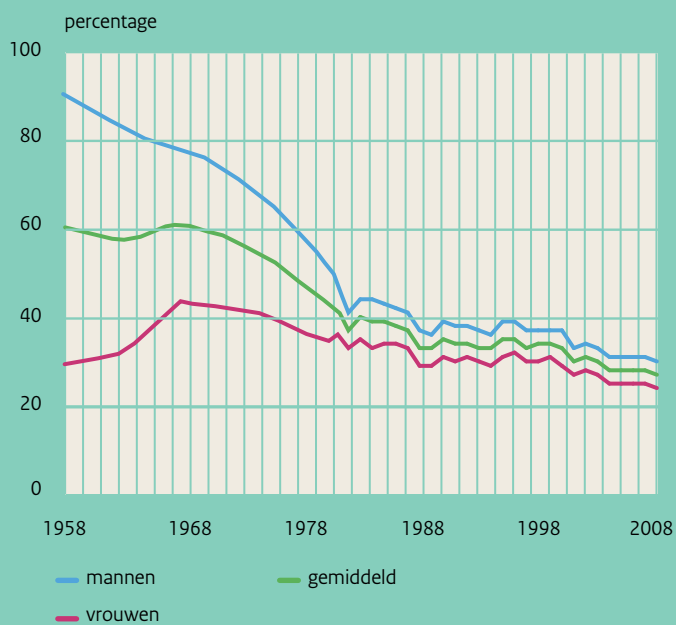


3 Gezond leven in een gezonde omgeving

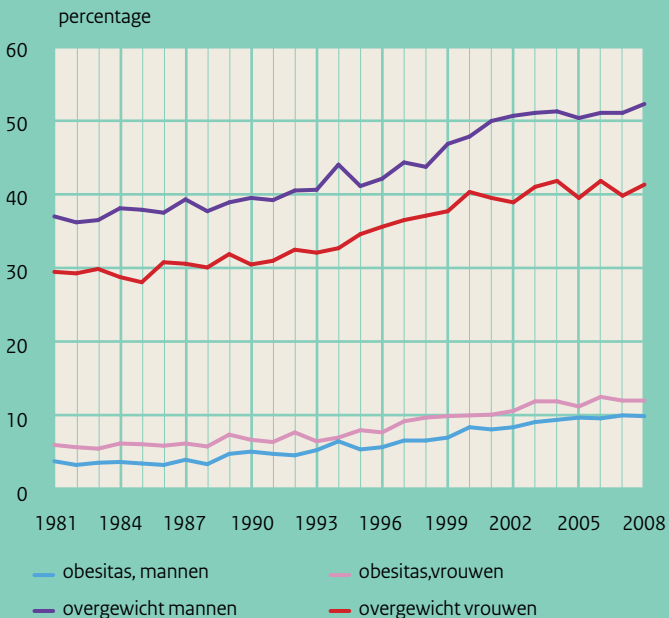
Zeventig jaar geleden bevatten de recepten uit het Amerikaanse standaardkookboek 'Joy of Cooking' gemiddeld 268 calorieën. Nu is dat opgelopen tot 437. De recepten werden vooral zoeter en vetter en er gingen minder porties uit één recept (1). Op een subtiele manier is de portiegrootte toegenomen, waarmee de norm hierover is verschoven. Ook in de fastfoodsector zien we dit fenomeen.

De inflatie van de portie is één van de factoren die het moeilijk maakt gezond te leven. Nederlanders vinden een goede gezondheid belangrijk en veel mensen proberen gezond te leven. In het Nederland van 2010 is dat lang niet altijd gemakkelijk; er zijn immers zoveel verleidingen om ongezond te leven.

3.1 Trends roken, 1958-2008 (Bron: Stivoro, 2009)



3.2 Percentage mensen (20 jaar en ouder) met overgewicht en obesitas in de periode 1981-2007, gestandaardiseerd naar leeftijd- en geslachtsverdeling in 1981 (Bron: POLS, 2008)



3.3

Percentage jongeren met overgewicht en obesitas, 2000-2008 (Bron: CBS Jeugdmonitor, 2009)



In het straatbeeld wordt iedereen op allerlei manieren geconfronteerd met uitingen van gezond of ongezond leven. Neem nu station Utrecht. Met voldoende geld op zak hoef je daar zeker niet te verhongeren. Het aanbod van voedsel in en om het station is enorm. Opvallend is dat het assortiment de laatste jaren vooral ook is uitgebreid met meer 'gezonde' producten. Op hetzelfde station rond een pafpaal zien rokers hun zwaar met accijnzen belaste sigaretten in rook opgaan. In de boekhandel staat Sonja Bakker niet meer in de top tien van best verkochte boeken sinds er steeds meer kritiek op haar dieet kwam. De reizigers op het station zijn gehaast en hebben nauwelijks tijd voor ontspanning. Om in de centrale hal te komen verdringt iedereen zich voor de roltrap. De schets van een willekeurig station in Nederland geeft een indruk van de grote hoeveelheid van mogelijke omgevingsinvloeden op de gezondheid.

De laatste jaren is veel ondernomen om de leefstijl van Nederlanders te beïnvloeden. Met het rookverbod in de horeca is een belangrijke stap gezet om het roken uit het openbare leven te verbannen. In de samenleving is het imago van rokers aan verandering onderhevig. Een onderzoek onder Limburgse scholieren concludeerde dat rokers steeds meer als 'mensen met problemen' worden gezien. In korte tijd kan er dus veel veranderen. Zal het nog lang duren voordat overgewicht een grotere bijdrage levert aan de ziektelast dan roken? Veel mensen zijn de strijd met overgewicht aangegaan. Het percentage mensen dat sport is toegenomen van 61 tot 67% van 2003 tot 2007 (2), vooral fitness en hardlopen zijn gegroeid in populariteit. In de supermarkt zijn allerlei logo's en labels voor gezonde voeding geïntroduceerd.

Wat het exacte effect is van een veranderende omgeving en maatregelen die gericht zijn op gedragsverandering is niet helemaal duidelijk. In ieder geval zijn de trends de laatste jaren niet ongunstig. Het percentage rokers daalt, zwaar gebruik van alcohol en drugs is stabiel, en ook het aantal mensen met overgewicht lijkt te stabiliseren.

Trends in leefstijl niet ongunstig

Percentage rokers met 1% gedaald

Het aantal rokers is in 2008 na een stabilisatie van een aantal jaren opnieuw gedaald tot 27%. Sinds 1970 is er duidelijk sprake van een neergaande trend: steeds minder mannen en vrouwen roken (*afbeelding 3.1*). Het percentage is vanaf 1958 van 60% gestaag gedaald tot 33% in 1988. Pas na 2000 is dit verder gedaald tot 28% in 2004 en tot 27% in 2008. De trend lijkt gunstig. Toch is het percentage rokers in Nederland hoog vergeleken bij ons omringende landen en dat geldt vooral voor vrouwen. Wellicht dat recente

maatregelen, zoals het rookverbod in de horeca effect zullen hebben.

Geen grote verandering in alcohol- en drugsgebruik

Het percentage geheelonthouders en het percentage overmatige en zware drinkers is de laatste jaren gestabiliseerd. Dat is ook te zien in de verkoopcijfers van alcohol. Sinds de jaren zeventig en tachtig zien we een lichte daling van de alcoholconsumptie. Ook zijn er steeds minder jongeren die drinken, maar als jongeren drinken dan drinken ze veel. Van de jongeren die drinken, doet 68% aan zogenaamd binge drinken (drinken van grote hoeveelheden in korte tijd). Een extreem uitvloeisel hiervan is het comazuipen. In 2008 werden 337 jongeren bewusteloos door drank naar het ziekenhuis gebracht (4). Het binge drinken onder de jongere jeugd van 12 tot 14 jaar is de laatste jaren afgenomen. In de verslavingszorg is vooral een stijging van het aantal 55-plussers met alcoholproblemen te zien (5).

Het drugsgebruik is in Nederland nauwelijks veranderd. Uitzondering is het cannabisgebruik onder jongeren. Dat is sinds 1996 met 5% gedaald tot 17% in 2007. Er zijn ook nog andere middelen die gezondheidsgevolgen kunnen hebben. Zo gebruiken 160.000 fitnessbeoefenaars stimulerende middelen (6).

Aantal te dikke Nederlanders stabiel

Bijna de helft van de Nederlandse bevolking heeft overgewicht en ongeveer 11% van de Nederlanders heeft ernstig overgewicht. Sinds 2000 is het percentage mensen met overgewicht niet of nauwelijks toegenomen. Het percentage met ernstig overgewicht nam in deze periode met 2% toe van 9 naar 11. Vóór 2000 was er wel een forse stijging in het voorkomen van overgewicht en obesitas (*afbeelding 3.2*). Vanaf 1980 is het percentage mensen met obesitas verdubbeld. Toch doet Nederland het niet slecht in vergelijking met andere Europese landen; zowel bij mannen als bij vrouwen hoort Nederland bij de top vijf van Europa als het gaat om het percentage van de bevolking met een goed gewicht. En dat geldt ook voor Nederlandse jongeren. Bij deze groep is vanaf 2000 het percentage met overgewicht eveneens gestabiliseerd (*afbeelding 3.3*).

De oorzaak van overgewicht ligt in een verstoorde balans tussen eten en bewegen. Mensen eten te veel in relatie tot wat ze bewegen. Het is niet duidelijk of de toename van overgewicht in de periode van 1980 tot 2003 is toe te schrijven aan een afname van de hoeveelheid dagelijkse lichamelijke activiteit of aan een toename van de energie-inname. De cijfers over voeding lopen helaas wat achter, maar de trends tot 1998 lieten een afname van de energie-inname zien. Het aantal mensen dat voldoet aan de Nederlandse Norm gezond bewegen is al enige jaren stabiel net boven de 50%. Dus de trends in eten en

bewegen, voor zover daar iets over te zeggen valt, komen overeen met de constatering dat het percentage overgewicht stabiliseert. Eten en bewegen hebben veel te maken met de omgeving. In dit kader wordt wel gesproken van de obesogene maatschappij, waarmee bedoeld wordt op een maatschappij die zo is ingericht dat we verleid worden veel te eten en weinig te bewegen.

Weinig Nederlanders voldoen aan richtlijnen gezonde voeding

Nederlanders eten veel en verkeerd. Met name de consumptie van groente en fruit blijft achter bij de voedingsnormen. Ook eet men te veel verzadigde vetten en te weinig vis.

Veel mensen 'worstelen met gezond eten'. Zij volgen diëten, wat vaak resulteert in gejojo. Mensen hebben momenten of perioden dat ze te veel eten, wat ze weer zouden kunnen compenseren met balansdagen. Soms is er ook sprake van ondervoeding, bijvoorbeeld bij ouderen in zorginstellingen. Steeds jongere tienermeisjes maken zich zorgen over hun gewicht, wat onder deze groep kan resulteren in een eetstoornis als anorexia of boulimia. Veel mensen weten ook niet goed wat 'gezond eten' eigenlijk is. Te veel vet is niet goed maar zonder vet kun je niet leven. Een broodje gezond bestaat uit niet meer dan een broodje, kaas wat sla, komkommer en een schijfje tomaat en heeft niet veel met gezondheid te maken. De voedingswaarde is vergelijkbaar met een gewoon broodje kaas. En kaas bevat veel calorieën en verzadigd vet.

Minder lichamelijke activiteit in dagelijkse bezigheden

In het verleden waren er veel zware beroepen waar veel lichamelijke activiteit aan te pas kwam. Tegenwoordig zijn er door inzet van machines en arbowetgeving niet veel beroepen meer waarin zware fysieke arbeid wordt verricht. Ook huishoudelijk werk is aanzienlijk minder arbeidsintensief geworden. De afnemende hoeveelheid dagelijkse lichamelijke activiteit staat tegenover een toenemende sportdeelname. Het percentage mensen dat sport is toegenomen van 61 tot 67% van 2003 tot 2007 (2). Lichamelijke activiteit is geworden van een middel tot een doel. Gunstige uitzondering hierop is dat de fiets in Nederland zeker ten opzichte van andere landen nog steeds een populair vervoermiddel is.

Ongezonder gedrag gaat vaak samen

Mensen die roken eten vaker ongezond, bewegen gemiddeld weinig en gebruiken vaker excessief alcohol. De combinatie van alcohol en roken komt het meest voor. Ook onder jongeren gaan drinken, roken en ook cannabisgebruik vaak samen. Het gebruik van genotmiddelen lijkt deel uit te maken van een bredere leefstijl, die kenmerkend is voor een specifieke subcultuur. Het samengaan van verschillende leefstijlkenmerken onder jongeren hangt samen met kenmerken van de persoon zelf, zoals gevoel van eigenwaarde en de risicoperceptie. Maar ook de sociale

omgeving speelt een belangrijke rol. Vertonen zij vergelijkbaar gedrag en/of accepteren ze het gedrag?

Bij pogingen om de leefstijl te beïnvloeden dient rekening te worden gehouden met de clustering, bijvoorbeeld door meer te doen aan de achterliggende oorzaak, dan aan het gedrag dat daar een gevolg van is. Anderzijds is het wellicht ook mogelijk dat de clustering doorbroken kan worden door één factor aan te pakken.

Hoge bloeddruk en cholesterolwaarde steeds vaker behandeld

Roken, drinken, eten en bewegen hebben invloed op hoge bloeddruk en cholesterolwaarde, twee belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Deze factoren zijn te beïnvloeden met gedrag maar ook met medicatie. De laatste jaren is een sterke toename te zien in het gebruik van bloeddruk- en cholesterolverlagende middelen. Alleen al het bloeddrukverlagende middel metropolol kent bijna één miljoen gebruikers. Twee bloeddrukverlagende middelen staan in de top tien van stijgers. In de periode van 2004 tot 2008 is het gebruik van deze middelen gestegen met respectievelijk 72% en 70% (8). Wat deze stijging betekent voor de prevalentie van hypertensie en hypercholesterolemie is onduidelijk. Daar zijn helaas geen recente gegevens over beschikbaar.

Mogelijkheden voor gezondheidswinst

De trends in leefstijlfactoren zijn relatief gunstig. Toch zijn er nog grote groepen die er een minder goede leefstijl op na houden. Roken en overgewicht komt bijvoorbeeld vaker voor bij laagopgeleiden. In theorie is hier nog wel de nodige gezondheidswinst te halen. Veranderen van gedrag is echter niet eenvoudig. In de eerste plaats omdat het bij sommige gedragingen niet helemaal duidelijk is wat nu gezond of ongezond is. In de tweede plaats, omdat leefstijl niet op zichzelf staat maar is ingebed in de sociale en fysieke omgeving.

Ook omgeving van belang voor gezondheid

Milieu en fysieke omgeving zowel direct als indirect van invloed

Onze omgeving heeft invloed op hoe we ons verplaatsen, hoe we huizen bouwen en wat we eten. Fysieke omgeving kan een gezonde leefstijl stimuleren, maar ook aanzetten tot andere vormen van gedrag die minder goed zijn voor de gezondheid. Fysieke omgeving heeft ook een direct effect op de gezondheid. Het gaat dan om blootstelling aan milieufactoren, of om het risico op (verkeers)ongevallen, maar ook het uitoefenen van fysiek zwaar werk. Van de min of meer klassieke milieufactoren is de blootstelling aan fijnstof het belangrijkste probleem voor de volksgezondheid. De gemeten concentraties fijnstof zijn de afgelopen jaren in Nederland gedaald. Toch zijn door de



Roken



Overgewicht



Lichamelijke inactiviteit



Overmatig alcohol gebruik

= 1 jaar extra levensverwachting

3.4

Effecten van eliminatie van risicofactoren op (gezonde) levensverwachting in de totale Nederlandse bevolking uit 2007



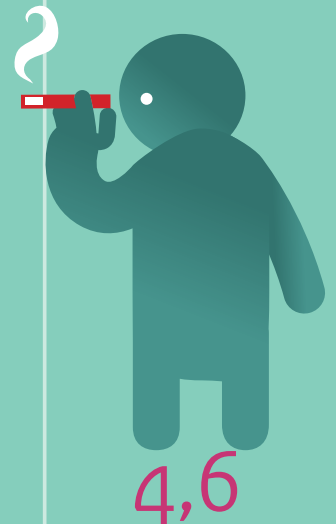
Resterende levensverwachting



Resterende gezonde levensverwachting



Levensverwachting op individueel niveau



Gezonde levensverwachting op individueel niveau



0,5



0,9



1,2



2,1



0,4



0,5



0,9



1,2



0,2



0,3



0,6



0,9

hoge bevolkingsdichtheid in Nederland de concentraties hoger dan in andere Europese landen. Ook geluidhinder is in Nederland vanwege de bevolkingsdichtheid, de toegenomen mobiliteit en de 24 uurseconomie een persistent probleem. Door effectieve geluidwerende maatregelen en technologische ontwikkelingen is de blootstelling niet overal toegenomen. Gevolgen van geluidhinder zijn slaapverstoring en hypertensie. Een ander belangrijk probleem betreft de kwaliteit van de lucht binnenshuis: het binnenmilieu. Door bouwtechnische verbetering van woningen, zoals ventilatiesystemen, is hier de afgelopen decennia wel de nodige verbetering in gekomen. Ook al zijn er af en toe incidenten met innovaties die wat minder gunstig uitpakken, zoals de introductie van balansventilatiesystemen die wel energiezuinig zijn, maar bij onvoldoende onderhoud of verkeerd gebruik gezondheidsklachten kunnen opleveren. Succesvol milieubeleid heeft veel van de milieurisico's uit het recente verleden gereduceerd. Ook is er sprake van voortschrijdend inzicht in de onschadelijkheid van bepaalde milieufactoren. Bodem en drinkwater in Nederland zijn van dusdanige kwaliteit dat deze weinig gezondheidschade zullen geven. Het Arbobeleid in Nederland heeft er aan bijgedragen dat er op de werkvloer vrijwel geen blootstelling aan gevaarlijke stoffen meer voorkomt.

Invloed sociale omgeving en sociaalpsychologische factoren

Niet alleen de fysieke, maar ook de sociale omgeving is van belang voor de volksgezondheid. Het gaat daarbij om de omgeving waarin mensen leven en werken. De sociale omgeving kan zowel een bron van stress als een bron van steun zijn. Ook normen en waarden in een sociaal netwerk zijn van belang voor de leefstijl van mensen. De sociale omgeving heeft waarschijnlijk een substantieel effect op de volksgezondheid, maar doordat veel invloeden indirect verlopen is dit moeilijk te kwantificeren. Stress heeft effect op bloeddruk en immuunsysteem, en kan hoofdpijn en slapeloosheid veroorzaken. Sociaalpsychologische factoren worden vooral in verband gebracht met psychische ziekten en aandoeningen en met het beloop van ziekten en aandoeningen. Sociale cohesie en sociale verbanden hebben vooral ook veel invloed op het bredere gezondheidsbegrip en zijn daarmee moeilijker in verband te brengen met specifieke ziekten of aandoeningen. Verbintenissen met familie, vrienden en collega's en betrokkenheid bij de samenleving zijn sterk gerelateerd aan welzijn, onder meer indirect via gezondheid (9).

Welke determinanten zijn het belangrijkste?

Roken veroorzaakt grootste ziektelast

De opsomming van factoren die van invloed zijn op de volksgezondheid levert een rijk geschakeerd beeld van ongelijksoortige factoren. De bijdrage van deze factoren aan de totale ziektelast hebben we berekend, net als in de voorgaande Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, met het chronische ziektemodel. Dit model is beperkt omdat niet alle determinanten en niet alle chronische ziekten zijn opgenomen. Van de doorgerekende determinanten blijft roken de belangrijkste boosdoener. Wanneer niemand meer zou roken, zou de gezonde levensverwachting in de bevolking met 2 jaar toenemen (*afbeelding 3.4*). Eliminatie van overgewicht zou een winst van 0,9 jaar opleveren. Op individueel niveau is de winst nog groter. Wanneer iemand stopt met roken neemt zijn of haar resterende gezonde levensverwachting met 4,6 jaar toe.

De factoren in *afbeelding 3.4* komen vaak gecombineerd voor en hebben een gezamenlijke achterliggende oorzaak. Ook de sociale en fysieke omgeving zijn van invloed op de volksgezondheid. Schattingen van milieu en arbeid laten zien dat elk zo'n 5% van de totale ziektelast veroorzaakt. Het grootste deel van het beschreven effect van de inrichting van de (leef)omgeving en de sociale omgeving is echter met de huidige kennis en informatie onmogelijk te kwantificeren.

Veel determinanten nog onbekend

Epidemiologisch onderzoek heeft veel kennis opgeleverd over factoren die bijdragen aan het ontstaan van ziekten en aandoeningen. De invloed van roken en overgewicht zijn daar goede voorbeelden van. Inzicht in factoren die ziekte veroorzaken is relevant voor preventie van ziekte. Dit soort onderzoek heeft echter ook geleid tot een groot aantal triviale relatieve risico's. Denk bijvoorbeeld aan de effecten van specifieke voedingsmiddelen, het risico van koffiedrinken of het gebruik van een deodorant. De gepresenteerde risico's zijn over het algemeen klein en de inzichten kunnen in relatief korte tijd weer veranderen. Voor een burger is dat niet even helder, het kan leiden tot 'epidemiologische verwarring'. Mensen weten niet meer wat gezond en ongezond is.

Ondanks de toegenomen kennis over factoren die ziekten veroorzaken, is er nog steeds veel onbekend. Van bijvoorbeeld depressie, angst en dementie, ziekten die in de top tien van ziektelast staan, ontbreekt de kennis over belangrijke determinanten. En dat geldt voor veel meer aandoeningen.

De grootste problemen aanpakken?

Leefstijl krijgt via de speerpunten roken, overgewicht en alcohol veel aandacht in het landelijke preventiebeleid (10). Gezien de geschatte bijdrage aan ziektelast is dat goed te rechtvaardigen. De afgelopen jaren is veel ingezet op preventieve interventies ten aanzien van deze speerpunten. Wat dit op kan leveren is beschreven in het deelrapport 'Effecten van preventie' en samengevat in het zesde hoofdstuk. Daar is beschreven dat er vaak weinig bekend is over de effecten van interventies of dat effecten veelal klein zijn. Het blijkt niet eenvoudig om mensen aan te zetten tot een 'gezond leven'.

Gezond leven niet gemakkelijk

Gezond leven is niet gemakkelijk. Hiervoor zijn minstens drie redenen aan te wijzen. Ten eerste is het niet altijd duidelijk wat gezond leven nu precies is. Voor roken is de boodschap eenduidig: elke sigaret is er één te veel. Voor alcoholgebruik is dit al lastiger. Matig alcoholgebruik kan ook positieve effecten hebben, want het verhoogt het HDL-cholesterol en verlaagt daarmee de kans op hartziekten. Tegelijkertijd verhoogt alcohol het risico op borstanker en is teveel alcohol niet goed voor lever en hersenen. En wat is gezond eten? De berichten over voeding en gezondheid zijn zeer tegenstrijdig.

Ten tweede zijn er persoonskenmerken waardoor gezond leven niet gemakkelijk is. Genetische verschillen zorgen er bijvoorbeeld voor dat de ene roker en drinker wel verslaafd raakt en de andere niet. En bij sommige mensen bepalen emoties wat en hoeveel ze eten. Deze 'emotie-eters' eten (of eten niet) om zichzelf beter of gelukkiger te voelen, terwijl 'externe eters' juist sterk beïnvloed worden door de beschikbaarheid van voeding in de directe omgeving. Dit leidt tot het derde punt, namelijk de omgeving. Leefstijl is sterk ingebed in de omgeving. Allerlei externe invloeden en verleidingen maken het moeilijk om 'gezond te leven'. Gezond leven is weliswaar niet gemakkelijk, maar ook niet onmogelijk. Dat in vijftig jaar het percentage rokers meer dan gehalveerd is, betekent dat gedragverandering mogelijk is. Voor sommige rokers was dit de stimulans voor een algehele verbetering van de leefstijl, waarmee de cirkel van ongezond gedrag als het ware is doorbroken.

De omgeving als aangrijpingspunt

De gezonde keuze de makkelijk keuze maken, is een veelgehoorde uitspraak. Als leefstijl zo duidelijk is ingebed in de omgeving, dan moet het ook mogelijk zijn om de omgeving zo aan te passen dat gedragsverandering eenvoudiger wordt. Lichaamsbeweging kan bijvoorbeeld worden gestimuleerd door traplopen aantrekkelijker te maken dan liftgebruik. Dit kan soms door subtiele aanpassingen in de omgeving, zoals het aanbrenge van voetafdrukken op de grond of het openzetten van een deur. Bij het aanbod van voedingsmiddelen is ook het

nodige mogelijk. Interessant op dit gebied zijn initiatieven van de voedingsindustrie om de productsamenstelling aan te passen. Verzadigde vetten zijn bijvoorbeeld al in een groot aantal producten vervangen door de betere, onverzadigde vetten. Er zijn margarines op de markt met gunstige effecten op cholesterol. En er wordt gewerkt aan verdere productverbetering, bijvoorbeeld de vermindering van de hoeveelheid zout in voedingsmiddelen. De sociale omgeving is ook een bron van normen en waarden. De normen ten aanzien van roken bijvoorbeeld zijn de laatste decennia behoorlijk veranderd. Vrijwel nergens wordt roken nog getolereerd: niet in het openbaar vervoer, niet op de werkplek en sinds 2008 ook niet meer in de horeca. Roken is daarmee minder vanzelfsprekend en volgens sommigen iets voor mensen met problemen. Het voorbeeld van de portiegroote waar dit hoofdstuk mee begon, heeft natuurlijk ook alles te maken met normen. Is 50 centiliter cola een normale hoeveelheid?

Leefstijl krijgt via de speerpunten in het beleid veel aandacht. De omgeving is even belangrijk vanwege het directe en het indirecte effect op gezondheid. Ook het feit dat veel gedrag clusterd, benadrukt dat gedrag niet op zich staat. Gezond leven in een gezonde omgeving heeft een soort natuurlijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen het individu en de overheid. Gezond leven wordt veelal gezien als een eigen verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid voor de omgeving ligt vooral bij de overheid en het maatschappelijke middenveld. Bij gedragsbeïnvloeding speelt de persoonlijke levensvrijheid een grote rol, daar kan de overheid niet gemakkelijk intreden. Dit kan wel als anderen schade ondervinden van iemands gedrag, zoals bij passief roken. Overheidsoptreden kan ook wanneer opvoedingssituaties in het geding zijn, of mensen door verkeerde informatie 'verkeerde keuzes' maken. Op hoofdlijnen liggen er vooral mogelijkheden bij het inrichten van de omgeving en het stimuleren van 'gezonde keuzes'. Bij de inrichting van de omgeving gaat het ook om wettelijke maatregelen, bijvoorbeeld het rookverbod. Gezonde keuzes kunnen worden gestimuleerd via informatie, prijzen, of subtiele hints (nudges), waarbij mensen altijd de mogelijkheid houden zelf te kiezen (11). Bij het faciliteren van een gezonde keuze gaat het vooral om het helpen van (gemotiveerde) mensen om gezonde keuzes te maken via interventies.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op het deelrapport 'Gezondheid en determinanten' en op de informatie uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Referenties

- (1) Wansink B, Payne CR. The Joy of Cooking Too Much: 70 Years of Calorie Increases in Classic Recipes. *Annals of Internal Medicine*, 2009;150(4):291-2.
- (2) Breedveld K, Kamphuis C, Tiessen-Raaphorst A. Rapportage Sport 2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/WJH Mulier instituut, 2008.
- (3) Stivoro. Roken: vroeger en nu. 2009 (www.stivoro.nl).
- (4) STAP. Aantal alcoholcoma's in 2008 bij kinderen toegenomen. Nieuwsbericht. 2009 (www.alcoholpreventie.nl).
- (5) Trimbos-instituut, SIZ. Cijfers gepresenteerd op het 2e Nationaal Alcoholcongres op 3 december in Nieuwegein. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, 2009.
- (6) Stubbe JH, Chorus AMJ, Frank LE, De Hon O, Schermers P, Van der Heijden PGM. Prestatiebevorderende middelen bij fitnessbeoefenaars. Cappele aan de IJssel: Dopingautoriteit, 2009.
- (7) Centraal Bureau voor de Statistiek. Jeugdmonitor. Lichaamsgewicht, overgewicht (2-25 jaar). CBS, 2009 (jeugdmonitor.cbs.nl).
- (8) College voor Zorgverzekeringen. GIPdatabank: Informatie over genees- en hulpmiddelen. 2009.
- (9) Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Phil Trans R Soc Lond B*, 2004;359:1435-46.
- (10) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Kiezen voor gezond leven. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
- (11) Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge. Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*. New Haven: Yale University Press, 2008.



4 Een gezonde samenleving

Het gaat goed met Nederland. De leefsituatie van de Nederlanders is tot 2009 verbeterd en de gevolgen van de economische neergang zijn nog niet echt zichtbaar, aldus het Sociaal en Cultureel Planbureau in 'De sociale staat van Nederland' die eind 2009 verscheen (1). Van alle Europese landen scoort Nederland het laagst op de misère-index; de werkloosheid, de inflatie en het begrotingstekort in Nederland behoren tot de laagste in Europa. Ondanks de financiële crisis is driekwart van de Nederlanders van mening dat Nederland een welvarend land is. De maatschappelijke participatie van Nederlanders is groot. Veel Nederlanders zijn aangesloten bij maatschappelijke organisaties. De arbeidsparticipatie is toegenomen en behoort met 68% tot de hoogste van Europa, zij het dat Nederlanders naar verhouding meer in deeltijd werken.

Welvaart en volksgezondheid gaan hand in hand ...

Met de gezondheid van de Nederlanders gaat het ook goed. Dat is natuurlijk niet voor niets. Gezondheid en samenleving hebben alles met elkaar te maken. In hoofdstuk 1 kwam al ter sprake dat welvaart en levensverwachting elkaar beïnvloeden. De twintigste eeuw heeft wereldwijd in veel landen welvaart en gezondheid gebracht. In Europa zijn het vooral de westerse en noordelijke landen waar een enorme economische groei gepaard ging met een sterke afname van de sterfte. Afbeelding 4.1 illustreert deze trend voor Nederland. Al in de jaren zeventig heeft McKeown erop gewezen dat deze ontwikkelingen waarschijnlijk causaal verbonden zijn: economische groei leidt tot een toename van de levensverwachting (2). En Fogel, Nobelprijswinnaar voor de economie, heeft overtuigend laten zien dat die economische groei voor een belangrijk deel weer het gevolg was van betere voeding en gezondheid. Het gaat dus om een wisselwerking waarbij ook allerlei maatschappelijke ontwikkelingen een rol spelen. Ontwikkelingen die ook weer van invloed zijn op het denken over gezondheid en de oorzaken daarvan.

... en ook de samenleving speelt een belangrijke rol

Met de gezondheid van de Nederlanders gaat het echter niet in alle opzichten goed. Er zijn grote gezondheidsverschillen en gezond leven blijft voor veel mensen moeilijk. Ook daarbij speelt de samenleving een belangrijke rol. In het vorige hoofdstuk werd reeds het belang van de omgeving aangestipt. In dit hoofdstuk wordt dit verder uitgewerkt. Veel gezondheidsproblemen zijn diep geworteld in de samenleving. Naast de traditionele determinanten, zijn er ook maatschappelijke determinanten van gezondheid en ziekte die de context vormen voor de determinanten uit hoofdstuk 3. Voor het succes van preventie is het van belang oog te hebben voor deze maatschappelijke determinanten van gezondheid.

Dit hoofdstuk werkt twee lijnen verder uit. In de eerste plaats wordt nader ingegaan op de invloed van de samenleving op de gezondheid. In de tweede plaats wordt een aantal consequenties hiervan voor het denken over gezondheid beschreven.

Maatschappelijke determinanten van gezondheid en ziekte

‘Wat is gezond leven?’, was een belangrijke vraag in het vorige hoofdstuk toen de determinanten van gezondheid en ziekte centraal stonden. Wanneer de maatschappelijke determinanten naar voren gehaald worden, kantelt deze vraag als het ware van het individuele perspectief naar samenlevingsniveau: ‘Wat is een gezonde samenleving?’ Daarbij gaat het dan niet zozeer om de omgeving die als een exogene grootheid het gedrag beïnvloedt, maar veel meer om de dieperliggende maatschappelijke structuren. Maatschappelijke determinanten betreffen de politieke, sociale en economische structuren die van invloed zijn op de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de mate van welvaart en de verdeling daarvan, onderwijskansen en sociaal-culturele invloeden (3-5).

Welvaartsverdeling

Niet alleen het algemene welvaartspeil is van invloed op de volksgezondheid, maar ook de welvaartsverdeling binnen een land kan hierop van invloed zijn. Volgens Pickett en Wilkinson hebben meer egalitaire samenlevingen een hogere levensverwachting (6). De bevindingen zijn echter niet geheel onomstreden, onder meer omdat de analyses op het niveau van landen zijn uitgevoerd en er niet is gekeken naar de effecten voor de afzonderlijke groepen binnen een samenleving (7). Uit verdiepend onderzoek blijkt dat er alleen een additioneel effect van deze ongelijkheid op de volksgezondheid bestaat in landen waar de inkomensongelijkheid groot is (8). Zo wordt in landen met een Gini-coëfficiënt (een maat voor de inkomensongelijkheid) boven de 0,30 een veel duidelijker effect gevonden dan in landen met minder inkomensongelijkheid. Nederland zit met een Gini-coëfficiënt van 0,25 in 2007 aan de kant van de streep waarbij geen additioneel effect op de volksgezondheid verwacht mag worden. Binnen Nederland zijn echter ook verschillen in inkomensongelijkheid. In stedelijke gebieden is de inkomensongelijkheid bijvoorbeeld groter en wordt de kritische grens wel overschreden (8).

In de jaren vijftig en zestig waren de inkomens in Nederland aanzienlijk schever verdeeld dan nu. In de jaren zeventig is de inkomensongelijkheid fors afgenomen, vooral door de stijging van de inkomens van de niet-actieve bevolking. Vanaf de jaren tachtig en negentig is de inkomensongelijkheid in Nederland redelijk stabiel (9).

4.1

Trends in Bruto Binnenlands Product en levensverwachting, 1950-2008 (Bron: CBS, Nationale rekeningen, Kerncijfers bevolking)



- levensverwachting vrouwen
- levensverwachting mannen
- BBP (prijspeil 1950)

Opleiding en sociale stratificatie

Afkomst en opleidingsniveau bepalen in hoge mate de kansen van mensen in de Nederlandse maatschappij. Dan gaat het niet alleen om beschikbaarheid van geld, middelen en macht, maar ook om toegang tot informatie, culturele en maatschappelijke participatie én om gezondheid. In samenspel met andere maatschappelijke invloeden zorgt het opleidingsniveau er als het ware voor dat mensen ‘voorgesorteerd’ zijn voor een bepaalde levensloop. Hieraan kunnen zij zich niet meer of slechts met grote moeite onttrekken. Het huidige maatschappelijke stelsel, dat veel waarde hecht aan opleiding, heeft als voordeel dat de capaciteiten van mensen zoveel mogelijk tot hun recht komen. Maar het nadeel is dat mensen met weinig capaciteiten niet goed kunnen meekomen en al snel de aansluiting met het maatschappelijke leven kwijtraken. Aan de onderkant van de samenleving is er daardoor altijd een bevolkingsgroep die op vele gebieden kwetsbaar is. Vanuit een maatschappelijke benadering is het dan de vraag of de levenssituatie van deze groep zich niet onder een drempelwaarde bevindt. Zo kennen we in Nederland bijvoorbeeld een armoedegrens. Daarnaast is het vanuit een maatschappelijke benadering van belang hoe groot de relatieve afstand is, de relatieve deprivatie, ten aanzien van andere groepen in de samenleving.

Sociaal-culturele invloeden

Door de sociale stratificatie worden mensen ‘voorgesorteerd’ op bepaalde patronen van leven, wonen, werken en vrijetijdsbesteding. Deze patronen hebben daarmee ook invloed op de leefstijl van mensen, op stress en manieren om hiermee om te gaan, en op gezondheid. Dat blijkt ook uit het SCP-onderzoek naar gezondheidsopvattingen, waarin in twaalf groepsgesprekken is gevraagd wat mensen zelf als belangrijke bedreigingen voor een gezonde leefstijl zien. De antwoorden op deze vraag houden een duidelijke spiegel voor over de keerzijdes van de moderne maatschappij. Enerzijds vindt men namelijk drukte, stress en onregelmatig leven een bedreiging voor een gezonde leefstijl, maar anderzijds ook verveling. Gezelligheid is genoemd als bedreiging vanwege het eten en drinken dat ermee samenhangt, terwijl het anderzijds de sfeer verhoogt. Maar schokkende gebeurtenissen en een ontredder gevoel maken het soms ook moeilijk om gezond te leven. Als een heel belangrijke bedreiging wordt tot slot de overvloed van de consumptiemaatschappij genoemd en de massamedia als doorgeefluik daarvan. Volgens de deelnemers aan het SCP-onderzoek wordt een gezonde leefstijl dus vooral ook bedreigd door maatschappelijke factoren en bevolkingsgroepen gaan daar heel verschillend mee om. ‘Kiezen voor gezond leven’ ligt vooral binnen handbereik voor hoogopgeleide mensen. Laagopgeleiden ervaren veel minder keuzevrijheid en kunnen veel moeilijker loskomen van de sociaal-culturele patronen waarin ze zijn opgegroeid. Dit beperkende effect

is ook in meer specifieke bevolkingsgroepen te zien. Het SCP constateert bijvoorbeeld dat er in Nederland een bevolkingsgroep is die in een minder goede levenssituatie verkeert en ontevreden is over de samenleving. Dit zijn ook de mensen die op verschillende fronten minder participeren (1). Andere onderzoekers wijzen verder op het ontstaan van een groeiende tweedeling in de samenleving tussen hoog- en laagopgeleiden (10). Belangrijke maatschappelijke en politieke posities worden bekleed door hoogopgeleiden, terwijl laagopgeleiden op vrijwel geen enkele wijze vertegenwoordigd zijn. Zij komen minder tot hun recht en het gevaar is dat zij zich steeds minder gewaardeerd voelen. Vraag is wat hiervan de gevolgen zijn voor de samenleving en de volksgezondheid.

Gezondheid en ziekte als maatschappelijke verschijnselen

Gezondheid en ziekte zijn geen statische begrippen. Wat als gezondheid wordt gezien, is sterk afhankelijk van de maatschappelijke context. De opvattingen daarover veranderen in de loop der tijd. Voor ziekte geldt hetzelfde. De samenleving stelt eisen aan het ‘normaal functioneren’, en onder invloed van de technologische en economische ontwikkeling veranderen bijvoorbeeld de eisen die aan werknemers worden gesteld. Na ‘menselijk kapitaal’ spreekt men tegenwoordig bijvoorbeeld ook over ‘mentaal kapitaal’ om aan te geven dat de psychische capaciteiten van kenniswerkers aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen. In het deelrapport ‘Maatschappelijke baten’ wordt dit verder uitgewerkt. Die voorwaarden hebben ook gevolgen voor wat als normaal en afwijkend wordt gezien. En dat heeft weer zijn weerslag op wat wordt gedefinieerd als bijvoorbeeld psychische stoornissen in het algemeen en gedragsstoornissen bij kinderen. Tegelijkertijd zijn het ook de mensen zelf die hogere eisen stellen aan hun functioneren. Hierdoor worden ongemakken eerder aangeduid als ziekte waar iets aan gedaan kan worden. Een bekend voorbeeld heeft betrekking op orthodontie. Een onregelmatig gebit wordt niet meer acceptabeel gevonden, omdat gebitsregulatie de norm is geworden.

De WHO-definitie van gezondheid

Dit laatste voorbeeld wijst op de invloed van de medische zorg. Deze invloed geldt algemener. De toename van het aantal ziektegevallen die in *hoofdstuk 2* werd geconstateerd, is voor een belangrijk deel het gevolg geweest van de toegenomen medische mogelijkheden. Deze toename dient dan ook niet direct als verontrustend te worden gezien. Gezondheid is immers iets anders dan alleen de afwezigheid van ziekte. Dat werd al onderkend in de bekende definitie van de WHO uit 1948, waarin gezondheid omschreven wordt als een staat van volledig fysiek,

geestelijk en sociaal welbevinden. Op deze definitie is veel kritiek geweest, maar het lijkt erop dat in onze veranderde samenleving het gezondheidsbegrip gaandeweg steeds breder en in de richting van deze definitie wordt ingevuld. De reclame laat dat bijvoorbeeld duidelijk zien: eten, vakantieparken en fitnessproducten worden steeds meer aanbevolen in termen van gezondheid en vitaliteit, welbevinden en wellness.

Preventie en zorg als onderdeel van maatschappelijke ontwikkelingen

Niettemin gaat het in wetenschap en beleid bij de determinanten van gezondheid toch vooral om de determinanten van ziekten en aandoeningen. Roken verhoogt de kans op longkanker en hart- en vaatziekten, en van te veel eten krijgen mensen obesitas en diabetes. Maar dit zijn slechts ten dele de determinanten van gezondheid volgens de WHO-definitie. De manier waarop gezondheid wordt gedefinieerd, dwingt echter om anders te kijken naar de factoren die hierop van invloed zijn. Determinanten van volledig welbevinden zijn anders dan determinanten van hart- en vaatziekten.

In preventie en zorg staat dus veelal een smallere benadering van gezondheid centraal. Desondanks heeft ook dit ziektebegrip geen statisch karakter. Door de toenemende kennis verandert ook het smaller gedefinieerde ziektebegrip. Risicofactoren worden steeds meer als een ziekte benaderd en behandeld. Dat geldt voor hypertensie en hypercholesterolemie, maar ook voor obesitas en zelfs voor roken. Het opmerkelijke daarbij is dat ziekte en gezondheid vooral als een individuele aangelegenheid aangemerkt worden. In elk geval worden problemen meestal op individueel niveau geïdentificeerd. Iemand is ziek of iemand leeft ongezond. Ook de oplossingen worden op individueel niveau gezocht in de vorm van een behandeling of een gedragsverandering. Wanneer deze op het individugerichte benadering gekoppeld wordt aan de brede definitie van de WHO, ontstaat een interessant beeld. Primair zijn zorg en preventie vooral ziektegericht en niet gericht op het algehele welbevinden. Maar door het oprekken van de definities van gezondheid en ziekte worden welzijnsgerelateerde aspecten in het medische domein getrokken. Ze krijgen daarmee een op het individu gerichte benadering. Door deze vorm van individualisering blijven de maatschappelijke invloeden die een rol speelden bij de veranderende opvattingen tegelijkertijd grotendeels buiten beeld.

Alleen het uitbreiden van het domein is daarom onvolgende om het brede gezondheidsbegrip recht te doen. Er zal ook anders gekeken en gedacht moeten worden. Wat dat betreft zijn er parallellen te trekken met het werk van de hygiënisten aan het eind van de negentiende eeuw. De hygiënisten ijverden niet alleen voor betere zorg, maar vooral ook voor betere huizen, hygiëne, arbeidsomstandigheden, sociale voorzieningen en onderwijs.

Naar een gezonde samenleving

Als de erfenis van de hygiënisten getypeerd wordt als 'dijkbewaking', is de cruciale vraag wat als dijkbewaking van Nederland in de eenentwintigste eeuw zal worden aangemerkt. Een gezonde samenleving is meer dan een land waarin mensen gezond zijn. Het gaat ook om weerbaarheid tegen economische en sociaal-culturele schokken. In dit verband is de huidige recessie een goede 'testcase'. Mede dankzij het gevoerde sociaaleconomische beleid lijkt Nederland die proef vooralsnog goed te doorstaan. Maar de vraag blijft wel hoe dit op langere termijn zal uitpakken voor specifieke groepen zoals laagopgeleiden.

Dit hoofdstuk biedt geen kant-en-klare antwoorden op deze vraag. Slechts het denken over ziekte, gezondheid en de oorzaken daarvan is in een ander perspectief geplaatst. Dit levert al wel een aantal interessante inzichten op die relevant zijn voor het beleid, professionals in het veld en voor de wetenschap.

Relevantie voor het beleid en praktijk

Voor het beleid is belangrijk om ten behoeve van de volksgezondheid ook aandacht te besteden aan de kansen en bedreigingen van de maatschappelijke determinanten van gezondheid. Welvaart en welvaartsverdeling zijn bijvoorbeeld maatschappelijke determinanten waarop Nederland het relatief gunstig doet. De kloof tussen laag- en hoogopgeleiden blijft echter een belangrijk aandachtspunt (*hoofdstuk 5*) en dan gaat het niet zozeer over inkomensverschillen als wel over kansarme en kansrijke mensen. Voor de effectiviteit van preventie (*hoofdstuk 6*) en van het beleid (*hoofdstuk 7*) is het van belang om ook oog te hebben voor de maatschappelijke oorzaken en de sociaal-culturele dimensie van volksgezondheidsproblemen. Voor professionals in het veld geldt hetzelfde. Uitsluitend focussen op gedrag- en leefstijlinterventies is ontoereikend (*5*). Het gaat er ook om mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Dit vergt andere competenties van bijvoorbeeld gezondheidsbevorderaars. Verbreding naar het maatschappelijk perspectief opent ook mogelijkheden om anders naar de betekenis van gezondheid te kijken. Gezondheid is niet alleen belangrijk voor mensen, maar ook voor de samenleving. Robert Fogel zag in de ontwikkeling van de volksgezondheid een van de belangrijke oorzaken van de economische groei in de westerse wereld. In deze visie is een goede volksgezondheid een belangrijke bron van maatschappelijke baten en loont het om te investeren in preventie en zorg (*hoofdstuk 8*).

Onderzoeksagenda

Het is al langer bekend dat gedrag niet op zich staat. De 'kanteling' naar een maatschappelijk perspectief impliceert dat onderzoekers hun werkerrein moeten verleggen of verbreden. De huidige chronische-ziektenepidemiologie schiet tekort om antwoord te geven op de volksgezondheidsvragen van de toekomst. Een eco-epidemiologische benadering biedt volgens sommige wetenschappers een goed alternatief (11). Binnen zo'n benadering is ook aandacht voor de maatschappelijke context en dynamiek van volksgezondheid. Ook de medische sociologie kan een belangrijke bijdrage leveren aan theorieontwikkeling op dit terrein (12).

Al deze tekenen kunnen bijdragen aan een mogelijke transitie in de publieke gezondheid. Een verandering naar een publieke gezondheid die zich hard maakt voor een gezonde samenleving, waarin gezondheid, welzijn en welvaart elkaar wederzijds versterken.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de deelrapporten 'Maatschappelijke baten', 'Gezondheid en determinanten' en het deelrapport dat in samenwerking met het SCP tot stand is gekomen over gezondheidsopvattingen.

Referenties

- (1) Bijl R, Boelhouwer J, Pommer E, Schyns P. De sociale staat van Nederland 2009. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- (2) McKeown T. The role of medicine. Dream, Mirage or Nemesis? London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
- (3) Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- (4) Stronks K. Maatschappij als medicijn. Amsterdam: Vossiuspers UvA, 2007.
- (5) Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Int Journal of Health Services*, 2009;39(3):423-41.
- (6) Pickett KE, Wilkinson RG. Greater equality and better health. *BMJ*, 2009;339:b4320.
- (7) Runciman D. How messy it all is. *London Review of Books*, 2009;31(20):3-6.
- (8) van den Brakel-Hofmans M. De Ongelijkheid van inkomens in Nederland. *Sociaal-economische trends*. 2007(3e kwartaal):7-11.
- (9) Lautenbach H, Ament P. Inkomens in de grote steden 1950-2000. *Sociaal-economische trends*. 2004(3e kwartaal):58-62.
- (10) Bovens M, Wille A. Diploma democracy. Utrecht/Leiden: Utrecht University/Leiden University, 2009.
- (11) March D, Susser E. The eco- in eco-epidemiology. *Int J Epidemiol*, 2006;35(6):1379-83.
- (12) Cockerham WC. Social causes of health and disease. Cambridge: Polity press, 2007.



5 Achter in gezondheid

‘Sociale rechtvaardigheid is een kwestie van leven en dood.’ Zo begint het eindverslag van de WHO-commissie ‘on social determinants of health’ onder de ambitieuze titel ‘Closing the gap in one generation’ (1). Onder voorzitterschap van Michael Marmot houdt de commissie een krachtig pleidooi voor de aanpak van verschillen in gezondheid tussen arm en rijk. Het verschijnen van het rapport en de daarop volgende conferentie in november 2008 heeft in Europa het debat over gezondheidsachterstanden een stevige impuls gegeven. Verschillende Europese landen, met Engeland als voortrekker, hebben de bevindingen van de commissie omarmd en vertaald naar nationale actieplannen. Ook de minister van VWS heeft een plan van aanpak opgesteld. In Nederland bestaan immers ook grote verschillen in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleiden. Meestal spreekt men daarbij over de gezondheidsachterstanden van lagere sociaaleconomische groepen.

Er zijn verschillende redenen aan te voeren om gezondheidsachterstanden aan te pakken. De commissie Marmot redeneert vooral vanuit het rechtvaardigheidsprincipe om gezondheidsachterstanden aan te pakken: iedereen heeft recht op een gelijke en zo goed mogelijke gezondheid. In deze benadering gaat het niet alleen om het verbeteren van de gezondheid van hen die het slechtst af zijn, maar juist ook om het verkleinen van het verschil. Er zijn ook andere redeneringen denkbaar. Bijvoorbeeld de utilistische benadering dat voor het verbeteren van de volksgezondheid in het algemeen, verreweg de meeste winst te behalen valt bij de groep met de grootste achterstand. Onder laagopgeleiden is immers de levensverwachting het laagst. Daar valt nog veel te bereiken. Anders gezegd: de algemene gezondheidsdoelen worden moeizaam bereikt als de gezondheidsachterstanden niet voor een deel worden weggewerkt.

Vermindering gezondheidsverschillen belangrijk voor de samenleving

Het motto van het kabinet Balkenende-IV 'samen werken, samen leven' stelt maatschappelijke participatie centraal. Participatie verhoogt de kwaliteit van de samenleving en draagt onder meer via arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit ook bij aan de nationale welvaart. Gezondheid is een essentiële voorwaarde voor participatie. Groeperingen met een minder goede gezondheid zijn minder goed in staat om te participeren in de samenleving. Aan de onderkant van de samenleving bestaat een groep die onder meer vanwege gezondheidsredenen op verschillende fronten niet meedoet. Een groep waarvan het bij een krimpende beroepsbevolking steeds belangrijker wordt dat zij wel deelneemt aan het economische en maatschappelijke leven.

Gezondheidsverschillen onverminderd groot

Hoogopgeleide mannen en vrouwen leven langer

Het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleide mannen en vrouwen is 7,3 respectievelijk 6,4 jaar (*afbeelding 5.1*) (2). Een verschil van zeven jaar in levensverwachting is groot: het is groter dan het verschil tussen mannen en vrouwen. De levensverwachting van laagopgeleide mannen (74 jaar) is vergelijkbaar met de levensverwachting van de gemiddelde Nederlandse man eind jaren zeventig.

De verschillen in gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau zijn nog groter (*afbeelding 5.1*). De gemiddelde levensverwachting zonder beperkingen ligt bij laagopgeleiden op ongeveer 61 jaar, terwijl hoogopgeleiden gemiddeld ruim 75 jaar zonder beperkingen leven. Beperkingen kunnen mensen beletten maatschappelijk te

participeren en is in die zin van groter belang dan de levensverwachting als zodanig. Het gaat om een verschil van veertien jaar!

De verschillen in levensverwachting zijn van 1997 tot 2008 ongeveer constant gebleven. Bij alle opleidingscategorieën is de levensverwachting in ongeveer gelijke mate toegenomen. Dat betekent ook dat de levensverwachting van laagopgeleiden is toegenomen tussen de periode 1997-2000 en 2005-2008. Bij mannen met 3,1 jaar en bij vrouwen met 0,7 jaar. De verschillen in de levensverwachting zonder beperkingen zijn in deze periode wel licht toegenomen.

Opleidingsniveau is een belangrijke indicator voor sociaaleconomische status (ses) en daarmee voor de positie die iemand inneemt in de samenleving. Verschillen in gezondheid tussen ses-groepen, gemeten aan de hand van opleidingsniveaus, worden aangeduid met de term sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Grote verschillen in ervaren gezondheid

Vier van de tien laagopgeleiden geven aan hun gezondheid als minder goed te ervaren. Dat is 3,5 keer meer dan de hoogstopgeleide groep, waar slechts 12% de gezondheid als minder goed ervaart. Bij ervaren beperkingen en zelfgerapporteerde chronische aandoeningen zijn de verschillen minder groot, maar ook evident (*afbeelding 5.2*). Deze verschillen zijn sinds 1990 nagenoeg onveranderd gebleven (3).

Ook diverse risicofactoren komen vaker voor bij achterstandsgroepen (*afbeelding 5.3*). Zo roken laagopgeleiden bijna twee keer zo vaak als hoogopgeleiden en de sterfte aan rookgerelateerde aandoeningen vertoont dan ook een duidelijke gradiënt naar opleidingsniveau. Opvallend is ook dat in de periode 1990-2007 de verschillen in roken naar opleidingsniveau zelfs zijn toegenomen. Dat komt omdat vooral hoogopgeleiden zijn gestopt (4). Interessant is om te zien of laagopgeleiden zullen volgen, zodat de verschillen na verloop van tijd weer minder zullen worden. Bij overgewicht zien we een soortgelijk verschijnsel. Ernstig overgewicht is de afgelopen jaren nog wel toegenomen onder laagopgeleiden, maar al afgenomen onder hoogopgeleiden.

Gezondheidsachterstanden bij allochtonen

De verschillen in gezondheid naar opleidingsniveau of sociaaleconomische status manifesteren zich ook in verschillen tussen allochtonen en autochtonen. De sterftetekans van niet-westerse allochtonen ligt gemiddeld hoger dan die van autochtonen. Dit verschil neemt echter wel af (5). Op sommige aspecten doen allochtonen het ook duidelijk beter. Zo zijn de sterftetekansen onder Marokkaanse mannen boven de 45 jaar aanzienlijk kleiner dan van de autochtone bevolking (6). De huidige allochtonen zullen

naar verwachting geleidelijk opgaan in de heersende cultuur, op eenzelfde wijze als dat met de Nederlandse Surinamers is gebeurd. Toch zal het aantal allochtonen van de eerste generatie naar verwachting niet afnemen. Dit komt enerzijds door huwelijkspartners uit het land van herkomst en anderzijds door nieuwkomers en nieuwe migratielanden (7).

Gezondheidsachterstanden ook geografisch zichtbaar

De gemeente met de laagste levensverwachting in Nederland is Kerkrade. De levensverwachting is daar elf jaar korter dan in Eemnes, waar de levensverwachting 88 jaar is. De verschillen tussen geografische gebieden zijn nog groter als we kijken naar de achterstandswijken in de grote steden. Gezondheidsachterstanden zijn echter ook een plattelandsprobleem. Met name in sociaaleconomisch achtergebleven gebieden zoals het noordoosten en Limburg, blijft de gezondheid van grote groepen Nederlanders achter (*afbeelding 5.4*).

Verschillen vergelijkbaar met andere landen

De sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland zijn vergelijkbaar met andere landen (8). In andere landen nemen verschillen in sterfte tussen hoge en lage ses-groepen toe. Het is onduidelijk of dit ook voor Nederland geldt (9). Er is binnen Europa wel aanzienlijke variatie in gezondheidsverschillen. Sociaaleconomische sterfteverschillen zijn relatief klein in Zuid-Europese landen en groot in Oost-Europa en de Baltische staten. De variaties tussen landen lijken vooral samen te hangen met roken en alcoholgebruik (10).

Gezondheidsachterstanden hebben gevolgen voor de samenleving

Gezondheidsachterstanden hebben allerlei gevolgen voor de samenleving. Het bestaan van achterstanden impliceert dat er een groep bestaat die meer zorg gebruikt dan gemiddeld. Ook impliceert het dat er een groep bestaat waarbij gezondheidsproblemen verhinderen dat mensen participeren. Dat begint al op school. Slechte gezondheid blijkt een belangrijke oorzaak van schoolverzuim te zijn. Bij het vroegtijdig afbreken van de opleiding spelen niet zelden gezondheidsproblemen een rol. Gezondheid is ook van invloed op onderwijsprestaties. Kinderen met gezondheidsproblemen blijken lager te scoren op de Cito-toets en uiteindelijk een lager schooladvies te krijgen, ongeacht de sociaaleconomische status van de ouders. Dit betekent dat gezondheid al op jonge leeftijd een rol speelt in de productie van maatschappelijke ongelijkheid.

Vervolgens blijken in het regulier voortgezet onderwijs steeds meer leerlingen uit te stromen naar het voortgezet

speciaal onderwijs. Het aantal leerlingen op het voortgezet speciaal onderwijs is in zeventien jaar meer dan verdrievoudigd tot meer dan dertigduizend in het schooljaar 2008/2009, waaronder steeds meer kinderen met gedragsproblematiek (11). Met name het aantal leerlingen op de scholen voor moeilijk lerende kinderen neemt fors toe. Een groot deel van deze leerlingen gaat nooit werken, maar belandt na het onderwijs meteen in de Wajong, de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor jonggehandicapten (12). Het aantal mensen met een Wajong-uitkering is in tien jaar tijd met de helft gestegen tot 184.000 in 2009 (11).

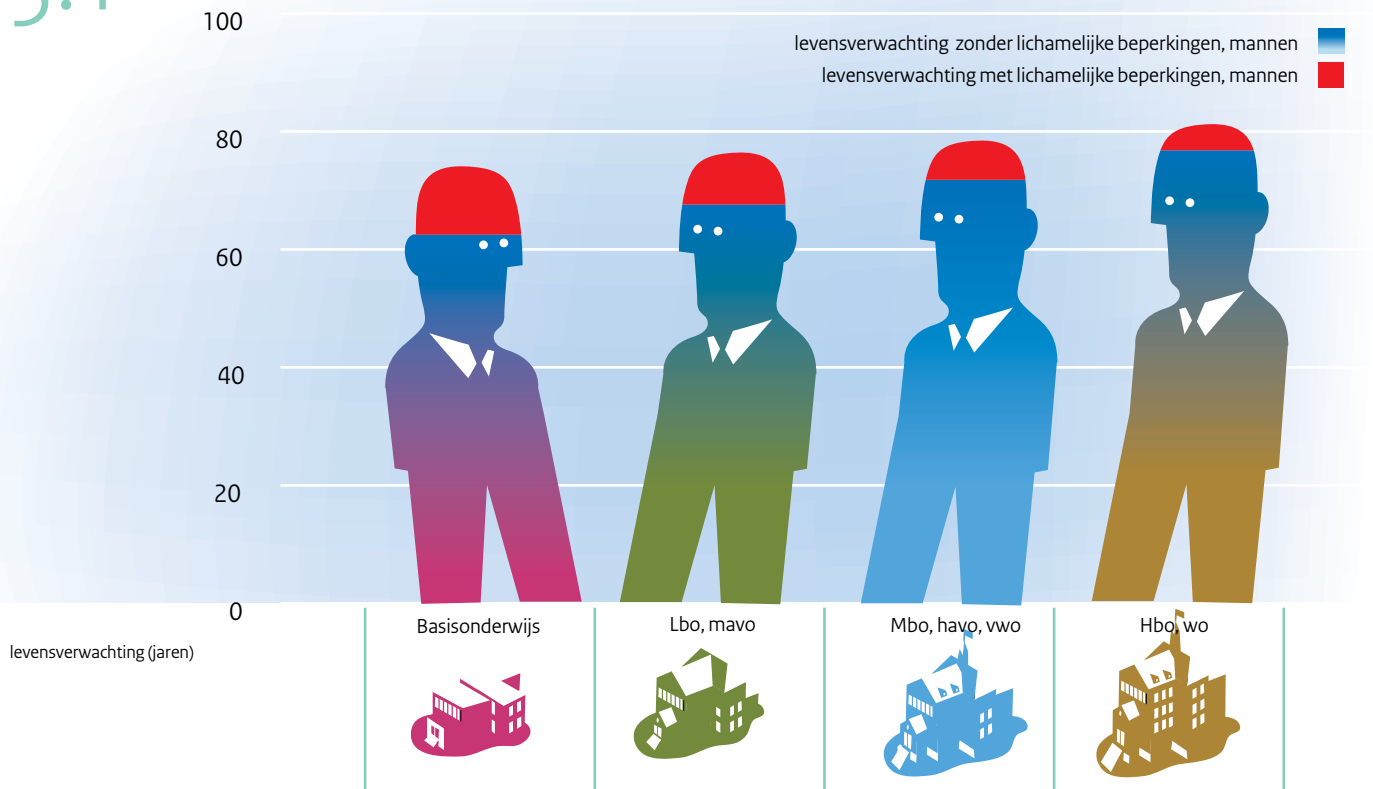
We zien dat werknemers met alleen een lbo/vmbo-opleiding een zeven keer zo'n grote kans hebben om arbeidsongeschikt te worden dan mensen met een hbo-opleiding (13). De groep ongezonde mensen verdwijnt al op relatief jonge leeftijd uit het arbeidsproces. De mensen die op 55- tot 65-jarige leeftijd nog werken zijn over het algemeen gezond, en werknemers die na hun 65e willen doorwerken zijn over het algemeen gezond en hoogopgeleid en ze werken onder relatief gunstige arbeidsomstandigheden. Gezondheid is dus zeer belangrijk voor deelname aan het arbeidsproces. Tegelijkertijd is participatie een middel om een positie in de samenleving te verwerven en te behouden, wat ook weer zijn weerslag op de gezondheid heeft. Gezondheidsverschillen spelen dus een belangrijke rol in allerlei maatschappelijke processen van participatie en uitsluiting.

Mogelijke aangrijpingspunten voor het beleid

Wat zijn nu de mogelijkheden om succesvol de gezondheid van achterstandsgeroepen te verbeteren, zodat de maatschappelijke participatie van deze groep toeneemt en ook de gemiddelde gezondheid van de gehele Nederlandse bevolking beter wordt? Dat is geen eenvoudige opgave, omdat gezondheidsachterstanden complex en weerbarstig zijn. Zowel causatie- als selectieprocessen spelen een rol, waarbij in het eerste geval een lage positie een oorzaak is van een minder goede gezondheid in het tweede geval een gevolg. Door de commissie Albeda zijn vier aangrijpingspunten geformuleerd voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Het gaat in de eerste plaats om de verbetering van de leefomstandigheden en leefstijl van achterstandsgroepen. Ten tweede gaat het om het verkleinen van de sociaaleconomische verschillen als zodanig. Ten derde kan ingezet worden op de verkleining van de sociaaleconomische gevolgen van gezondheidsproblemen. Ten slotte kan de toegankelijkheid en de effectiviteit van de zorg voor achterstandsgroepen worden verbeterd. Hieronder gaan we nader in op deze vier aangrijpingspunten.

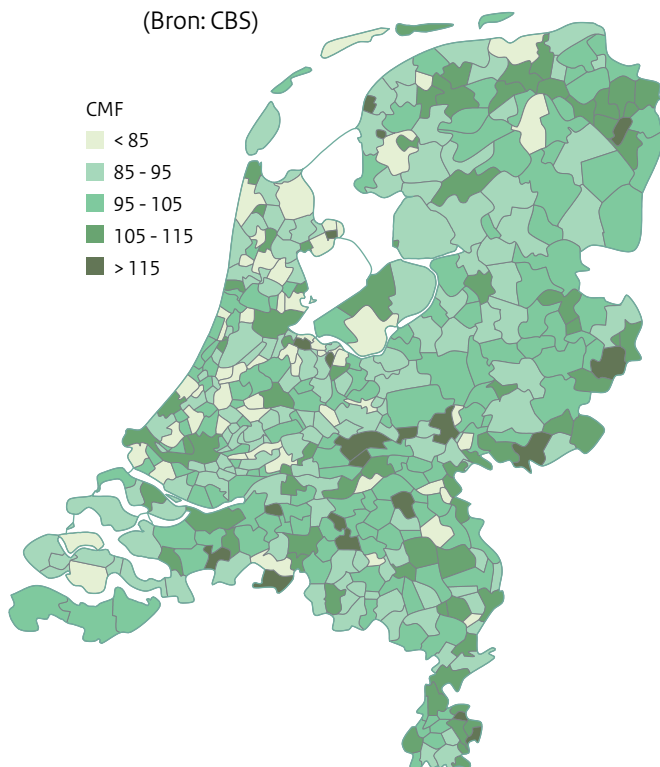
5.1

Levensverwachting naar opleidingsniveau, 2005-2008 (Bron: CBS)



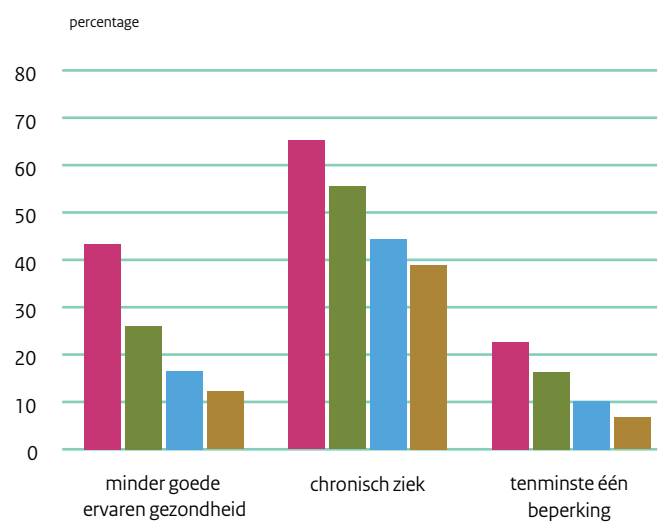
5.4

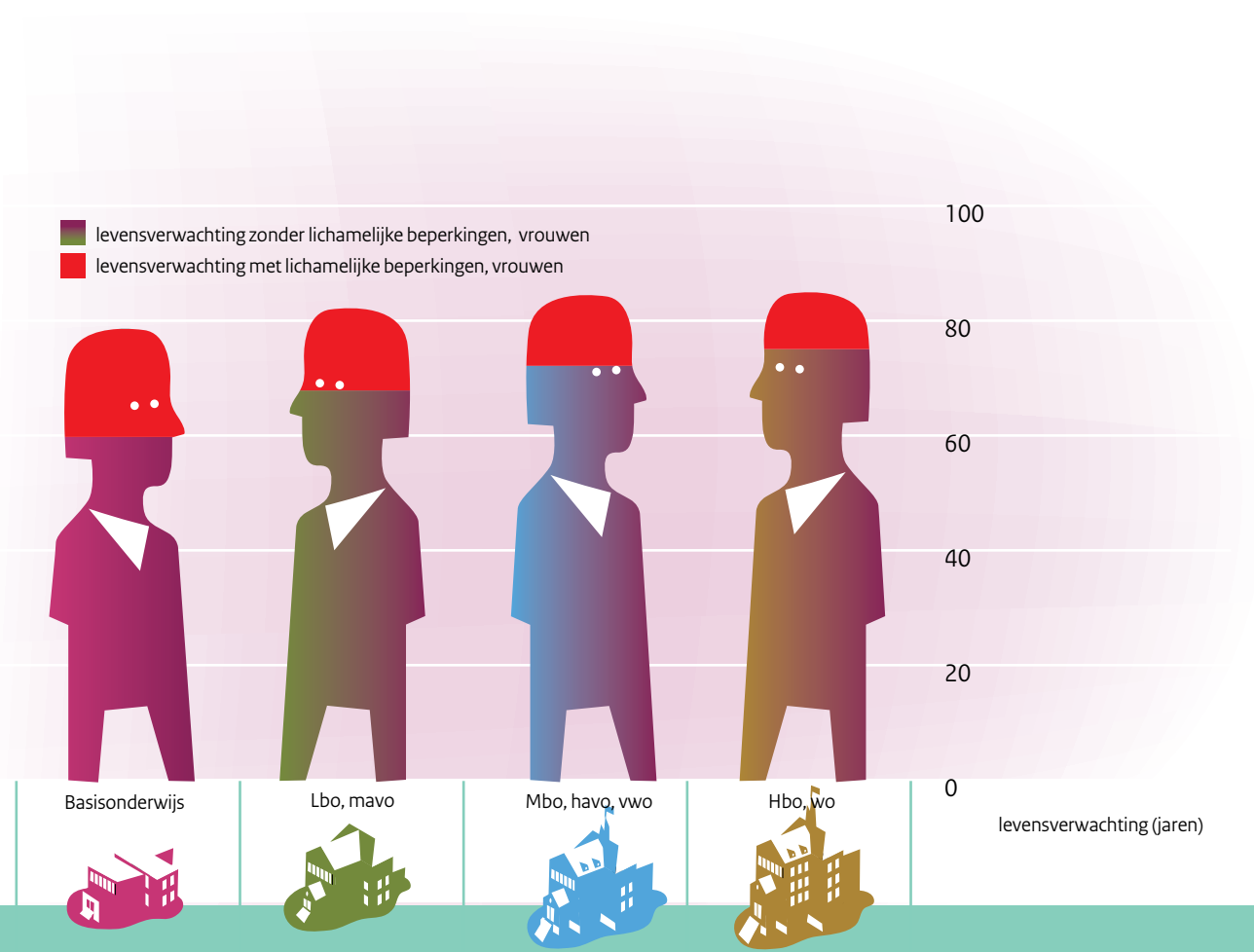
Totale sterfte, per gemeente, 2005-2008 (Bron: CBS)



5.2

Ervaren gezondheid, chronische ziekte en beperkingen naar opleidingsniveau, 2007 (Bron: CBS)

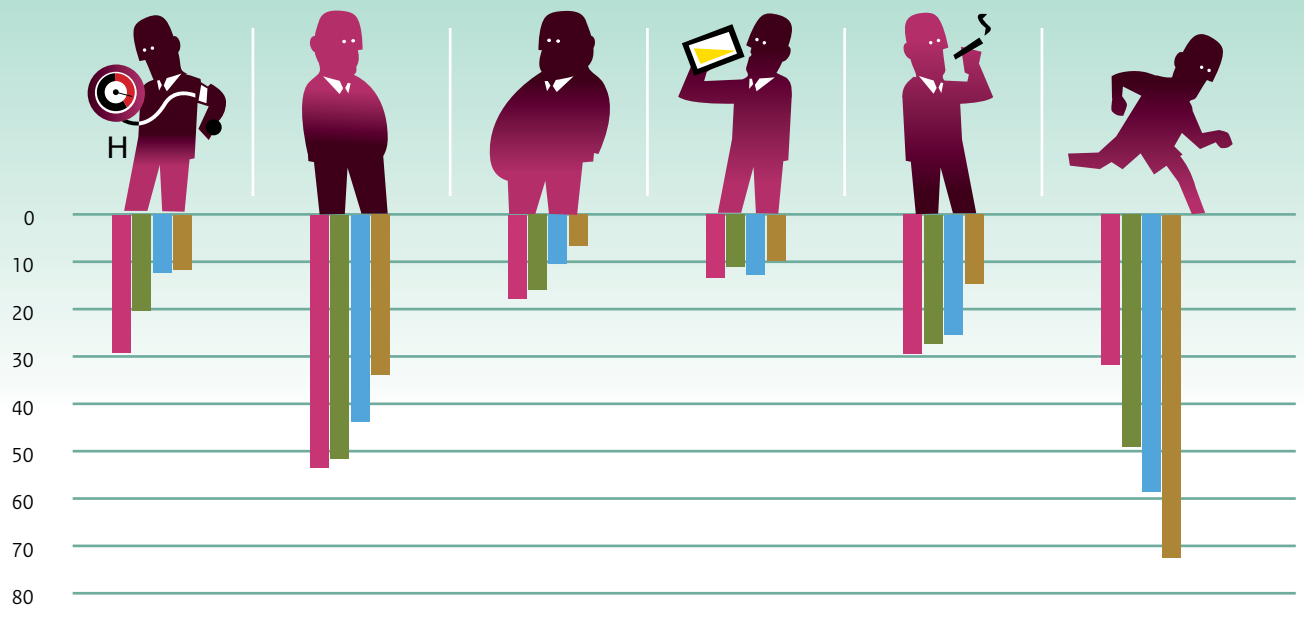




5.3 Determinanten van gezondheid naar opleidingsniveau, 2007 (Bron: CBS)

- lagere school
- lbo, mavo, vmbo
- mbo, havo, vwo
- hbo, wo

hoge bloeddruk overgewicht obesitas zwaar alcoholgebruik roken sporten



1. Verandering leefomstandigheden en leefstijl

De kansen op gunstige leefomstandigheden en een gezond leven zijn kleiner dan voor een hoogopgeleide. Neem bijvoorbeeld de arbeidsomstandigheden van laaggeschoold werk. Dit is vaak fysiek zwaar werk en heeft de nodige gezondheidsgevolgen. Ook woonomstandigheden zijn vaak minder gunstig. De omstandigheden maken het voor laagopgeleiden niet eenvoudig om gezond te leven. Professionals proberen hier met interventies verandering in te brengen. Van veel interventies is helaas onbekend of ze werken. Daar komt bij dat veel maatregelen mensen in achterstandsgroepen niet of onvoldoende bereiken. Sporadisch wordt wel eens een succesje geboekt, maar er is geen formule voor een grootschalige implementatie van interventies voor het reduceren van gezondheidsachterstanden. Toch gaat het om miljoenen mensen.

De uitdaging is om interventies te implementeren waar vooral laagopgeleiden beter van worden. Neem bijvoorbeeld het roken. Verschillen in roken naar opleidingsniveau zijn de laatste jaren groter geworden. Gedragmatige en farmacologische ondersteuning in de huisartspraktijk leidt bij 20% van de deelnemers tot een succesvolle stoppoging. Hier liggen kansen.

Ook voor de zogeheten beweegkuur lijkt het perspectief gunstig te zijn. Eveneens in de beweegkuur en interventies gericht op andere oorzaken, kan specifiek aandacht besteed worden aan het bereiken van een effect bij vooral de laagopgeleiden. Toch blijft dit moeilijk, omdat veel interventies voorbij gaan aan de leefwereld en de dagelijkse problematiek van de doelgroep. De kansen om succesvol te stoppen met roken hangen onder meer samen met vaardigheden, groepsnormen, ervaren stress en andere omstandigheden. Voor een laagopgeleide die werkloos is en rookt, heeft het vinden van een baan grotere prioriteit dan het stoppen met roken. Aan het roken kan alleen zinvol iets gedaan worden nadat een baan is gevonden. Het zijn niet de direct aan gezondheid en ziekte gerelateerde determinanten, maar vooral maatschappelijke determinanten die een rol spelen.

Beleidsmakers en gezondheidswerkers weten vaak niet wat er leeft onder mensen met een lage ses. Uit onderzoek naar gezondheidsopvattingen van mensen met een lage ses blijkt dat gezondheidsboodschappen vaak als betuttelend worden ervaren, omdat ze op gebiedende toon worden gebracht. Mensen met een lage ses ervaren dit als 'veel moeten' en 'weinig mogen'. Bekende ongezonde gewoonten worden als belangrijke genietmomenten in het leven ervaren. Hoogopgeleide gezondheidsbevorderaars zenden hun boodschappen uit naar de laagopgeleiden vanuit een normatief idee over wat goed is voor 'die mensen'. Dit kan een 'wij-zij'-gevoel creëren en daarmee juist afstand scheppen (14).

Als het om de leefomstandigheden gaat zijn wijkgerichte interventies momenteel erg populair. De wijk is immers de plek waar de doelgroep bereikt kan worden. Bovendien is de wijk niet alleen een vindplaats, maar ook een oorzaak van gezondheidsproblemen. De aanpak van de zogeheten 'krachtwijken' is een goed voorbeeld van een wijkgerichte interventie. Wat dit voor gezondheid van de inwoners gaat betekenen, is nog onbekend en zal achteraf pas blijken. Wijkgerichte interventies trachten de omgeving aan te pakken en/of bij de bewoners van de wijk een verandering teweeg te brengen. Buiten beschouwing blijft dan waarom mensen in een bepaalde wijk wonen. Dat heeft bijvoorbeeld erg veel te maken met het woningaanbod in een wijk, maar ook met de samenstelling van een wijk. Er zijn ook achterstandswijken met heel hechte sociale structuren waar bewoners niet uit weg willen. Herstructurering van deze wijken kan daarom zelfs nadelige gevolgen voor de bewoners hebben. De leefbaarheid van een wijk kan door herstructurering weliswaar verbeteren, maar dat is dan vooral een effect van de veranderde samenstelling van de bevolking in de wijk (15). Ook bij een wijkgerichte aanpak is het daarom erg belangrijk om oog te hebben voor de achterliggende maatschappelijke determinanten en de dynamiek daarin.

Kortom, verandering van leefstijl en leefomstandigheden heeft meer succes als ook aandacht wordt geschonken aan de invloed van maatschappelijke determinanten. Deze determinanten zijn van groot belang voor het dagelijkse leven, de leefomgeving en de levenskansen van mensen. Dit brengt ons als vanzelf bij het tweede aangrijppingspunt.

2. Sociaaleconomische verschillen niet te groot laten worden

Dat gezondheidsachterstanden zo groot zijn, hangt samen met de sociaaleconomische ongelijkheid in onze samenleving. Er bestaan nog steeds grote verschillen tussen arm en rijk. Ongelijkheid uit zich ook in ongelijke onderwijskansen en ongelijke kansen op de arbeids- en woningmarkt. In feite hebben we het dan wederom over maatschappelijke determinanten van gezondheid. En dat zijn ook de determinanten die de WHO-commissie (1), waar we dit hoofdstuk mee openden, benadrukt in haar advies. De commissie doet een beroep om met name omstandigheden waarin mensen leven en sterven aan te pakken. Omstandigheden die gevormd worden door politieke, sociale en economische krachten. De uiteindelijke aanbevelingen gaan, naast het verbeteren van de dagelijkse leefomstandigheden, dan ook vooral over het aanpakken van de ongelijke verdeling van macht, geld en andere hulpbronnen. Daarin zijn immers de gezondheidsachterstanden ten diepste geworteld.

Nu zullen sociaaleconomische verschillen waarschijnlijk altijd bestaan. Vanuit een visie die kijkt naar het geheel is het vooral van belang dat deze verschillen niet zo groot worden dat een samenleving daar nadelige effecten van

ondervindt, zowel met betrekking tot de gezondheid als op andere terreinen. Een visie die meer gericht is op gelijkheid benadrukt dat de verschillen binnen de samenleving niet te groot moeten worden. In het vorige hoofdstuk is beschreven dat de inkomensverschillen in Nederland dusdanig zijn dat de mate van inkomensongelijkheid geen additioneel effect heeft op de totale levensverwachting. Verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden blijven echter een belangrijk punt van aandacht. Het onderwijsbeleid is sterk gericht op het bevorderen van gelijke onderwijskansen. Met het toegenomen belang van opleiding en vaardigheden voor maatschappelijke positie is het onderwijs tevens de belangrijkste factor geworden in de sociale stratificatie. Onderwijs produceert dus niet alleen gelijke kansen, maar tegelijkertijd ook ongelijkheid. Vanaf de jaren vijftig in de vorige eeuw is de onderwijsdeelname enorm toegenomen, evenals het gemiddelde opleidingsniveau. Gezondheidsverschillen lijken sindsdien eerder toegenomen dan afgenomen. De betekenis van opleiding voor de maatschappelijke positie verandert in de loop van de tijd. Enerzijds stelt de samenleving steeds hogere eisen aan de werkers in de kenniseconomie. Anderzijds is er ook sprake van een diploma-inflatie. Een vmbo-diploma van nu is onvergelijkbaar met een diploma van de ambachtsschool in 1965. Een probleem in het onderwijs dat momenteel de aandacht van het beleid heeft is het voortijdig schoolverlaten. Ook de WRR heeft daar onlangs een rapport over doen uitgaan. Veel jongeren raken door een stapeling van problemen en stressvolle gebeurtenissen overbelast en voortijdig schoolverlaten kan het gevolg zijn. De WRR pleit voor meer structuur en verbondenheid voor deze jongeren in een onderwijssysteem dat verder gaat dan alleen het overdragen van kennis. Scholen moeten jongeren geleiden naar een plek in de maatschappij (16). Naast het onderwijs zijn inkomenspolitiek en sociale zekerheid belangrijke instrumenten om verschillen in een samenleving te beperken. Dat deze instrumenten ook in Nederland nog niets aan betekenis hebben verloren, blijkt wel uit het zogeheten 'Kerstrapport' van het CPB: Hoe beschaafd is Nederland (17).

3. Voorkomen van maatschappelijke uitsluiting door gezondheidsproblemen

Gezondheid is mede bepalend voor de maatschappelijke positie die mensen bereiken. Voor de aanpak van gezondheidsachterstanden is het van groot belang om te voorkomen dat mensen vanwege gezondheidsproblemen arbeidsongeschiktheid worden, en zo in een spiraal van uitsluiting en toenemende ongezondheid terechtkomen. Re-integratie is van eminent belang voor alle arbeidsongeschikten en in het bijzonder voor jongeren die in de Wajong zitten. Hetzelfde geldt voor kinderen in het speciaal onderwijs. Het is van belang dat iedere vorm van maatschappelijke participatie wordt bevorderd, en dat hindernissen die te maken hebben met gezondheidspro-

blemen worden weggenomen. De inrichting van de fysieke en sociale omgeving speelt hierin een sleutelrol. Lokale overheden kunnen veel doen, onder andere in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet Werk en Bijstand.

4. Toegankelijke en effectieve zorg voor achterstandsgroepen

Er zijn geen aanwijzingen dat in Nederland de toegankelijkheid van zorg een rol speelt bij het ontstaan van gezondheidsachterstanden. Mensen uit lagere ses-groepen gebruiken aanzienlijk meer zorg, maar bij een vergelijkbare gezondheidstoestand ontloopt het gebruik van medische voorzieningen van hoog- en laagopgeleiden elkaar niet veel. Aan dit vierde aangrijpingspunt van de commissie Albeda wordt in Nederland dus reeds goed voldaan. Toch is het belangrijk om gelijke toegang blijvend te garanderen en te blijven investeren in laagdrempelige, financieel en fysiek bereikbare en effectieve zorg voor iedereen, dus ook voor achterstandsgroepen.

Gezondheidsachterstanden opnieuw op de agenda

Tot 2001 had Nederland binnen Europa een beleidsmatige voortrekkersrol in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Sindsdien zijn we echter achterop geraakt (18, 19). In 2001 is er een kabinetsstandpunt uitgegaan, waarin de minister stelt dat bestaande beleidsmaatregelen worden voortgezet dan wel geïntensiveerd en dat opties voor nieuwe beleidsinitiatieven worden geformuleerd. Dit alles vanuit het inzicht dat op vele terreinen beleid wordt gevoerd dat een bijdrage levert aan het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en dat een versterking van de integrale aanpak van het achterstandenbeleid noodzakelijk is. Na 2001 is in eerste instantie niet zoveel gebeurd.

Pas in 2007 tijdens het kabinet Balkenende-IV herleefde de beleidsmatige aandacht voor gezondheidsachterstanden. Eind 2008 resulteerde dat in een beleidsplan, gevolgd door een aanvullende brief in 2009. Het plan schetst een aanpak voor het verminderen van 'gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden', bevat elementen van de hierboven beschreven aangrijpingspunten en borduurt vooral voort op de preventienota waarin speerpunten voor leefstijlverandering zijn gedefinieerd. Als reactie op dit beleidsplan is door de Tweede Kamer gevraagd om een concrete doelstelling ten aanzien van gezondheidsachterstanden. Een duidelijke stellingname op landelijk niveau is namelijk belangrijk voor de betrokkenheid van de lokale overheid. Een gemeente alleen is niet in staat om gezondheidsachterstanden effectief aan te pakken. Op lokaal niveau weten beleidsmakers en

professionals ook niet zo goed hoe ze de problematiek moeten aanpakken. Een ruime meerderheid van de gezondheidsbevorderaars die werkzaam zijn bij GGD'en, voelt zich niet of nauwelijks in staat om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen (20).

De kloof verkleinen

De gezondheidsachterstanden in Nederland zijn groot en weerbarstig. Daar kan op verschillende manieren naar gekeken worden. In ieder geval is vermindering van deze achterstanden nodig om algemene gezondheidsdoelen te bereiken en om in de toekomst in voldoende arbeidskrachten en vrijwilligers te voorzien. Het kabinet heeft de intentie uitgesproken om gezondheidsachterstanden aan te pakken. Vraag is vooral of het ook mogelijk is om die ambitie te vertalen naar concrete acties die ook resultaat zullen hebben. Er worden namelijk landelijk en lokaal al decennialang allerlei maatregelen ingezet om de maatschappelijke achterstandpositie en de leefstijl van mensen met een lage ses te verbeteren. Maar de verschillen in gezondheid zijn eerder groter dan kleiner geworden. Onduidelijk is wat de bijdrage van de verschillende inspanningen is geweest, wat wel en wat niet heeft gewerkt. Of het is niet onderzocht, of het effect is van bescheiden omvang. Er zou in Nederland daarom systematischer onderzoek moeten plaatsvinden naar de effecten van ingezette beleidsmaatregelen, zowel op directe doelen als op de bijdrage aan het terugdringen van gezondheidsachterstand.

In hun gezamenlijke advies 'Buiten de gebaande paden' betogen de RVZ, de Onderwijsraad en de Raad voor het Openbaar Bestuur dat voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen kennelijk meer nodig is dan de vele reeds genomen maatregelen. 'Er zullen forse inspanningen nodig zijn om met effectieve interventies en beleidsmaatregelen een zodanig hoog bereik in lagere sociaaleconomische groepen te hebben, dat de gezondheidsverschillen meetbaar kleiner worden. Verschil durven maken lijkt dan belangrijker dan het nemen van maatregelen die voor alle burgers van toepassing zijn' (21).

Gezondheidsachterstanden kunnen niet los worden gezien van maatschappelijke determinanten, zoals beschreven in *hoofdstuk 4*. Het gaat dan om dieper liggende maatschappelijke structuren en processen. Marmot ziet de financiële crisis als een kans om de discussie over de inrichting van de samenleving aan te gaan, met als doel een eerlijkere verdeling van gezondheid binnen landen en in de wereld. Gezondheidsachterstanden spelen een belangrijke rol in het kunnen deelnemen aan het maatschappelijke en economische leven. En tot slot valt er bij de achterstandsgroepen gewoonweg de meeste gezondheidswinst te boeken. Dat gezondheidsachterstanden moeten worden aangepakt en hoe dat moet, vergt debat. Een debat, waarin normatieve aspecten onvermijdelijk zijn.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op informatie uit de VTV 2010 deelrapporten 'Gezondheid en determinanten', 'Effecten van preventie', 'Maatschappelijke baten' en 'Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven'. Ook is gebruikgemaakt van informatie uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Zorgatlas. Meer cijfers en trends over ses en gezondheidsverschillen zijn te vinden in de Monitor Gezondheidsachterstanden (MGA).

Referenties

- (1) Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- (2) Bruggink JW. Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. Bevolkingstrends. 2009(4e kwartaal).
- (3) RIVM. Monitor Gezondheidsachterstanden. Bilthoven, RIVM, 2009.
- (4) Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. Rotterdam: Department of Public Health. Erasmus Medical Center Rotterdam, september 2004.
- (5) Bos V, Kunst A, Keij-Deerenburg IM, Garssen J, Mackenbach JP. Ethnic inequalities in age- and cause specific mortality in the Netherlands. *Int J of Epid*, 2004;33(5):1112-9.
- (6) Mackenbach JP, Garssen MJ, Kunst AE, Bos V. Sterfte onder niet-westerse allochtonen in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2005;149:917-23.
- (7) Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Allochtonenprognose. 2009.
- (8) Kunst A, Droomers M. Evaluatie van schattingen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de

gezonde levensverwachting in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2009.

- (9) Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE.. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol*, 2003;32(5):830-7.
- (10) Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med*, 2008;358(23):2468-81.
- (11) Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). StatLine.
- (12) UWV. Kenniscahier 07-01: De groei van de Wajonginstroom (een onderzoek in het kader van het dossieronderzoek Wajong). Amsterdam: UWV, Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, 2007.
- (13) van Gool CH, Groothoff JW. Zijn er verschillen naar sociaal-demografische kenmerken? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid Bilthoven: RIVM, <www.nationaalkompas.nl> Gezondheid en ziekte\ Functioneren en kwaliteit van leven\ Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid 2007.
- (14) Horstman K, Houtepen R. Worstelen met gezond leven. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005.
- (15) Wittebrood K, Veldheer V. Bevordert sloop en nieuwbouw de leefbaarheid van een wijk. *Bestuurswetenschappen*, 2008;4:65-79.
- (16) Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR). Vertrouwen in de school. Over de uitval van overbelaste jongeren. Den Haag: WRR, 2009.
- (17) Cnossen S. Hoe beschaafd is Nederland? Een fiscale kosten-batenanalyse. Den Haag: CPB, 2009.
- (18) Mackenbach J, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 2004;3(1):11.
- (19) Tweede Kamer der Staten-Generaal. Preventieve gezondheidszorg. Sdu uitgevers, 2003.
- (20) Fransen G, Molleman G, Hekkink C, Keijsers J. Trendonderzoek Gezondheidsbevordering en preventie 2008. Woerden: NIGZ, 2009.
- (21) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Onderwijsraad, Raad voor openbaar bestuur. Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Zoetermeer: RVZ, Rob en Onderwijsraad, 2009.



6

De potentie van preventie

Voorkomen is beter dan genezen. De laatste jaren staat een gezonde leefstijl daarbij in het centrum van de belangstelling, niet alleen bij de mensen op straat, maar ook in het beleid. 'Een sterke inzet op gezond leven is noodzakelijk, want de gezondheid van Nederlanders verslechtert door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht,' schreef de toenmalige minister van VWS in zijn preventienota uit 2006 (1). De toon werd daarbij gezet door de titel van de nota: 'Kiezen voor gezond leven'. Er kwamen vijf speerpunten: roken, alcohol, overgewicht, diabetes en depressie.

De actualiteit van preventie

Sindsdien is er veel gebeurd. De nieuwe minister van VWS plaatste kort na zijn aantreden in 2007 de speerpunten van zijn voorganger in een breder kader. 'Gezond zijn, gezond blijven' werd de titel van de kabinetsvisie op gezondheid en preventie waarin nadrukkelijk aandacht werd gevraagd voor de maatschappelijke belangen van een goede volksgezondheid (2). Onder het motto 'koesteren en innoveren' werd het belang van gezondheidsbescherming en ziektepreventie benadrukt. Tevens werd toegezegd om werk te maken van integraliteit, het verbinden van preventie en zorg en het verbeteren van de bestuurlijke omgeving. En dat alles met een ambitieus doel: 'Samen op weg naar een gezonder Nederland!'

Talrijke initiatieven om een gezonde leefstijl te bevorderen

Daarna gingen de ontwikkelingen snel. Een aantal voorbeelden: de gemeenten brachten hun nota's volksgezondheid uit. In 2008 werd de nieuwe Wet publieke gezondheid (Wpg) van kracht waarmee de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) tot het verleden is gaan behoren. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) startte een uitvoerig traject om te beoordelen of preventieve interventies kunnen worden toegelaten tot het pakket van de zorgverzekering. Bij het RIVM gingen de Centra Gezond Leven en Jeugdgezondheid van start. De horeca werd grotendeels rookvrij gemaakt. Het Convenant Overgewicht werd voortgezet als het Convenant Gezond Gewicht. De Sociaal Economische Raad (SER) boog zich over de mogelijkheden voor gezondheidsbevordering op de werkplek (3), en de Onderwijsraad, de Raad op het Openbaar Bestuur (Rob) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) brachten een gezamenlijk advies uit over integraal beleid (4).

De 'comeback' van infectieziekten

Maar het meest opvallende uit de achterliggende periode is toch de expliciete terugkeer van het onderwerp infectieziekten, zowel in de samenleving als in de actualiteit van het beleid. Die 'comeback' startte met SARS en de Vogelgriep en kreeg in het voorjaar van 2009 een extra impuls met de vaccinatie van jonge meiden tegen HPV. Daarna volgde de Mexicaanse griep die de gemoeiden behoorlijk bezig hield, zowel met betrekking tot de ernst van de ziekte als ten aanzien van het vaccinatiebeleid. Ten slotte was er de Q-koorts, die een groot volksgezondheidsprobleem werd en het belang van intersectorale samenwerking een extra impuls gaf.

De urgentie van preventie

Er is dus veel aandacht voor preventie, zowel in politiek-bestuurlijke kringen als bij de gewone burger op straat. Het lijkt wel of de urgentie van preventie steeds breder wordt gevoeld. En hoewel het in een aantal opzichten zeker ook goed gaat met de volksgezondheid, toont deze VTV aan dat die urgentie nog steeds groot is. Zo stijgt de levensverwachting van vrouwen wel, maar toch blijft deze nog behoorlijk achter bij andere landen (*hoofdstuk 1*). Het aantal mensen met ziekte neemt toe en de levensverwachting zonder beperkingen stijgt, maar moeizaam. De totale ziektelast is aanzienlijk (*hoofdstuk 2*). De trends in ongezond gedrag zijn dan misschien niet zo ongunstig meer als ze geweest zijn, het aantal mensen met een ongezonde leefstijl is nog steeds hoog en veel mensen slagen maar niet om dat te veranderen (*hoofdstuk 3*). Deels komt dat ook door de zogeheten epidemiologische verwarring. Mensen krijgen zoveel gezondheidsinformatie dat ze het overzicht kwijtraken en niet meer weten wat gezond is en wat niet. Een volgende reden voor de urgentie van preventie is dat gezondheid een belangrijke voorwaarde is om deel te nemen aan het economische en maatschappelijke leven (*hoofdstuk 4*). Bij een krimpende beroepsbevolking is het van belang dat iedereen meedoet. Gezondheid draagt daar aan bij. Ten slotte zijn er grote gezondheidsverschillen (*hoofdstuk 5*). Grote groepen van de bevolking hebben een beduidend slechtere gezondheid. Bij hen is nog veel gezondheid te winnen, en om de volksgezondheid van heel Nederland te verbeteren is het ook noodzakelijk dat juist deze groepen erop vooruitgaan.

De recente ervaringen met de HPV-vaccinatie en de Mexicaanse griep wijzen op nog een andere reden waarom het preventiebeleid urgentie heeft. Rondom de vaccinatieprogramma's kwamen namelijk tal van tegenstrijdige berichten in het nieuws en bleek het internet een voedingsbron voor allerlei geruchten, sentimenten en wantrouwen in de richting van de overheid. Mede daardoor werd voor veel mensen in elk geval de HPV-vaccinatie omstreden en viel de opkomst laag uit. De betekenis hiervan is nog niet helemaal te overzien. Maar duidelijk is wel dat in (de uitvoering van) het preventiebeleid nieuwe manieren van communicatie en omgang met de burger nodig zijn.

Het brede terrein van preventie

Voorkomen is beter dan genezen en dat kan op tal van manieren. Bevolkingsonderzoeken, vaccinatieprogramma's, periodieke onderzoeken door tandartsen en consultatiebureaus, cholesterolremmers en bloeddrukverlagers, afvalverwijdering en waterzuivering, verkeersveiligheid, het zijn voorbeelden die aangeven hoe breed het terrein van preventie is. Er zijn verschillende manieren om dit terrein in te delen en in kaart te brengen (*afbeelding 6.1*).

Preventie past niet in één hokje

De verschillende indelingen van preventie hebben elk hun eigen nut en betekenis. Wie op zoek is naar aangrijpingspunten voor preventie, zal veel hebben aan de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie, en wie de doelgroep in kaart wil brengen kan niet om een indeling van collectief tot individueel heen. De indelingen zijn dan ook niet zondermeer tot elkaar te herleiden, zodat met één universele indeling zou kunnen worden volstaan. Alleen bij gezondheidsbescherming is dat mogelijk, want daarbij gaat het altijd om primaire preventie die zich richt op de gehele bevolking. Bij andere preventiemaatregelen zijn vaak meerdere combinaties mogelijk. Zo omvat gezondheidsbevordering zowel wetgeving (universele preventie) als leefstijlinterventies (waaronder geïndiceerde of zorggerelateerde preventie) en kan het bij ziektepreventie om vroege opsporing gaan (secundaire preventie), maar ook om vaccinaties (primaire preventie) of om het voorkomen van complicaties (tertiaire preventie). Preventie valt dus niet zomaar in één hokje te plaatsen, waardoor het vaak niet goed mogelijk is om algemene uitspraken over preventie te doen. Als er uitspraken over preventie worden gedaan, is het dus belangrijk om te beseffen over welke vorm van preventie het gaat. Opvallend is wel dat preventie in het dagelijkse spraakgebruik wel vaak vereenzelvigd wordt met één specifieke vorm, namelijk gezondheidsbevordering.

Uitgaven aan preventie betreffen vooral gezondheidsbescherming

Afbeelding 6.2 geeft een overzicht van de uitgaven aan preventie in 2007 op basis van de indeling naar gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Opvallend is dat gezondheidsbevordering en leefstijlverandering slechts een klein onderdeel van alle preventieve activiteiten vormen. Het meeste geld wordt geïnvesteerd in gezondheidsbescherming, en vrijwel altijd gebeurt dat door andere partijen dan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ook verzekeraars financieren al een aanzienlijk deel van de preventieve zorg. In *afbeelding 6.2* is dit met name terug te vinden onder ziektepreventie, waarbij het gaat om periodieke controles

bij de tandarts en medicijnen ter voorkoming van hart- en vaatziekten. Omdat preventie in de zorg in de afbeelding voor een groot deel buiten beschouwing is gebleven, betreft dit een onderschatting van de bijdrage van verzekeraars. Genoemd kan nog worden dat het bedrijfsleven een fors deel van de gezondheidsbevordering voor zijn rekening neemt in het kader van de Arbozorg. Ten slotte zijn de uitgaven voor gezondheidsbevordering op de terreinen van roken, alcohol en voeding zeer laag, zeker in verhouding tot de reclamebudgetten van de industrie.

Infectieziekten voeren de lijst van preventie-uitgaven aan

De preventie-euro's worden vooral ingezet ter bestrijding van infectieziekten, gevolgd door ongevallen (*afbeelding 6.3*).

Dit zijn ook de enige ziektegroepen waar de uitgaven aan preventie hoger zijn dan de uitgaven aan zorg. Vervolgens wordt behoorlijk geïnvesteerd in de preventie van aandoeningen van het ademhalingsstelsel, voornamelijk door ziektebeschermende maatregelen zoals luchtkwaliteit, en van hart- en vaatziekten, met name door cholesterol- en bloeddrukverlagende geneesmiddelen. Opvallend is ten slotte dat verhoudingsgewijs weinig geld aan preventie wordt uitgegeven bij sommige ziektegroepen met hoge ziektelast en hoge kosten, waaronder psychische stoornissen, aandoeningen van het bewegingsstelsel en kanker. Ook in die zin heeft preventie dus nog potentie, al zullen nooit alle zorguitgaven vermijdbaar zijn.

Effecten van preventie

Gezondheidsbescherming levert veel gezondheid op

Gegeven het brede terrein waarover preventie zich uitstrekt en de grote diversiteit aan maatregelen zal het niet verwonderen dat een algemeen antwoord op de vraag of preventie werkt, niet mogelijk is. Maar terugkijkend op de twintigste eeuw hebben gezondheidsbeschermende maatregelen op het terrein van hygiëne, schoon drinkwater en betere huisvesting een belangrijke bijdrage geleverd aan de vermindering van infectieziekten. Dit heeft geleid tot een sterke daling van de sterfte, waardoor de levensverwachting sterk is toegenomen (*hoofdstuk 1*). Een van de recentere successen van gezondheidsbescherming is de reductie van het aantal verkeersslachtoffers. Sinds de jaren zeventig is het aantal verkeersdoden spectaculair gedaald. Na Malta telt Nederland relatief gezien de minste slachtoffers in heel Europa. Naast wetgeving en handhaving en infrastructurele maatregelen hebben ook de toegenomen veiligheid van auto's en het verbeterde rijgedrag een rol gespeeld. Dit onderstreept het belang van samenhangend beleid.

6.1 Indelingen en omschrijvingen van preventie

Type maatregel

Gezondheidsbescherming



Maatregelen die, zonder rechtstreekse betrokkenheid van de burgers, systematisch en routinematig worden genomen.

Ziektepreventie



Maatregelen die specifiek gericht zijn op het voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen.

Gezondheidsbevordering



Maatregelen die gericht zijn op de fysieke en maatschappelijke omgeving en de leefwijzen van individuen en groepen.

Fase in het ziekteproces

Primaire preventie



Heeft als doel om ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak

Secundaire preventie



Beoogt ziekte in een vroeg stadium op te sporen en te behandelen.

Tertiaire preventie



Heeft als doel verergering van ziekte te voorkomen en nadelige gevolgen te compenseren.

Doelgroep

Universele preventie



Richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte.

Selectieve preventie



Richt zich op risicogroepen in de bevolking.

Geïndiceerde preventie



Richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen.

Zorggerelateerde preventie



Richt zich op individuen met een ziekte of gezondheidsproblemen.

De mogelijkheden van gezondheidsbescherming zijn zeker nog niet uitgeput. De fluoridering van drinkwater en het verrijken van brood met foliumzuur zouden een bijdrage aan de volksgezondheid kunnen leveren, die ook kosteneffectief is. Diverse landen zijn Nederland daarin al voorgegaan. Maar deze voorbeelden geven meteen aan dat kosteneffectiviteit alleen niet genoeg is, want over beide maatregelen is veel gediscussieerd over het ongevraagd toevoegen van stoffen aan bestaande producten, waardoor deze maatregelen tot nu toe onhaalbaar zijn gebleken.

Ook met ziektepreventie is veel gezondheid behaald...

In de tweede helft van de eeuw is het vooral de ziektepreventie geweest die aan een verdere stijging van de levensverwachting heeft bijgedragen door de komst van vaccinaties, cholesterolverlagers en de screening op bepaalde vormen van kanker. Meerding en collega's hebben onderzocht wat de totale bijdrage van ziektepreventie en zorg is geweest aan de toename van de levensverwachting sinds de jaren vijftig (5). Minstens de helft van de toename in levensverwachting kon in verband worden gebracht met ziektepreventie en zorg, met name bij infectieziekten en hart- en vaatziekten, en in mindere mate bij kanker (*afbeelding 6.4*). Ook de screenings en de vroegsignalering in de jeugdgezondheidszorg zijn over het algemeen als een succes te typeren, vooral vanwege het hoge bereik van de doelgroep. Veel gezondheidsproblemen worden zo vroegtijdig opgespoord en behandeld. Overigens zijn zeker bij die behandeling nog verdere verbeteringen mogelijk.

...en zijn verdere verbeteringen van de volksgezondheid mogelijk

Ook op het terrein van de ziektepreventie zijn er nog onbenutte mogelijkheden. Het RIVM heeft een aantal inventarisaties gemaakt van kosteneffectieve programma's die in Nederland nog niet worden toegepast. Eén daarvan betreft het bevolkingsonderzoek op dikkedarmkanker. Er is steeds meer evidentie dat dit bevolkingsonderzoek zowel effectief als kosteneffectief is. De Gezondheidsraad heeft in 2009 geadviseerd deze screening in te voeren. In het voorjaar van 2010 zal de minister van VWS daarover een standpunt innemen. Andere voorbeelden zijn vaccinaties tegen waterpokken, het rotavirus en pneumokokken, screening op huidkanker en aneurysma's, en het preventief gebruik van aspirine door bepaalde risicogroepen (*afbeelding 6.5*). Dit overzicht is overigens niet volledig, vanwege de nadruk op kosteneffectiviteit ontbreken bijvoorbeeld de interventies die nog niet op kosteneffectiviteit zijn onderzocht, maar waarvoor de effectiviteit al wel vast staat. Verder is het goed om te realiseren dat de resultaten van kosteneffectiviteitsstudies met de nodige nuance geïnterpreteerd moeten worden, vanwege de vele aannames die in deze studies worden gehanteerd. Bij het besluit tot invoering van nieuwe programma's spelen naast

kosteneffectiviteit ook de haalbaarheid in de praktijk en de totale kosten een rol.

Effecten van gezondheidsbevordering

In de laatste preventienota werden speerpunten voor het beleid gedefinieerd met ambitieuze doelen ter vermindering van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Maar lukt het ook om mensen gezonder te laten leven? Op het terrein van de gezondheidsbevordering doet zich namelijk een aantal dilemma's voor waardoor leefstijlbeleid niet eenvoudig is (*afbeelding 6.6*). De effecten van gezondheidsbevordering worden in het deelrapport 'Effecten van preventie' systematisch besproken. De daling van het aantal rokers geldt als een van de meest succesvolle voorbeelden. Dit voorbeeld onderstreept ook het belang van een samenhangend beleid op meerdere terreinen, variërend van wettelijke verboden, accijnzen en massamediale campagnes tot gecombineerde leefstijlinterventies voor mensen die al met klachten bij de huisarts bekend zijn. Het onderstreept ook het belang om deze maatregelen en hun samenhang gedurende een lange periode vol te houden. Preventie is een kwestie van een lange adem.

Van de afzonderlijke maatregelen blijkt vooral wet- en regelgeving effectief te zijn, onder meer omdat het generieke maatregelen betreft die iedereen aangaan. Dit geldt bijvoorbeeld voor rookverboden en de verkoopverboden voor alcohol aan jongeren beneden een bepaalde leeftijd. Daarbij is het wel van essentieel belang dat er toezicht op de naleving van deze maatregelen wordt gehouden. Bij de effectiviteit van wet- en regelgeving is het goed om te realiseren dat er vaak een jarenlang traject aan vooraf is gegaan. Het rookverbod in de horeca stond niet op zichzelf, maar was een sluitstuk in een lange ontwikkeling om maatschappelijk draagvlak te creëren. Voor een ander terrein als voeding en overgewicht kan het dus ook jaren duren voor de tijd rijp is voor wettelijke maatregelen.
















Ook prijsmaatregelen werken goed om de consumptie van ongezonde producten te verminderen. Dit geldt in elk geval voor de accijnzen op tabak en alcohol. Ook de consumptie van voeding kan in principe via prijs- en belastingmaatregelen gestuurd worden, maar dit ligt een stuk moeilijker, omdat er meer onduidelijkheid is over wat gezond is. Overigens vormden bij de instelling van de accijnzen op tabak en alcohol ook de negatieve gevolgen voor anderen een belangrijk argument. Bij voeding spelen die veel minder een rol. Het effect van massamediale campagnes is lastig te meten, en daardoor onbekend. Niets wijst erop dat dit soort campagnes directe leefstijlveranderingen tot gevolg hebben, maar er is ook geen bewijs dat ze geen resultaat hebben. Overigens is leefstijlverandering meestal ook niet het doel. Veel meer gaat het om kennisverspreiding en het creëren van draagvlak voor andere maatregelen. Deze campagnes kunnen daarom het beste

















6.2

Verdeling van uitgaven aan preventie over risicofactoren en ziekten in 2007

■ GB = gezondheidsbevordering,
 ■ GBS = gezondheidsbescherming,
 ■ ZP = ziektepreventie

Risicofactoren	GB	GBS	ZP	Totaal
Roken 	7,6	1,5	4,5	13,6
Alcoholmisbruik 	8,3	1,5		9,8
Drugsmisbruik 	7,4	1,5		8,9
Gokverslaving 	1,1			1,1
Gezonde voeding en overgewicht 	12,9			12,9
Lichamelijke activiteit en sport 	21,3			21,3
Screening in de jeugdgezondheidszorg 			104,6	104,6
Gebitsverzorging en gebitscontroles 	0,5		593,0	593,4
Seksuele gezondheid, anticonceptie <21 jaar 	19,0		12,0	30,9
Verkeersveiligheid 	59,6	1.989,4		2.049,0
Brandpreventie 	1,8	46,0		47,8
Sportblessures 	10,6			10,6
Privéongevallen 	2,2	8,6		10,8
Arbeidsomstandigheden en arbeidsveiligheid 	165,4	16,5		181,9
Geweld 		11,9		11,9

Geluidshinder				330,0		330,0
Drink- en zwemwaterkwaliteit				1.499,3		1.499,3
Afvalverwijdering				1.731,5		1.731,5
Riolering				765,0		765,0
Voedselveiligheid				154,2		154,2
Luchtkwaliteit, woningveiligheid milieuveiligheid				3.487,4		3.487,4
Ziektebeelden						
		GB	GBS	ZP	Totaal	(miljoen Euro)
Psychische aandoeningen		75,0			75,0	
Kanker		15,7		78,1	93,8	
Diabetes mellitus		1,0			1,0	
Hart- en vaatziekten				1.211,2	1.211,2	
Aangeboren afwijkingen perinatale aandoeningen en zwangerschapscomplicaties				132,1	132,1	
Botontkalking				122,4	122,4	
Infectieziekten: vaccinaties en screening				222,2	222,2	
Algemene gezondheid (niet nader gespecificeerd)		44,9		44,9	89,8	
totaal		454,1	10.044,2	2.524,8	13.023,1	

gezien worden als een context waarbinnen andere maatregelen, zoals wettelijke verboden, accijnzen of leefstijlprogramma's plaatsvinden. Ze lijken bij te dragen aan bewustwording en werken vooral agendazettend, met overigens het gevaar dat lokale beleidsmakers denken dat bepaalde thema's voldoende door landelijke campagnes en wettelijke maatregelen worden afgedekt en lokaal geen aandacht meer zouden behoeven.

Van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie zijn goede resultaten bekend. Het gaat hier om interventies die door bijvoorbeeld de huisarts aangeboden worden aan mensen die al klachten hebben of tot een hoogrisicogroep behoren. De gedragsmatige ondersteuning van mensen die met roken willen stoppen, minder willen eten of drinken, of meer willen bewegen is hiervan een goed voorbeeld. Daarbij zijn er ook gunstige resultaten bekend voor mensen met een lage sociaaleconomische status en voor bepaalde etnische groepen. In geval van roken wordt de effectiviteit versterkt door gebruik van farmacologische middelen. Bij een maximale ondersteuning blijkt deze aanpak bij één op de vijf rokers succesvol te zijn, wat in vergelijking met andere maatregelen een zeer goed resultaat is.

Effecten van lokaal gezondheidsbeleid

In het preventiebeleid is een belangrijke taak toebedeeld aan het lokale gezondheidsbeleid. Gemeenten hebben de taak om de landelijke speerpunten te vertalen in lokale maatregelen, bijvoorbeeld op scholen, in sportkantines en wijken. Het aanbod van interventies is groot, maar over de effectiviteit en het bereik is weinig bekend. In de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) komt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarom tot niet zo'n positief oordeel: 'Het is niet te verwachten dat het huidige gemeentelijke gezondheidsbeleid, dat specifiek gericht is op de aanpak van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie, een substantiële bijdrage levert aan de vermindering van deze volksgezondheidsproblemen' (7).

In de lokale nota's gezondheidsbeleid komen de landelijke speerpunten meestal wel voor, maar de gemeenten verbinden daar volgens de IGZ in overgrote meerderheid geen uitvoeringsplannen aan. Wel zetten gemeenten interventies in, veelal gebaseerd op de handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid, maar van de meeste interventies is niet bekend of ze effectief zijn. Ditzelfde geldt voor de kwaliteitseisen die gesteld worden aan professionals om leefstijlinterventies succesvol uit te voeren. Opvallend volgens de IGZ is dat GGD'en slechts beperkt zicht hebben op welke interventies er allemaal worden uitgevoerd en wat het bereik daarvan is. Waar die informatie er wel is, blijkt dat er via het lokale gezondheidsbeleid veel te weinig

mensen worden bereikt om effecten op de totale volksgezondheid te hebben.

Men kan zich afvragen of het beeld dat de IGZ van het lokale gezondheidsbeleid geeft niet te somber is. De minister van VWS heeft het preventiebeleid inmiddels al een veel bredere benadering heeft gegeven, zodat het toetsen en afrekenen op de beleidspeerpunten van de vorige minister niet helemaal fair is, ook al is dat dan misschien de feitelijke opdracht. Een ander punt is dat ook de gemeenten vooruitgang boeken. De lokale nota's voldoen dan misschien nog lang niet aan alle eisen, maar in de loop der jaren is wel vooruitgang geboekt. Die trend schept ook verwachtingen voor de toekomst. Tenslotte zijn er ook gemeenten die de uitvoering van het gezondheidsbeleid heel serieus ter hand nemen en die als voorhoede voor andere gemeenten gezien kunnen worden.

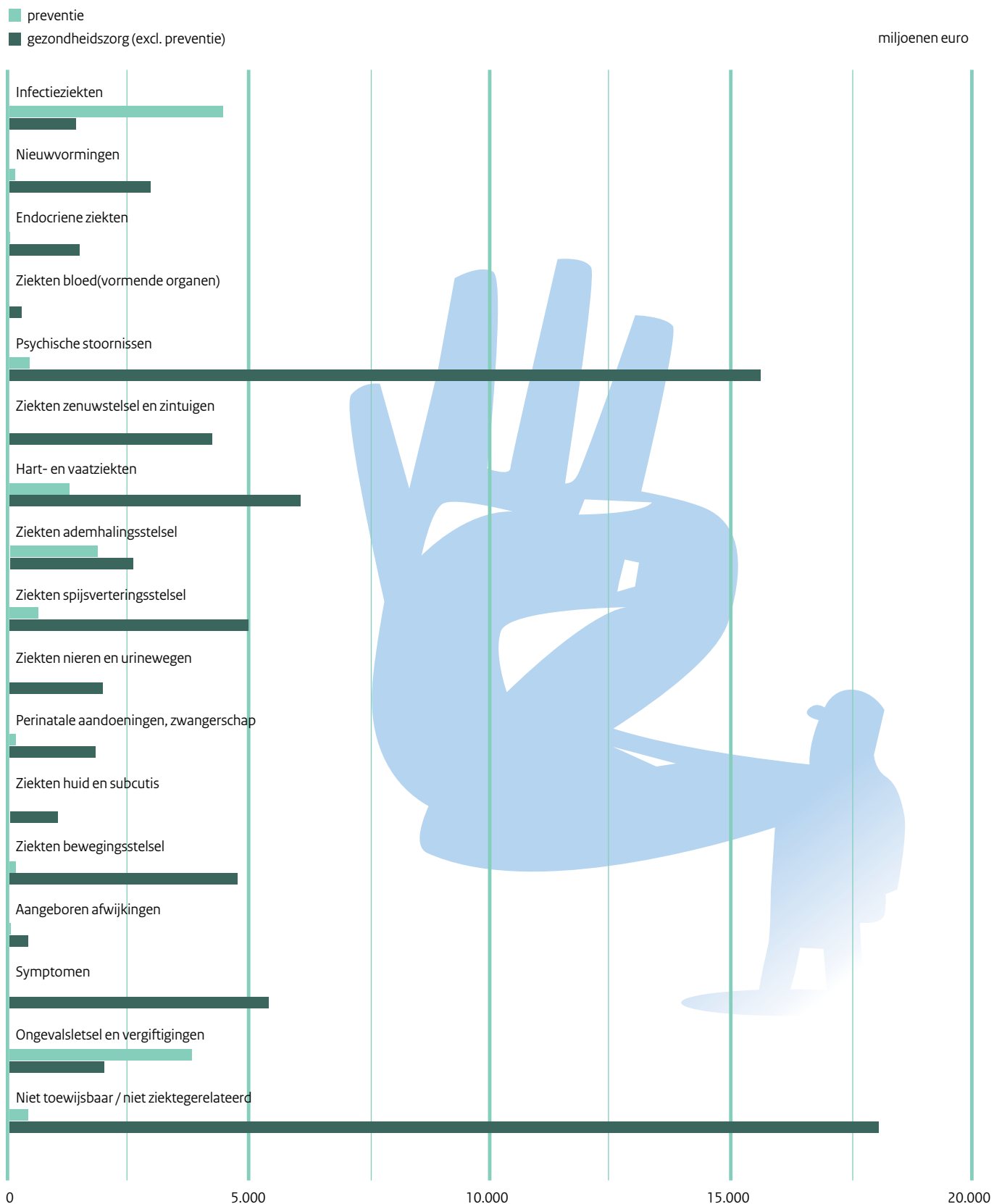
Preventiedoelen worden slechts ten dele gerealiseerd

In de Preventienota 'Kiezen voor gezond leven' werden voor het eerst concrete, meetbare doelstellingen geformuleerd (1). Daarvan zullen de doelstellingen voor overgewicht bij volwassenen en voor depressie vrijwel zeker gehaald worden. Maar het valt niet te verwachten dat de doelstellingen voor roken, alcoholgebruik, diabetes en overgewicht bij kinderen ook worden gehaald (*afbeelding 6.7*). Daarmee kunnen geen harde uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van het preventiebeleid. Achteraf kan wel worden vastgesteld dat een deel van de doelstellingen destijds ambitieus werd geformuleerd. Dat past ook wel bij het beeld dat enkele van de doelstellingen uit 2006 sindsdien in nota's en brieven aan de Tweede Kamer naar beneden zijn bijgesteld. Sommige doelen zijn ook bewust hoog neergezet, om als 'inspirational goals' een wenkend perspectief te bieden. Dergelijke doelen zijn dan ook niet bedoeld voor toetsing. In de speerpunten, en dus ook in het beleid, lopen de verschillende soorten doelen door elkaar.

Slotsom

Voorkomen is beter dan genezen, ook al is het niet altijd makkelijker. Gezondheidsbescherming en ziektepreventie hebben in de achterliggende eeuw een geweldige bijdrage geleverd aan de Nederlandse volksgezondheid. Verdere verbeteringen zijn bovendien nog mogelijk. Hierbij vergeleken zijn de resultaten van gezondheidsbevordering en lokaal gezondheidsbeleid beperkt, maar ook op deze terreinen liggen nog voldoende aangrijpingspunten om de volksgezondheid te verbeteren. De urgentie is er en wordt gevoeld. De potentie van preventie is er ook, en de uitdaging zal zijn om deze te realiseren.

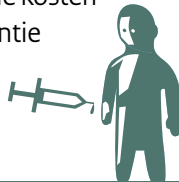
6.3 Totale uitgaven aan preventie en zorg in Nederland in 2007 (miljoenen euro)





6.4




Totale bijdrage aan de levensverwachting en de kwaliteit van leven en gemiddelde kosten-effectiviteit van het totaal van preventie en zorg bij infectieziekten, hart- en vaatziekten en kankers
(Bron: Meerding et al., 2007)



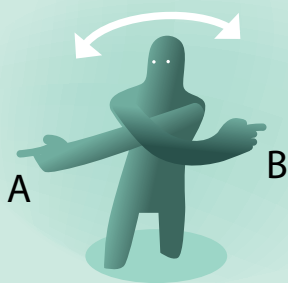
	infectieziekten	Hart- en vaatziekten	Kankers
Levensverwachting (jaar)	+1,4	+2	M: + 0,3 V: + 0,85
Kwaliteit van leven (ziektejaarequivalenten)	+0,2	+1	Minimaal
Gemiddelde kosten-effectiviteit (€/QALY)	3.800 (2.900 – 5.300)	2.000 (1.600 – 3.500)	17.000 (16.000 – 18.000)
Aandoeningen waarbij veel gezondheidswinst is geboekt	Tuberculose, bronchitis griep, longontsteking	Beroerte coronaire hartziekten	Borstkanker dikkedarmkanker

6.5

Overzicht van een aantal kosteneffectieve interventies op het terrein van ziektepreventie, die in Nederland nog niet zijn ingevoerd

Aandoening	Doelgroep	Interventie
Rotavirus Hepatitis B Hepatitis A en B Influenza Waterpokken Kinkhoest Pneumokokken	Zuigelingen Zuigelingen Kinderen Kinderen Kinderen Adolescenten Ouderen	Vaccinatie 
Neonatale groep- β taestreptokokken- infectie Maagdoeningen (helicobacter pylori) Osteoporose (botdichtheid) Gehoortoornissen Myocardinfarct (troponinescreening)	Zwangere Vrouwen Volwassenen Oudere Vrouwen Ouderen Mensen met een na operatie gescheurd aneurysma	Screening 
Hart- en vaatziekten (aspirine) Terugkerend myocardinfarct (Omega-3 visvetzuren)	Risicogroepen Mensen met doorgemaakt myocardinfarct	Medicatie 

6.6 Dilemma's bij gezondheidsbevordering (6)



Het dilemma van keuzevrijheid

Bij gezondheidsbevordering en leefstijlverandering is de persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid van mensen in het geding. Persoonlijke vrijheid en gezondheid worden beiden zeer belangrijk gevonden, maar een drang of plicht tot gezondheid tast de persoonlijke vrijheid aan, terwijl andersom die vrijheid sterk beperkt kan worden door een slechte gezondheid. Dit dilemma dwingt tot een afweging tussen de individuele en de maatschappelijke verantwoordelijkheid, en tussen gepaste en ongepaste maatregelen. In hoeverre mag de overheid ingrijpen in de levenssfeer van mensen? En op welke manier? De opvattingen hierover lopen nogal uiteen, waardoor effectief ingrijpen ingewikkeld is.

Het dilemma van ontbrekende 'evidence'

De wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van een gezondheidsbevorderende maatregel blijkt vaak dun te zijn. Het is ook niet eenvoudig om aan te tonen of iets werkt. Om die reden wordt in effectiviteitsonderzoek nogal eens gekeken naar uitkomstmaten als gedragsverandering, die op een behoorlijke afstand kunnen staan van het uiteindelijke gezondheidsdoel. Hierdoor ontstaat een dilemma: de bijdrage aan de doelen waar het om gaat kan niet gemeten worden of is nog niet gemeten, en met de doelen die onderzocht worden blijft het onzeker of de volksgezondheid erop vooruitgaat of niet. Voor beleidsmakers en preventiewerkers is dit een lastig dilemma. Welke doelen moeten worden nagestreefd en welke mate van 'evidence' is vereist voor men tot actie kan overgaan? Daarover verschillen de meningen, waarbij het nut van 'evidence based' werken soms zelfs in zijn geheel in twijfel wordt getrokken. Sommige gezondheidbevorderaars neigen ertoe om hierin een 'evidence beast' te zien, dat zich niet verdraagt met hun goede bedoelingen om andere mensen te helpen.



Institutionele dilemma's

De institutionele omgeving van de gezondheidsbevordering kenmerkt zich door verticale decentralisatie en horizontale fragmentatie. Enerzijds zijn er landelijke doelen en speerpunten, anderzijds is er geen hiërarchische lijn om deze doelen te realiseren. Er is bijvoorbeeld geen landelijke standaard voor het takenpakket van de GGD'en op het terrein van de gezondheidsbevordering. En door de decentralisatie naar de gemeenten wordt het gezondheidsbeleid een onderdeel van de lokale politiek met haar eigen doelen en afwegingen. Dit geldt ook voor de besteding van de gelden uit het Gemeentefonds. Voor gezondheidsbevordering is er daarom tot op heden geen structurele, c.q. geormeerde financiering. Daar komt nog bij dat er heel veel spelers zijn. Nederland telt meerdere gezondheidsbevorderende instellingen, talloze gezondheidsfondsen, diverse koepelorganisaties en kennisinstituten en allerlei netwerken die elk hun eigen doelstellingen en belangen nastreven. Naast verticale decentralisatie is er dus ook sprake van horizontale fragmentatie.

6.7

Speerpunten, doelstellingen en voorlopige beleidseffecten van de Preventienota 'Kiezen voor gezond leven' en 'Naar een weerbare samenleving' (Bron: VWS, 2006, 2008)

Speerpunt	Doelstelling	Voorlopig effect
Roken 	<p>In 2010 zijn er nog 20% rokers.</p>	<p>Het percentage rokers daalt, maar minder snel dan gedacht. In 2008 rookte nog 27% van de Nederlanders.</p>
Schadelijk alcoholgebruik 	<p>Alcoholgebruik onder jongeren onder de 16 terugbrengen naar niveau van 1992. Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% in 2006 naar 7,5% in 2010.</p>	<p>Stijging alcoholgebruik onder jongeren lijkt sinds 2003 gestopt; niveau van 1992 wordt echter niet gehaald. Percentage volwassen probleemdrinkers is waarschijnlijk ongeveer gelijk gebleven.</p>
Overgewicht 	<p>Percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005). Percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).</p>	<p>Percentage met overgewicht is niet gestegen. Ook onder jeugdigen is overgewicht stabiel.</p>
Diabetes 	<p>Aantal diabetespatiënten mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen. 65% van de diabetespatiënten heeft geen complicaties.</p>	<p>Aantal diabetespatiënten zal naar verwachting vrijwel verdubbelen tot 2025. Geen betrouwbare cijfers beschikbaar.</p>
Depressie 	<p>Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (ca. 4000 in 2006).</p>	<p>In 2007 ontvingen ruim 8000 mensen preventieve hulp tegen depressie.</p>
SEGV 	<p>Gezonde levensverwachting van de laagst opgeleiden stijgt met drie jaar tussen 2001 en 2020.</p>	<p>Gezonde levensverwachting van de laagst opgeleiden zal tussen 2001 en 2020 naar verwachting stijgen met ruim 3 jaar.</p>

Verder lezen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op het deelrapport 'Effecten van preventie'. Meer informatie is ook te vinden op de website van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 en het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Referenties

- (1) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Kiezen voor gezond leven. 's-Gravenhage: 2006.
- (2) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Gezond zijn, gezond blijven - Een visie op gezondheid en preventie. 's-Gravenhage: 2007.
- (3) Sociaal-Economische Raad. Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, 2009.
- (4) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Onderwijsraad, Raad voor openbaar bestuur. Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Zoetermeer: RVZ, Rob en Onderwijsraad, 2009.
- (5) Meering WJ, Polder JJ, de Hollander AEM, Mackenbach JP. Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers, en hart- en vaatziekten – Zorg voor euro's – 6. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007. RIVM-rapport 270091002.
- (6) Dwarswaard J, van Egmond S, Janssen M, Putters K. Over gewicht – Een analyse van de overheidsaanpak van preventie van overgewicht en de rol van de organisatie van de OGZ daarbij. Rotterdam: iBMG, 2010.
- (7) Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg. Den Haag: 2010.
- (8) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Naar een weerbare samenleving. 's-Gravenhage: 2008.



7

Een toekomst voor preventie

De uitdaging voor de toekomst van de volksgezondheid is om de potentie van preventie waar te maken. ‘Samen op weg naar een gezonder Nederland!’, aldus de minister van VWS in de kaderbrief ‘Gezond zijn, gezond blijven’ uit 2007 (1). Centraal in zijn preventievisie staan vier lijnen: 1) het koesteren van gezondheidsbescherming en ziektepreventie en innovatie op deze terreinen; 2) een samenhangend en integraal gezondheidsbeleid; 3) preventie in de zorg; en 4) de modernisering van de bestuurlijke omgeving met het oog op betere samenwerking. Deze visie heeft anno 2010 nog niets aan betekenis ingeboet en vormt een uitstekende basis om het preventiebeleid verder vorm te geven.

Thema's uit deze VTV hebben betekenis voor het preventiebeleid

Vanuit deze VTV komt een aantal thema's naar voren dat het waard is om bij de verdere invulling van het beleid te betrekken. Het gaat om de grote betekenis van beperkingen voor zowel de gezondheid van mensen als voor hun maatschappelijke participatie. Een consequentie hiervan is dat het perspectief kantelt van preventie van ziekten, aandoeningen en hun risicofactoren naar preventie van beperkingen. Het gaat ook om de invloed van de samenleving op gezondheid en leefstijl en de hardnekkigheid van gezondheidsachterstanden. Dit betekent dat een benadering vanuit speerpunten op ziekte- of determinantniveau plaats zal maken voor een benadering die rekening houdt met de maatschappelijke determinanten van gezondheid en ziekte en van beperkingen en participatie. De beperkte kennis van effectiviteit van gezondheidsbevordering en de 'comeback' van infectieziekten zijn ook thema's om mee verder te gaan.

Wanneer deze thema's worden meegenomen zal in het preventiedebat en -beleid de nadruk minder liggen op gezondheidsbevordering en speerpunten, zoals in de laatste preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (2), en zal er als vanzelf meer aandacht zijn voor het brede preventie-terrein en de samenhang tussen de verschillende deelgebieden. Ter overweging voor het beleid worden in dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen uitgewerkt voor de lange en de korte termijn.

Lange termijn

Een maatschappelijk actieprogramma voor de volksgezondheid

Het preventie-terrein is breed, waarbij er voor sommige onderdelen van de ziektepreventie eenduidige uitvoeringskaders bestaan, zoals voor de infectieziektebestrijding en bij de bevolkingsonderzoeken. Voor de gezondheidsbevordering is die eenduidigheid er niet. Hier kenmerkt het preventieveld zich door een veelheid van partijen en een aantal dilemma's die zowel de formulering als de uitvoering van het beleid bemoeilijken. Om in zo'n complexe omgeving toch iets te kunnen bereiken, wordt vaak een netwerkbenadering voorgesteld, onder andere door de RVZ (3). Voor het effect van zo'n benadering zijn inhoudelijke deskundigheid en leiderschap van belang. Daarom wordt ook wel gesproken over een 'concerted action' (4), dat wil zeggen een gezamenlijk en samenhangend actieprogramma dat gebaseerd is op de best beschikbare kennis, waarin alle partijen die ertoe doen vertegenwoordigd zijn en waar een eenduidige regie op wordt gevoerd. De minister van VWS zou met alle belangrijke organen een maatschappelijk actieprogramma voor de volksgezondheid kunnen starten, om tegen de achtergrond van de

bevindingen uit deze VTV zijn beleidsvisie verder te ontwikkelen en te concretiseren. Bij die organen kan gedacht worden aan raden als de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, kennisinstututen als het RIVM en een uitvoeringsorgaan als het College voor Zorgverzekeringen. Maar ook andere partijen komen in aanmerking, koepelorganisaties als GGD Nederland en de VNG, en wellicht ook private partijen. Daarbij zal een balans gevonden moeten worden tussen daadkracht en draagvlak. Een 'concerted action' is dan ook een kwestie van lange adem, en vraagt om een gevoel van urgentie, politieke wil, grote betrokkenheid, een gedeelde visie en de bereidheid om over eigen belangen heen te stappen.

Een doelenboom voor de volksgezondheid...

Een eerste stap in dat programma zou zijn om meer grip te krijgen op de doelen van het brede volksgezondheidsbeleid, zowel qua haalbaarheid als met betrekking tot de samenhang die tussen verschillende doelen bestaat. Een doelenboom is een nuttig instrument (*afbeelding 7.1*) voor het definiëren van samenhangende doelen en verantwoordelijkheden op meerdere niveaus, variërend van kwaliteit van leven tot het gedragsverandering. Daartussen bevinden zich doelen als het voorkomen van ziekte of doelen geformuleerd in termen van vroege opsporing. Het verdient aanbeveling om daarbij te werken met realistische en haalbare doelen. Uitbreiding met procesdoelen moet daarbij zeker overwogen worden, omdat deze dichter bij het beleid staan. Te denken valt dan aan doelstellingen als: 'In 2014 bestaat er voor 90% van de mensen met diabetes geen drempel voor het deelnemen aan een beweegcursus'. Of: 'In 90% van de scholen staat geen frisdrankautomaat of alleen een automaat dat gevuld is met gezonde producten'. Of: 'Het aantal snackbars per vierkante kilometer is niet hoger dan...'. Of: 'Het aantal GGD'en dat een bepaalde interventie aanbiedt is 80%'. Veel meer dan gedragsdoelen, waarbij individuele leefstijlkeuzes altijd een rol blijven spelen, zijn deze procesdoelen immers duidelijker te koppelen aan concrete maatregelen.

...als impuls voor bestuurlijke vernieuwing

De doelenboom heeft als voordeel dat vanuit een specifiek gezondheidsprobleem wordt gedacht. Vanuit die inhoudelijke benadering kan vervolgens gewerkt worden aan de bestuurlijke vernieuwing die in de preventievisie werd aangekondigd. Bij de uitvoering van het beleid en de implementatie van maatregelen kunnen rollen en verantwoordelijkheden worden gedefinieerd, en kan worden nagegaan welke partijen het meest geschikt zijn om de specifieke doelen te realiseren. Is het een zaak voor de landelijke of de lokale overheid? Daarbij moet echter niet alleen gedacht worden aan de overheid of andere publieke organen, maar ook aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid en private partijen die een rol spelen. Een voordeel van het werken

vanuit een doelenboom is dat integraliteit er op voorhand in zit en dus bij een verdere uitwerking ook beter tot zijn recht kan komen. Vanuit de verantwoordelijkheden kan vervolgens worden nagedacht over een passende institutionele omgeving, inclusief de juiste prikkels en een adequaat monitoringsysteem. Uiteraard verdient het aanbeveling om hierbij zo efficiënt mogelijk gebruik te maken van wat er de laatste jaren is opgebouwd.

Vier suggesties voor bestuurlijke vernieuwing

Op het terrein van de gezondheidsbevordering bestaan vier mogelijkheden voor bestuurlijke vernieuwing. Een eerste mogelijkheid is om voor de gemeentelijke taken op het terrein van gezondheidsbevordering heldere kaders te ontwerpen, vergelijkbaar met de landelijke kaders voor de infectieziektebestrijding en met name ook de bevolkingsonderzoeken. Ten tweede kan voor de gezondheidsbevorderende activiteiten van GGD'en een standaardtakenpakket worden ontworpen en geïmplementeerd, zoals dat in het verleden ook gedaan is voor de medische milieukunde en de jeugdgezondheidszorg.

Daarmee samenhangend is de derde suggestie om gezondheidsdoelen in termen van ziekten en determinanten vooral op landelijk niveau vast te stellen. De doelen op het terrein van beperkingen, eenzaamheid, participatie en andere maatschappelijke aspecten van gezondheid en ziekte moeten veel meer overgelaten worden aan het gemeentelijke niveau. Daarbij gaat het dan ook om de verbinding tussen enerzijds het gezondheidsbeleid op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en anderzijds het welzijnsbeleid, de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet werk en bijstand (Wwb). Een idee zou kunnen zijn dat gemeenten hun nota's op de diverse terreinen integreren tot één samenhangend document. Een vierde suggestie betreft het uitbreiden van de rol van lokale gezondheidsrapportages, en deze in navolging van de landelijke VTV en de Staat van de Openbare Gezondheidszorg meer aandacht te laten besteden aan de implementatie, het bereik en de effecten van preventieve interventies. De Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ) heeft inmiddels een inspanningsverplichting met GGD'en afgesproken om het bereik en de implementatie van erkende interventies te registreren. Ook een nauwe afstemming met de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) van het Nivel kan overwogen worden. Op die wijze ontstaat er een samenhangend beeld van gezondheid, preventie en zorg tot op het niveau van wijken en buurten. Een laatste stap zou kunnen zijn om van die lokale rapportages een vierjaarlijks verantwoordingsdocument te maken.

Afwegingskader voor maatschappelijke besluitvorming op basis van effectiviteit...

Complementair aan de doelformulering vraagt de middelenselectie aandacht. Het verdient aanbeveling om een afwegingskader te ontwikkelen waarin preventieve

maatregelen op al hun merites kunnen worden beoordeeld. Daarbij kan de doelenboom zijn diensten bewijzen ten behoeve van het effectiviteitsonderzoek. Voorafgaand aan het effectiviteitsonderzoek wordt dan al aangegeven wat het belang van de verschillende doelen is voor de volksgezondheid. Daarbij kan ook aandacht geschonken worden aan eventuele negatieve effecten van preventie, zoals zeldzame complicaties of foute positieve uitslagen bij een bevolkingsonderzoek. Effectiviteit is immers altijd een afweging van alle effecten, zowel positief als negatief. Zo ontstaat er een afwegingskader voor besluitvorming ten behoeve van gezondheidsprogramma's.

... kosteneffectiviteit en andere overwegingen

Voor het ontwikkelen van een afwegingskader voor de kosteneffectiviteit kan aansluiting worden gezocht bij het gedachtegoed van de commissie 'Keuzen in de zorg' uit 1991, die naar de voorzitter ook wel de commissie Dunning werd genoemd (6). Vorig jaar overleed Arend Jan Dunning, maar meer dan ooit is de tijd rijp om op het terrein van preventie iets met zijn gedachtegoed te doen. Centraal daarin staat de 'trechter van Dunning', die inhoudt dat interventies achtereenvolgens worden beoordeeld op noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en financiële verantwoordelijkheid. Deze systematiek vinden we terug in de pakketcriteria van het CVZ, maar een verdere ontwikkeling hiervan is gewenst (7). Niet alleen vanwege de technische aspecten van het kosteneffectiviteitsonderzoek, maar ook vanwege de normatieve aspecten en andere overwegingen die bepalend zijn voor draagvlak en haalbaarheid van maatregelen (8-9). Op macroniveau gaat het ook om de plaats van preventie in de samenleving en in het totaal van het overheidsbeleid, waarbij de afweging met zorg en andere beleidsterreinen ook aan de orde is. Naast effectiviteit en kosteneffectiviteit spelen de maatschappelijke baten van gezondheid en preventie daarbij een belangrijke rol (*hoofdstuk 8*).

Korte termijn

De potentie van preventie is niet alleen iets voor de lange termijn. Ook op korte termijn valt er nog veel winst te behalen, zowel door goed lopende zaken te versterken als door op sommige terreinen nieuwe keuzes te maken.

Universele preventie

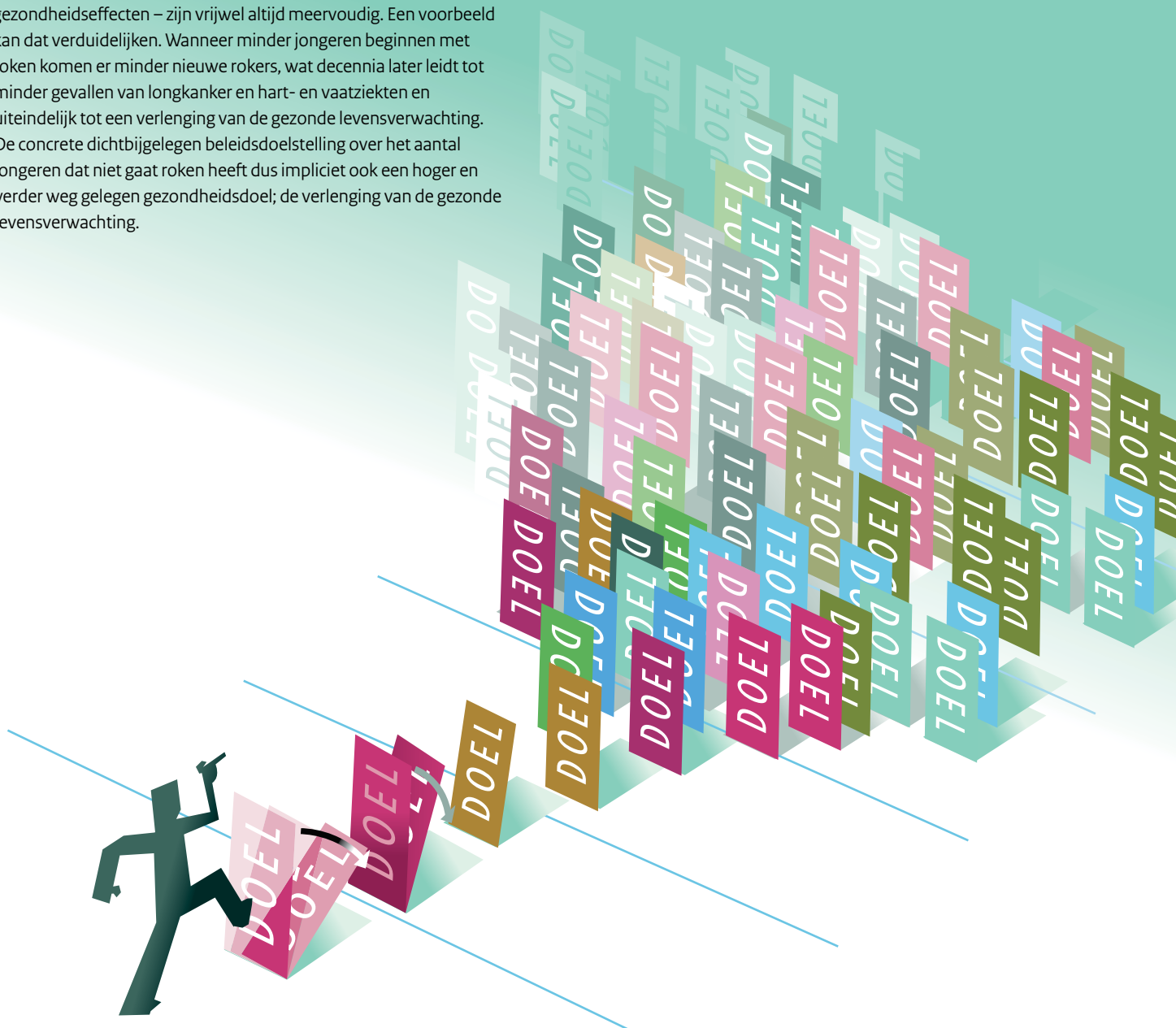
Universele preventie is bij uitstek het terrein van de overheid. De volledige gezondheidsbescherming valt hieronder. Deze draagt nog steeds substantieel bij aan de volksgezondheid. Het hele terrein van de gezondheidsbescherming zou vaker expliciet benoemd en geroemd mogen worden, teneinde het veelvoorkomende beeld dat preventie alleen over leefstijl zou gaan meer in balans te brengen. Gelet op de vele miljarden die in de gezondheids-

7.1 Naar een doelenboom voor het volksgezondheidsbeleid.

De Algemene Rekenkamer heeft een leidraad ontwikkeld voor beleidsevaluatie (5). Het belangrijkste idee daarin is dat per beleidsdoelstelling vooraf een zogenaamde 'doelboom' wordt opgesteld. Onderaan in zo'n doelboom staan concrete beleidsmaatregelen (prestaties zoals prijsmaatregelen of wetgeving) en bovenaan de beleidsdoelen (effecten zoals een stijging van de gezonde levensverwachting). Het idee achter een doelboom is dat beleidsmaatregelen onderin effect hebben op tussendoelen daar vlak boven, en die weer op doelen daarboven, zodat ze als een cascade van dominanten uiteindelijk ook het beleidsdoel bereiken.

De doelboom is een handig denkkader om maatregelen en effecten met elkaar te verbinden voor een enkelvoudig beleidsdoel. Maar de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid – de beoogde gezondheidseffecten – zijn vrijwel altijd meervoudig. Een voorbeeld kan dat verduidelijken. Wanneer minder jongeren beginnen met roken komen er minder nieuwe rokers, wat decennia later leidt tot minder gevallen van longkanker en hart- en vaatziekten en uiteindelijk tot een verlenging van de gezonde levensverwachting. De concrete dichtbijgelegen beleidsdoelstelling over het aantal jongeren dat niet gaat roken heeft dus impliciet ook een hoger en verder weg gelegen gezondheidsdoel; de verlenging van de gezonde levensverwachting.

De algemene doelen van het volksgezondheidsbeleid – meer gezondheid, minder ongezond gedrag, minder risico op ziekte, minder ziekte, minder maatschappelijke gevolgen van ziekte en een langere gezonde levensverwachting – zijn niet los van elkaar te zien. Door van iedere concrete beleidsdoelstelling ook de beoogde impliciete gezondheidseffecten te expliciteren en het verband tussen de directe effecten (zoals gedragsverandering) en de verder gelegen effecten (zoals sterfte) te onderzoeken wordt het mogelijk om ook van de lageregelegen beleidsdoelen de hoger gelegen gezondheidseffecten te kwantificeren. Door vervolgens de doelbomen voor ieder beoogd gezondheidseffect met elkaar te verbinden ontstaat als het ware een 'doelenboom voor het volksgezondheidsbeleid'. Een dergelijk integraal beslisschema doet recht aan de gelaagdheid op dit beleidsterrein.



bescherming omgaan zou het goed zijn om het pakket maatregelen door te lichten op kosteneffectiviteit vanuit een maatschappelijk afwegingskader.

Bij koesteren kan ook gedacht worden aan de alertheid voor nieuwe gezondheidsbedreigingen. De 'comeback' van infectieziekten wijst daarop, en voor de volksgezondheid is het van groot belang dat ziekten als de Q-koorts al in een vroeg stadium worden onderkend en dat er snel en adequaat maatregelen worden getroffen in een context waarin ook andere belangen een rol spelen. Integrale afwegingen en intersectorale samenwerking vormen daarvoor de basis.

Naast koesteren is ook innoveren van belang. Een goed voorbeeld is de campagne rond de HPV-vaccinatie. Deze heeft duidelijk gemaakt dat er nieuwe manieren van publiekscommunicatie ontwikkeld moeten worden. Het gaat dan niet alleen om de communicatie van specifieke ziekten of risico's, maar ook om de communicatie van expertkennis in het algemeen en het betrekken van burgers. Door de nieuwe media volstaat de oude manier van campagnes maken niet meer. Onderzocht moet worden hoe gebruik kan worden gemaakt van nieuwe communicatiestrategieën die aansluiten bij de moderne techniek en bij veranderende opvattingen over de eigen verantwoordelijkheid van mensen en de relatie tussen burger en overheid, zonder dat daarbij het publieke karakter van de overheid wordt geschaad.

Ten derde zijn er op het terrein van ziektepreventie nog onbenutte mogelijkheden, met name op de terreinen van vaccinatie en screening. Daarin kan geïnvesteerd worden. Een besluit over darmkankerscreening is al toegezegd. Daarnaast kan overwogen worden om systematisch de effectiviteit, de haalbaarheid en betaalbaarheid van onbenutte mogelijkheden voor ziektepreventie in kaart te brengen, en programmatisch te werken aan de landelijke invoering van deze mogelijkheden.

Ten vierde verdient het aanbeveling om bij de universele preventie rekening te houden met de levensloop van mensen. In die levensloop zijn namelijk momenten aan te wijzen die risicovol zijn. De overgang van de basisschool naar het middelbaar onderwijs is zo'n moment waarop kinderen vatbaar zijn voor een ongezonde leefstijl. Een heel ander voorbeeld betreft het moment van pensionering. Er zijn omgekeerd ook momenten aan te wijzen waarop mensen gevoelig zijn voor gedragsverandering, zoals vertrek uit het ouderlijk huis, bij de eerste baan of tijdens de zwangerschap. Vanuit een levensloopbenadering kan in de universele preventie worden ingespeeld op deze momenten van gedragsverandering.

Voor de lange termijn van de gezondheidsbevordering is hierboven gepleit om na te denken over meer landelijke kaders. Zonder daarop vooruit te lopen kunnen al stappen worden gezet. Prijsmaatregelen en accijnzen zijn bijvoor-

beeld het overwegen waard. En als het gaat om alcoholpreventie geven veel gemeenten nu al aan dat het wenselijk is dat de landelijke en niet de gemeentelijke overheid bepaalt onder welke leeftijd geen alcohol gekocht mag worden. Een duidelijker regie zal het lokale gezondheidsbeleid sterker maken.

Zorggerelateerde preventie

Preventie in de zorg bevindt zich aan de andere zijde van het spectrum. Hier is preventie vooral een zaak van het particuliere initiatief, zowel van zorggebruikers als van zorgverleners die elk hun eigen verantwoordelijkheid hebben. In *hoofdstuk 2* is erop gewezen dat Nederland wel 4,5 miljoen chronische ziekten kent, en dit aantal zal in de toekomst verder toenemen. Deze mensen hebben één of meerdere diagnoses en zijn dus bekend bij hun huisarts of een andere zorgaanbieder, waardoor er tal van aanknopingspunten zijn om meer aan preventie te doen. Het gaat dan om preventie van complicaties als onderdeel van goede zorg, maar de uitdaging is om preventie breder op te vatten, en ook aandacht te hebben voor enerzijds leefstijl en anderzijds beperkingen en de gevolgen daarvan. Dit vergt van veel zorgaanbieders een andere denkhouding en de bereidheid om samen te werken met andere partijen. Door preventie in zorgstandaarden en richtlijnen op te nemen, of zelfs generieke preventiemodules te ontwerpen, kan dit worden versterkt, zeker wanneer verzekeraars er bij de zorginkoop een belangrijk punt van maken en ook toezien op de realisering van deze vormen van preventie in de praktijk.

Preventie als vorm van zorg heeft echter ook keerzijden. Het kan leiden tot individualisering en tot medicalisering van allerlei ongemakken, zoals psychosociale problemen, erectiestoornissen of ontevredenheid met het uiterlijk, alsmede van allerlei risicofactoren. Zo kan het gebeuren dat veel mensen medicijnen gaan innemen, ten koste van de aandacht voor een gezond leefritme in een gezonde omgeving. Een 'polypil' zou er bijvoorbeeld toe kunnen leiden dat mensen een gezonde leefstijl negeren omdat er een medicijn is dat het ongezonde gedrag compenseert. Andere vormen van preventie en een helder afwegingskader zijn daarom nodig om tegenwicht te bieden aan de druk van de farmaceutische industrie. Preventie in de zorg biedt tal van kansen, maar zal nimmer een alternatief zijn voor een gezonde samenleving. Veeleer is het er een exponent van.

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie staat dicht bij zorggevendende preventie. Het belangrijkste verschil is dat de doelgroep nog geen ziekte heeft, maar wel een verhoogd risico daarop. Vanwege dit risico zijn mensen onder bepaalde voorwaarden geïndiceerd voor preventie. Het gaat daarbij vooral om gecombineerde leefstijlinterventies op het terrein van roken, overgewicht en alcoholgebruik. Van

deze interventies is de effectiviteit aangetoond. Op het niveau van de volksgezondheid zijn de effecten echter beperkt, omdat het bereik van deze interventies laag is. Door hier het bereik te vergroten kan nog veel gezondheidswinst behaald worden. De opname in het basispakket, zoals voorgesteld door het College voor Zorgverzekeringen, kan dit een impuls geven (10). Zeker voor mensen met een laag inkomen kan de financiering namelijk een struikelblok vormen en een reden zijn om niet aan zo'n interventie te beginnen. Een ander punt is dat opname in het pakket een belangrijke signaalfunctie heeft. Mensen worden bekend met de mogelijkheden die er zijn. Ten slotte biedt opname in het pakket ook helderheid en eenduidigheid voor huisartsen en andere zorgaanbieders. Zij hoeven geen polissen na te pluizen, maar kunnen iedereen die daarvoor in aanmerking komt verwijzen. Opname in het pakket alleen is echter niet voldoende. De beschikbaarheid van een passend en toereikend aanbod is eveneens belangrijk. Huisartsen geven dit ook aan als een belangrijk knelpunt. Er moet een aanbieder zijn waarnaar de voor preventie geïndiceerde persoon verwezen kan worden. En als die er is moet dat ook bekend zijn bij de verwijzers. Dit onderstreept de rol van de zorginkoop door verzekeraars zodra deze interventies in het pakket zijn opgenomen.

De kwestie van bereik betreft overigens niet alleen het 'opschalen' van wat er nu al plaatsvindt. Het is ook van belang om de juiste mensen te benaderen en te motiveren, en daarbij kan het ook relevant zijn om interventies door te ontwikkelen voor bevolkingsgroepen met een specifieke culturele of etnische achtergrond.

Selectieve preventie

Bij selectieve preventie gaat het om bevolkingsgroepen die wel een verhoogd risico hebben, maar nog niet geïndiceerd zijn voor preventieve interventies. Het betreft bijvoorbeeld de kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis en families met erfelijke aandoeningen. Omdat steeds meer bekend wordt over de rol van genetische factoren zal het belang van selectieve preventie toenemen. Door een steeds verdergaande risicoprofilering worden immers ook steeds meer groepen als een risicogroep aangemerkt. Het opsporen van hoogrisicogroepen en het toeleiden tot geïndiceerde preventie en zorg behoort ook tot het terrein van de selectieve preventie. Een belangrijk knelpunt is echter de financiering daarvan. Het College voor Zorgverzekeringen stelt namelijk dat selectieve preventie niet tot het domein van de basisverzekering behoort. Voor dat probleem is nog geen oplossing beschikbaar. Het is in zekere zin een grijs gebied en daardoor is het ook niet zo duidelijk welke partij hier het meest aangewezen is en hoe de activiteiten op dit terrein gefinancierd moeten worden. Is hier een taak weggelegd voor de openbare gezondheidszorg of voor de eerstelijnszorg? Of beide? Zijn gemeenten de aangewezen financiers of toch de zorgverzekeraars?

Tegelijkertijd is er ook een andere ontwikkeling gaande. Tot hoogrisicogroepen behoren namelijk ook sociaal afgebakende groepen, zoals voortijdige schoolverlaters, jongeren uit bepaalde doelgroepen en bewoners van bepaalde wijken. Het gaat daarbij vooral ook om doelgroepen van het gemeentelijke beleid. Doelgroepen die ook vanuit andere beleidssectoren van belang zijn. Zorgverzekeraars die bijvoorbeeld veel verzekerden in bepaalde steden of wijken hebben, kunnen zich als medeverantwoordelijke voor dit soort doelgroepen opwerpen, om in samenwerking met onder andere de gemeente de gezondheidsproblemen in bepaalde achterstandswijken aan te pakken. In Utrecht en Amersfoort gebeurt dit reeds.

Op het terrein van de selectieve preventie is dus niet alleen veel onduidelijkheid, maar zijn er ook op de korte termijn talrijke kansen. En daardoor is het bij uitstek een terrein voor innovatie. Juist ook door innovatie moet het mogelijk zijn om in de toekomst in preventie veel selectiever te kunnen zijn. Veel wordt gesproken over het verbinden van preventie en zorg. Juist op het terrein van de selectieve preventie zou die verbinding tot stand kunnen komen, zowel vanuit de openbare gezondheidszorg als vanuit de eerstelijns. De selectieve preventie vormt als het ware de brug tussen universele preventie en de zorg, en de eerste voorbeelden geven aan dat preventie hier nog heel veel kansen biedt.

Voorkomen is niet makkelijker dan genezen, maar wel beter. Preventie heeft de toekomst!

Verder lezen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op het deelrapport 'Effecten van preventie'. Meer informatie is ook te vinden op de website van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 en het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Referenties

- (1) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Gezond zijn, gezond blijven - Een visie op gezondheid en preventie. 's-Gravenhage: 2007.
- (2) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Kiezen voor gezond leven. 's-Gravenhage: 2006.
- (3) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Publieke gezondheid. Den Haag: 2006.
- (4) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het preventieconcert – Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid. Den Haag: 2005.
- (5) Algemene Rekenkamer. Handreiking verantwoorden over beleid. Den Haag: 2000.
- (6) Commissie Keuzen in de Zorg (Dunning). Kiezen en delen. 's-Gravenhage: 1991.
- (7) Brouwer W. De basis van het pakket – urgente uitdagingen voor de opzet en inzet van economische evaluaties in de zorg. Inaugurele rede. Rotterdam: 4 december 2009.
- (8) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en duurzame zorg. Den Haag: 2006.
- (9) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Rechtvaardige en duurzame zorg. Den Haag: 2007.
- (10) College voor Zorgverzekeringen. Van preventie verzekerd. Diemen: CVZ, 2007.



8

Zorg voor maatschappelijke baten

‘Een koekoeksjong’, zo typeerde econoom en columnist Flip de Kam de gezondheidszorg in één van zijn columns in NRC Handelsblad. De gezondheidszorg legt namelijk steeds meer beslag op de collectieve uitgaven, waardoor ‘andere collectieve voorzieningen uit het begrotingsnest worden gewerkt’ (1). Dit probleem geldt niet alleen voor de overheidsfinanciën, maar raakt de hele economie. Zijn er in de toekomst voldoende mensen en financiële middelen om aan de zorgvraag te voldoen? Of lost dit knelpunt vanzelf op wanneer de volkgezondheid verbetert? Het is een aantrekkelijke gedachte: meer gezondheid, minder zorg.

Dit hoofdstuk gaat over de toekomst van de zorg. De nadruk ligt daarbij op de macro-economische aspecten van de zorguitgaven en het zorgpersoneel zonder in te gaan op allerlei zorginhoudelijke en institutionele kenmerken van het zorgstelsel die in de 'Zorgbalans' aan de orde komen (2). De zorguitgaven zullen blijven toenemen en dat vraagt om nieuwe oplossingen vanuit nieuwe gezichtspunten: zorg voor maatschappelijke baten.

Meer gezondheid: niet minder zorg

Voorkomen is beter dan genezen. Maar helaas niet goedkoper. Meer gezondheid leidt op macroniveau niet tot minder zorg. Daar zijn verschillende redenen voor. Zo is de zorg zelf een belangrijke oorzaak van de betere gezondheid. Mensen worden dankzij succesvolle behandeling ouder en lopen het risico om andere, 'vervangende ziekten' te krijgen. Deze kunnen op hun beurt weer tot extra zorg leiden. Eén van de bevindingen in *hoofdstuk 2* was dat het aantal mensen met een ziekte hoe dan ook toeneemt. Juist door haar succes leidt de medische wetenschap tot een stijging van het zorggebruik. 'The pain is in the gain.' Bovendien worden veruit de meeste zorguitgaven in het laatste levensjaar gemaakt. Bij een toename van de levensverwachting worden deze kosten uitgesteld, maar van uitstel komt in dit geval geen afstel.

Gezond ouder worden geen panacee voor de stijgende zorgvraag
Ook van gezond ouder worden ('healthy ageing') moeten geen grote remmende effecten op de zorgvraag worden verwacht. Weliswaar had James Fries de verwachting dat compressie van morbiditeit tot lagere zorguitgaven zou leiden (3), maar inmiddels heeft Lubitz aangetoond dat het niet veel uitmaakt of iemand gezond of minder gezond is (4). Gezonde mensen gebruiken minder zorg, maar leven langer en in dat langere leven nemen ook voor hen de totale zorgkosten geleidelijk toe. Ongezonde mensen hebben hogere zorgkosten, maar gedurende een kortere periode. Zij overlijden namelijk eerder. De analyse van Lubitz gaat over de Amerikaanse situatie. In Nederland lopen nog diverse studies om de verschillende invloeden te ontrafelen. De eerste resultaten hebben betrekking op de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg (5-6). Hieruit blijkt dat het zorggebruik vooral samenhangt met de mate van beperkingen. Meer aandacht voor beperkingen, zoals in eerdere hoofdstukken werd bepleit, is dus ook van belang voor de toekomst van de zorg en voor de ontwikkeling van de zorguitgaven.

Toekomstverkenning

In de achterliggende decennia zijn de zorguitgaven in een snel tempo toegenomen tot een bedrag van 75 miljard euro in 2007 (7). Dit is het totaal van alle collectieve en particuliere uitgaven, inclusief de kosten van kinderopvang die door het CBS ook in de Zorgrekeningen zijn opgenomen. In de komende decennia zullen de zorguitgaven verder stijgen (*afbeelding 8.1*). Uitgaande van het huidige niveau van de zorg nemen de zorguitgaven ieder jaar met 1,1% toe als gevolg van de bevolkingsontwikkeling, met name door de vergrijzing. Daarbij zijn er grote verschillen tussen sectoren. De toename is bijvoorbeeld gering in de geestelijke gezondheidszorg en in de gehandicaptenzorg, omdat de cliënten daar verhoudingsgewijs jonger zijn. Deze sectoren zijn dus minder gevoelig voor de vergrijzing. De ouderenzorg ondervindt, niet onlogisch, met een toename van 2,5% de grootste invloed van de vergrijzing.

Bij de huidige trends groeit de zorgsector de komende decennia met 4 à 5% per jaar

De invloed van de bevolkingsontwikkeling op het zorgvolume is relatief beperkt. Andere invloeden, waaronder met name de medische technologie, spelen een grotere rol. De zorgvraag zal ook veranderen, omdat er steeds meer chronisch zieken komen en mensen vaak meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Meestal worden al die invloeden samengevoegd onder de noemer 'overige volumegroei'. In het verleden bedroeg die altijd 2% of meer, met behoorlijke fluctuaties vooral vanwege het overheidsbeleid. Hoewel resultaten uit het verleden geen garantie voor de toekomst bieden, kunnen ze wel bepaalde contouren aangeven. Uitgaande van de trends in de periode 1999–2007 zal het totale zorgvolume tot 2030 jaarlijks met 3 à 4% toenemen, met een flinke spreiding tussen de verschillende sectoren (*afbeelding 8.1*). De precieze uitkomst is onzeker, maar tegelijkertijd is de grote lijn helder: een forse toename van het zorgvolume ligt in het verschiet. Het zogenaamde Baumol-effect komt daar nog bij (*afbeelding 8.2*). Uitgaande van genoemde scenario's bedraagt de groei van de zorguitgaven dan ruwweg 4 à 5% per jaar (8). De algemene prijsontwikkeling komt daar nog bovenop.

Veel extra zorgpersoneel nodig

In 2007 waren in de zorg ongeveer 1,2 miljoen mensen werkzaam, voor het grootste deel vrouwen. Omdat veel mensen in deeltijd werken, ging het om zo'n 800.000 arbeidsjaren. Dit aantal zal door de vergrijzing aanzienlijk toenemen. Tot 2030 zijn er door alleen al de demografische ontwikkeling een kleine 300.000 extra arbeidsjaren nodig (*afbeelding 8.3*). Bij de huidige deeltijdfactor betreft dat zo'n 450.000 banen. Op elke twee werknemers in de zorg moet er één werknemer bij komen. En dat terwijl de beroepsbevolking met zeker een half miljoen personen krimpt.

Als gevolg hiervan loopt het aandeel van de zorg in het totaal gewerkte jaren op van 12% in 2007 naar 18% in 2030. Dat geldt dan voor mannen en vrouwen samen. Voor vrouwen wordt dat aandeel nog veel hoger. Nu al geldt dat één op de vier vrouwen in de zorg werkt, tegenover één op de twintig mannen.

Wanneer de historische toename van het zorgpersoneel zich in de toekomst gaat herhalen, zal de stijging veel hoger uitvallen. Tussen 2001 en 2008 nam het aantal mensen dat in de zorg werkzaam was toe met 2,8% per jaar. Dit was min of meer in lijn met de groei van het zorgvolume in deze periode. Zet deze trend door, dan zijn er in 2030 zo'n 750.000 extra arbeidsjaren nodig. Dit betekent dat er meer dan een miljoen extra mensen in de zorg aan de slag zouden moeten gaan. Voor iedere zorgwerker nu moeten er in dat geval straks twee zijn.

Deze verkenningen zijn uiteraard nogal grofmazig. Er wordt geen rekening gehouden met het afbuigen van trends in zorgvraag of zorgaanbod of met een toename van de arbeidsproductiviteit en een eventuele vermindering van deeltijdwerk of verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd. Kortom, er zijn voldoende redenen om aan te nemen dat de behoefte aan zorgpersoneel minder zal toenemen dan het totale zorgvolume. Maar ook dan zal de personeelssituatie nijpend worden.

Het aantal mantelzorgers is mogelijk toereikend, maar kan op gespannen voet staan met de arbeidsparticipatie. In Nederland wordt ook veel mantelzorg gegeven. Er circuleren getallen van rond de drie miljoen mantelzorgers, maar als de wat strengere afbakening van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) wordt gevolgd gaat het om zo'n 800.000 personen (10). Het SCP verwacht dat zowel de vraag naar mantelzorg als het aanbod in de toekomst toenemen, en wel zodanig dat deze min of meer in evenwicht zullen zijn. Dit evenwicht kan echter verstoord worden wanneer veel meer vrouwen fulltime gaan werken. In dat geval zullen er waarschijnlijk te weinig mantelzorgers zijn om aan de vraag te voldoen. Een oplossing voor personeelstekorten in de formele zorg kan dus een probleem creëren voor de beschikbaarheid van informele zorg.

De babyboomers en de ouderenzorg

Bij deze sombere toekomstbeelden past wel enige nuance. Alle toekomstverkenningen zijn namelijk geënt op het peiljaar 2007 en op de trends in de jaren die daaraan voorafgingen. Dit betekent dat het toekomstbeeld van bijvoorbeeld de ouderenzorg volledig is gebaseerd op de vooroorlogse geboortecohorten. Maar de toekomstige ouderen zijn na de oorlog geboren en zijn in een heel andere tijd opgegroeid dan hun ouders die nu de ouderenzorg bevolken. Zal de zorgvraag zich daarom niet heel anders ontwikkelen en zal dat ook geen consequenties hebben voor de zorgvraag? Het eigenwoningbezit onder de babyboomers is bijvoorbeeld veel groter dan onder eerdere generaties, bovendien zijn ze welvarender. Zonder twijfel zal de vraag naar intramurale ouderenzorg hierdoor afnemen. Wie wil er nu niet zo lang het maar enigszins kan in zijn eigen vertrouwde omgeving blijven wonen? Inhoudelijk zal de zorgvraag dus veranderen. Niet alleen vanwege demografische en epidemiologische veranderingen, maar ook omdat de toekomstige ouderen andere voorkeuren hebben.

Mensen met een partner gebruiken minder zorg

De samenstelling van het huishouden is een factor die daar nog bij komt. Vanwege het verschil in levensverwachting zijn er in Nederland veel meer oude vrouwen dan oude mannen. Bovendien is in de meeste relaties de man ouder dan de vrouw. Verhoudingsgewijs zijn vrouwen dus veel vaker alleenstaand en zijn zij dus veel eerder en veel meer op formele zorg aangewezen. Puntig samengevat zijn vrouwen solidair in het geven van mantelzorg die ze zelf niet ontvangen en mannen in het financieren van de ouderenzorg die ze zelf niet nodig hebben (11). In de toekomst zou dit kunnen veranderen als de levensverwachting van mannen sterker toeneemt dan die van vrouwen. Het CBS verwacht dit ook. In deze VTV volgen wij echter het scenario waarin het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen min of meer gelijk blijft (*hoofdstuk 1*).

Het Sociaal en Cultureel Planbureau gaat in zijn toekomstverkenning van de ouderenzorg uit van de prognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Het SCP neemt daarnaast ook een aantal andere invloeden mee, zoals het opleidingsniveau en de gezondheid van de bevolking (12). Op grond daarvan voorziet het SCP een toename van het aantal zorggebruikers met 1,2% en van het totale volume aan ouderenzorg met 1,5% per jaar. Dat dit beduidend minder is dan hierboven werd gepresenteerd, komt vooral doordat het SCP op grond van een aantal aannames verwacht dat de overige volumegroei minimaal zal zijn. Helaas kan niet gezegd worden of die aannames juist zijn en welk scenario het meest plausibel is. Een voor de hand liggende beleidsoptie is om beide scenario's te beschouwen als een bandbreedte voor de langetermijntwikkeling.

= 74.447 miljoen totaal

8.1 Zorguitgaven naar sector en volumegroei, 1999 – 2030.

Uitgaven

25,5%

Ziekenhuizen

5,9%

GGZ

8,1%

Eerstelijnszorg

11,7%

Genees- en hulpmiddelen

18,5%

Ouderenzorg

9,3%

Gehandicaptenzorg

2,4%

ARBO en GGD

4,6%

Overige gezondheidszorg

10,6%

Kinderopvang en welzijn

3,4%

Beleid en beheer

* De gemiddelde groei is gebaseerd op de demografische groei op basis van de CBS-bevolkingsprognose en overige volumegroei op basis van 1999-2007.

** De range is gebaseerd op de groei in de afzonderlijke periodes 1999-2003 en 2003-2007.

4,4		2,9		1,1		3,4		(3,1 – 4,0)			
Volumegroei (% per jaar)			Demografie			Totaal*			Range**		
1999-2003			2003-2007			2007-2030					
2,9	4,5	1,1	3,2	(2,5 – 4,0)							
5,6	5,7	0,2	5,3	(4,9 – 5,6)							
2,4	2,2	0,5	1,9	(1,9 – 2,0)							
3,9	3,6	1,0	3,1	(3,0 – 3,2)							
6,1	3,2	2,5	4,2	(3,1 – 5,5)							
6,1	3,3	0,3	4,2	(3,1 – 5,4)							
5,1	-4,0	-0,1	0,3	(-4,1 – 4,8)							
6,2	1,9	0,5	3,6	(1,9 – 5,5)							
4,5	-0,8										
2,1	3,6										

Drie dilemma's voor de toekomst van de zorg

De toekomst is onzeker, maar alle signalen wijzen wel in de richting van een forse uitbreiding van de gezondheidszorg in de komende decennia. Zo fors, dat nu de vraag al leeft of het wel zal lukken om die zorg te organiseren en te financieren. Wie daarover nadenkt komt uit bij drie dilemma's, die allen te maken hebben met arbeid: de dilemma's van de arbeidsmarkt, de arbeidsproductiviteit en de arbeidsparticipatie (13).

1. Het dilemma van de arbeidsmarkt

In de toekomst is er of gebrek aan geld of gebrek aan menskracht om de gezondheidszorg draaiende te houden. Stel dat de gezondheidszorg inderdaad met zo'n 4% per jaar toeneemt, dan is een aanzienlijke economische groei nodig om de zorg betaalbaar te houden. Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zou de zorg maximaal twee keer zo snel mogen groeien als het bruto binnenlands product. In dat geval zou de economische groei minimaal 2% moeten bedragen (14), maar ook dan speelt het koekoeksjongprobleem van Flip de Kam. Eigenlijk zou de economie dus sterker moeten toenemen. Bij een groei van 4% neemt echter ook de vraag naar zorgpersoneel drastisch toe. Over het precieze getal kan men van mening verschillen. Belangrijker is dat (sterke) economische groei en de beschikbaarheid van zorgpersoneel op gespannen voet staan. In tijden van hoogconjunctuur is er genoeg geld, maar ontbreekt het aan de mensen om de zorg te verlenen. In perioden van laagconjunctuur zijn er genoeg mensen om de zorg te verlenen, maar ontbreekt het aan geld om de zorg te betalen.

2. Het dilemma van de arbeidsproductiviteit

Bij een economische groei van zo'n 4% komt de betaalbaarheid van de gezondheidszorg dus niet zo snel in gevaar. Nu is een economische groei van 4% aanzienlijk, zeker vanuit de ervaringen met een economische recessie gezien, maar ook in het licht van langetermijntontwikkelingen. Een cruciale rol is daarbij weggelegd voor de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit, zowel in zijn totaliteit als per werknemer. Omdat de (potentiële) beroepsbevolking kleiner wordt, neemt het belang van de arbeidsproductiviteit per werknemer toe. Om voor heel Nederland een economische groei van 4% te behalen, moet de groei per werknemer dus hoger dan 4% zijn. En om personeel voor de zorg vrij te spelen en vanwege het Baumol-effect moet die groei nog hoger. Zo kan een dubbele spiraal ontstaan van enerzijds steeds sneller stijgende zorguitgaven en anderzijds een steeds verder oplopende werkdruk onder het zorgpersoneel.

3. Het dilemma van de arbeidsparticipatie

De geschiedenis leert dat economische groei zeer wel mogelijk is. De snelle groei van de jaren zestig van de vorige eeuw is algemeen bekend. Opvallend in de recente geschiedenis is de sterke toename van de welvaart sinds 1985. De belangrijkste oorzaak hiervan is de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen. Opvallend daarbij is dat het totale aanbod van informele zorg niet is afgenomen. Desondanks concludeert het Sociaal en Cultureel Planbureau dat betaald werk op gespannen voet kan staan met het verlenen van informele zorg, met name wanneer vrouwen – die momenteel het overgrote deel van de informele zorg leveren – minder in deeltijd gaan werken: 'Vooral vrouwen die werk en kinderen combineren leven onder een zodanige tijdsdruk, dat een andere belangrijke zorgtaak, de hulp aan naasten, onder druk komt te staan'. Daar komt nog bij dat, in vergelijking met eerdere generaties, de zorg voor ouders en schoonouders door de afgenomen gezinsgrootte met steeds minder zussen en broers gedeeld kan worden. Er kan dus een dilemma ontstaan zodra de overheid de ambitie heeft om zowel vrouwen meer te laten werken als de mantelzorg te laten toenemen. Het tijdsbudget raakt nu eenmaal uitgeput bij 24 uur per dag en 168 uur per week. Werken en zorgen functioneren als communicerende vaten.

Een gezonde zorg

De verbetering van de volksgezondheid vergt investeringen in preventie en zorg. Maar een betere volksgezondheid leidt niet tot een verminderde zorgvraag of tot een daling van de zorguitgaven. Meer gezondheid en toch meer zorg is daarmee hét dilemma dat als een donkere wolk boven de toekomst hangt. En deze wolk drijft niet zomaar over, want dit dilemma zit diep verankerd in de structurele trends van volksgezondheid en zorg. De zorg voor de toekomst is dus met recht een zorg. En de huidige economische situatie maakt deze zorg alleen maar indringender.

Bezuinigen en innoveren

Voor deze dilemma's bestaan geen pasklare oplossingen. Vanzelfsprekend zijn bezuinigingen een optie en verdient het aanbeveling dat alle mogelijkheden tot bezuiniging die de volksgezondheid geen schade opleveren worden aangegrepen. Ook innovatie is belangrijk, met name technologische ontwikkelingen die de trends in het zorggebruik zouden kunnen ombuigen of tot arbeidsbesparing kunnen leiden (15-16). Nuchterheid is wel op zijn plaats: in het verleden heeft technologische ontwikkeling altijd tot meer zorggebruik geleid en niet tot minder.

Meer gezondheid: meer zorgverleners en mantelzorgers

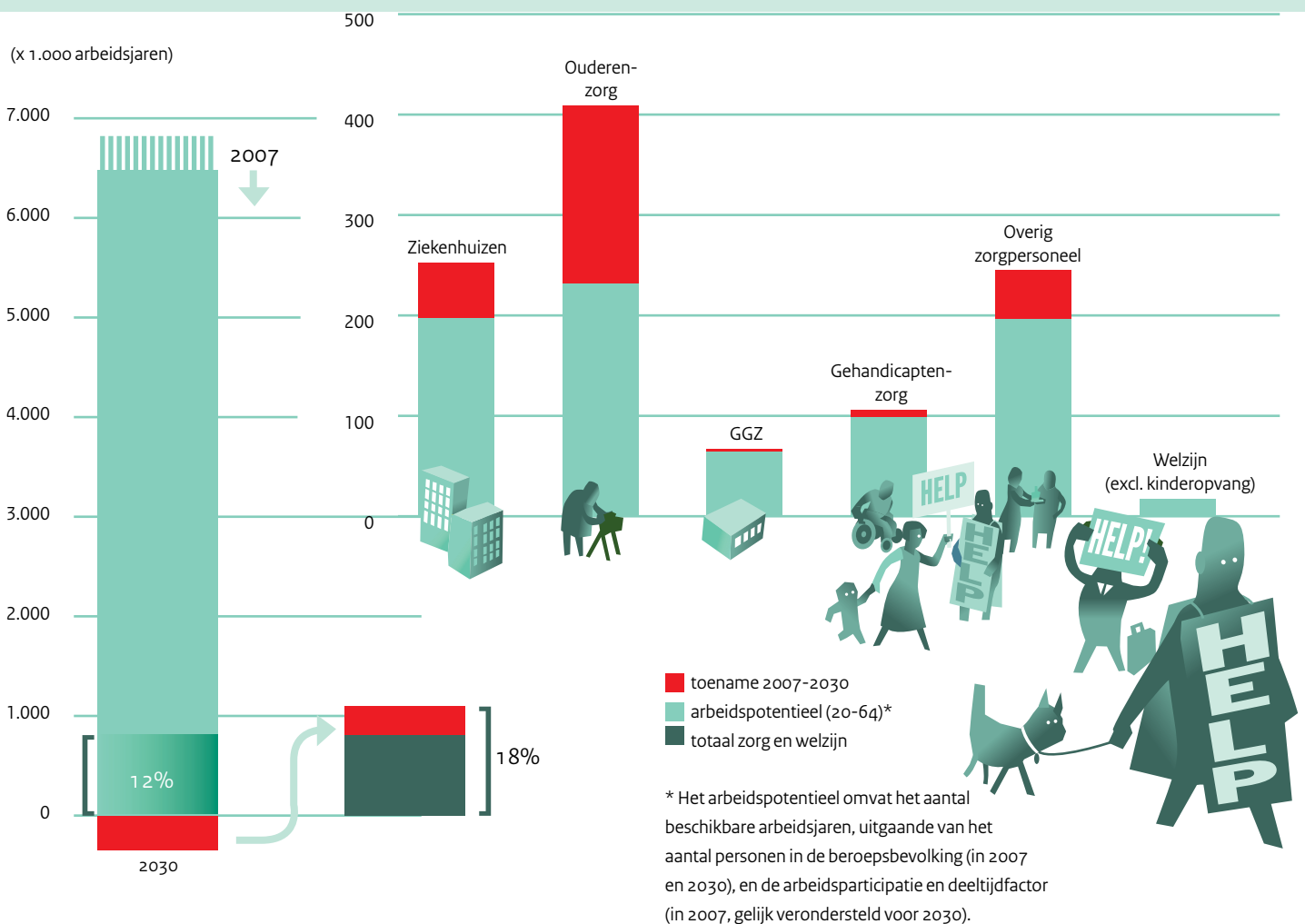
Deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning biedt nog een gezichtspunt. Meer gezondheid impliceert dan misschien



8.2 Het Baumol-effect

Net als in het onderwijs doet zich in de gezondheidszorg een bijzonder fenomeen voor dat bekend staat als het Baumol-effect, naar de Amerikaanse econoom William Baumol die dit effect voor het eerst heeft beschreven. Centraal in zijn gedachtegang staat de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit. Deze kan in de zorg niet zo snel toenemen als in de industrie, waar procesinnovaties vaak tot een besparing op arbeid leiden. Omdat de arbeidsproductiviteit bepalend is voor de loonruimte komen de lonen onder druk te staan. Maar om te voorkomen dat al het zorgpersoneel weggaat, moeten de lonen op enig moment in lijn met de algemene loonontwikkeling worden gebracht. Per eenheid 'product' wordt de zorg daardoor duurder in vergelijking met andere sectoren. Voor Nederland heeft het Centraal Planbureau dit effect geschat op 0,8% per jaar en voor de toekomst nog iets hoger (9).

8.3 Demografische toekomstverkenning voor het zorgpersoneel in arbeidsjaren, 2007-2030



niet minder zorg, maar het biedt wel een basis voor meer zorgverleners en mantelzorgers. Een goede gezondheid is immers een belangrijke voorwaarde om te participeren (*hoofdstuk 4*). Bij een krimpende beroepsbevolking heeft de samenleving iedereen nodig, maar een goede volksgezondheid kan daar ook een bijdrage aan leveren. En door 'healthy ageing' neemt de zorgvraag misschien niet af, maar gezond ouder worden stelt mensen wel in staat om langer door te werken, hetzij formeel, hetzij informeel. Enerzijds dwingt de uitbreiding van de zorg tot een toename van de participatie, anderzijds maakt zij deze toename ook mogelijk wanneer de volksgezondheid er door toeneemt. Op macroniveau staan zorg en arbeid dus niet per definitie op gespannen voet. Zorg voor een betere gezondheid kan indirect een bijdrage leveren aan een 'gezonde' zorg.

Maatschappelijke baten van gezondheid, preventie en zorg

Volgens Flip de Kam is de gezondheidszorg een koekoeksjong dat de welvaart in gevaar brengt. Maar geldt hier niet hetzelfde als bij arbeidsparticipatie? Staan zorg en welvaart wel altijd op gespannen voet? Is de zorg wel een koekoeksjong? Marc Pomp, beleidseconoom, vindt van niet. In zijn nieuwste boek beschrijft hij de gezondheidszorg als een kip met gouden eieren (17). De gezondheidszorg ziet hij niet als een schadepost voor de samenleving, maar als een bron van welvaart en tal van andere maatschappelijke baten. Deze zienswijze is gebaseerd op het werk van Amerikaanse economen als Robert Fogel en David Cutler. Fogel, die in 1993 de Nobelprijs voor de economie ontving, liet op basis van twee eeuwen omspannende tijdreeksen zien dat een derde van de welvaartsgroei in Engeland het gevolg is geweest van verbeteringen in de volksgezondheid. En dat betekent volgens hem dat 'the increasing share of global income spent on health care expenditures is not a calamity; it is a sign of the remarkable economic and social progress of our age' (18).

In het deelrapport 'Maatschappelijke baten' is dit thema systematisch uitgewerkt. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de invloed op welvaart en maatschappelijk welbevinden van enerzijds gezondheid en anderzijds preventie en zorg.

Baten van gezondheid

De baten van gezondheid kunnen in drie groepen worden onderverdeeld.

Ten eerste gaat het om de waarde van gezondheid zelf. Gezondheid wordt door mensen hoog gewaardeerd. Economen hebben geprobeerd om deze waarde in geld uit te drukken. Tot eenduidige en bevredigende resultaten heeft dat tot nu toe niet geleid. Wel is duidelijk geworden

dat het om hoge bedragen gaat, in de orde van 100.000 euro per levensjaar in goede gezondheid. Wanneer met bedragen van deze omvang wordt gerekend, is de volksgezondheid kapitalen waard en heeft nagenoeg iedere investering in preventie en zorg een hoog rendement.

Ten tweede is gezondheid een bron van menselijk kapitaal. Gezondheid heeft invloed op de schoolprestaties en de loopbaan van mensen, en beïnvloedt ook de arbeidsparticipatie en het arbeidsverzuim. Een betere volksgezondheid draagt bij aan de economische groei en kan een rol spelen bij de vermindering van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Ten derde is gezondheid een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Een goede volksgezondheid draagt via vrijwilligerswerk en mantelzorg bij aan de kwaliteit van de samenleving. En los daarvan ook via allerlei andere vormen van deelname aan het maatschappelijke leven. Een goede volksgezondheid en een hoogontwikkelde, welvarende samenleving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Baten van preventie en zorg

Preventie en zorg dragen rechtstreeks bij aan de volksgezondheid en daarmee indirect aan de hierboven genoemde baten. Een voorwaarde daarvoor is natuurlijk wel dat de investeringen in preventie en zorg een effect op de gezondheid hebben. Los daarvan is de gezondheidszorg ook een economische sector van betekenis, die door het Centraal Bureau voor de Statistiek wel eens is aangeduid als een banenmotor voor de economie. Dankzij de zorg heeft meer dan een miljoen mensen niet alleen werk, maar ook een plek om dienstbaar te zijn aan zorgafhankelijke medemensen.

Daarnaast hebben preventie en vooral ook de zorg tal van directe en indirecte invloeden op de economie. Zo is er een hele waaier van toeleveranciers, waardoor de zorg dus ook buiten haar eigen domein economische bedrijvigheid genereert. Verder kan gewezen worden op de zorg als een bron van innovaties die ook weer elders een 'spin-off' kunnen hebben. Overigens zijn die uitstralingseffecten vergeleken met die van andere sectoren aan de lage kant. Vervolgens zijn er ook nog immateriële aspecten. Alleen al de aanwezigheid van een gezondheidszorg op het niveau zoals dat in een welvarende samenleving verwacht mag worden, is voor veel mensen een bron van zekerheid en welbevinden. In haar nota 'Zeker van zorg, nu en straks', schrijft de Staatssecretaris van Volksgezondheid over 'een veilige omgeving waar mensen met respect en behoud van hun waardigheid worden bejegend' (19). De zorg is niet alleen een schadepost op de rijksbegroting. Het is ook een sector die bijdraagt aan de economie en de kwaliteit van de samenleving.

Van gezond naar beter

De ene econoom ziet in de zorg een koekoeksjong, de ander een kip met gouden eieren. Beide benaderingen zijn relevant voor het volksgezondheidsbeleid. De meest basale vraag is hoe gezondheid en zorg in de samenleving worden gewaardeerd, en wat daarbij de 'trade-offs' zijn?. Welke betekenis geeft de samenleving aan een goede volksgezondheid en wat heeft zij daar voor over? Deze waardevraag is bij uitstek het terrein voor een politiek debat. Toch verdient het aanbeveling om ter inspiratie van dit debat te onderzoeken waar in de samenleving prioriteiten en voorkeuren liggen. Op die wijze kan een afwegingskader worden ontwikkeld dat het interventieniveau overstijgt en de macro-economische keuzevraagstukken hanteerbaar maakt. Daarvoor schiet de kennis nu nog tekort. Er is nog onvoldoende zicht op de maatschappelijke waardering van de zorg ten opzichte van bijvoorbeeld het onderwijs, de infrastructuur of de particuliere consumptie. Maar wel is duidelijk dat gezondheid, preventie en zorg een bijdrage leveren aan de welvaart en aan de kwaliteit van de samenleving. Er is dan ook alle reden om deze maatschappelijke baten zo goed mogelijk te betrekken in het debat over de toekomst van preventie en zorg. Van gezond naar beter impliceert zorg voor maatschappelijke baten.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de deelrapporten 'Tijd en toekomst' en 'Maatschappelijke baten'. Meer informatie over de zorguitgaven en de kosten van ziekten en aandoeningen is te vinden op www.kostenvanziekten.nl.

Referenties

- (1) Kam, de Flip. Stijging van collectieve zorguitgaven is groter probleem dan de AOW. NRC Handelsblad, 2 mei 2009.
- (2) Westert GP, van den Berg MJ, Zwakhals SLN, Heijink R, de Jong J, Verkleij H (redactie). Zorgbalans 2010; de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM, 2010.
- (3) Fries J, Koop C, Beadle C, Cooper P, England M, Greaves R, Sokolov JJ, Wright D. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *N Engl J Med*, 1993;329:321-5.
- (4) Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H, Greenberg LG, Gorina Y, Wartzman L, Gibson D. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly - Three decades of health care use by the elderly, 1965-1998. *N Engl J Med*, 2003;349(11):1048-55.
- (5) Wouterse B, Meijboom B, Polder JJ. The longitudinal relationship between health status and costs of hospital use. *Health Economics* (in press).
- (6) de Meijer CA, Koopmanschap MA, Koolman XH, van Doorslaer EK. The role of disability in explaining long-term care utilization. *Med Care*, 2009;47(11):1156-63.
- (7) Centraal Bureau voor de Statistiek. Zorgrekeningen. StatLine, 2009.
- (8) Polder JJ. De zorguitgaven als Januskop - trends in getallen en gezichtspunten. In: Mackenbach JP (redactie). *Trends in volksgezondheid en gezondheidszorg*. Elsevier, 2010.
- (9) Centraal Planbureau. Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011. Den Haag: CPB, 2006.
- (10) Sociaal en Cultureel Planbureau. De toekomst van de mantelzorg. Den Haag: SCP, 2009.
- (11) Wong A, Kommer GJ, Polder JJ. Levensloop en zorgkosten - Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing. Bilthoven: RIVM, 2008. RIVM-rapport 270082001.
- (12) Sociaal en Cultureel Planbureau. Vergrijzing, verpleging en verzorging – Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030. Den Haag: SCP, 2009.
- (13) Polder JJ. Kleuren in grijs. Openingslezing Academisch Jaar HOVO Brabant Seniorenacademie, 2 oktober 2009.
- (14) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2008.
- (15) Goris A, Mutsaers H. Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden. Leiden: STG / Health Management Forum, 2008.
- (16) Zorginnovatieplatform. Zorg voor mensen, mensen voor de zorg - Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. Den Haag: 2009.
- (17) Pomp M. Een beter Nederland – De gouden eieren van de gezondheidszorg. Amsterdam: Uitgeverij Balans, 2010.
- (18) Fogel RW. The escape from hunger and premature death, 1700–2100. New York: Cambridge University Press, 2004.
- (19) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zeker van zorg, nu en straks – Brief met kenmerk DLZ/KZ-2856771. Den Haag: 2008.

VTV 2010: Producten, projectleiders, kernteam en begeleidende commissies

Kernrapport en deelrapporten

Van gezond naar beter

Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst

Verkenning 2010

F. van der Lucht

J.J. Polder

Gezondheid en determinanten

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

N. Hoeymans

J.M. Melse

C.G. Schoemaker

Effecten van preventie

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

M. van den Berg

C.G. Schoemaker

Tijd en Toekomst

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

A.H.P. Luijben

G.J. Kommer

Maatschappelijke baten

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

N.A.M. Post

S.L.N. Zwakhals

J.J. Polder

VTV-websites

Volksgezondheid Toekomst Verkenning
2010 (www.vtv2010.nl)

Nationaal Kompas Volksgezondheid
(www.nationaalkompas.nl)

Nationale Atlas Volksgezondheid
(www.zorgatlas.nl)

Kosten van Ziekten in Nederland
(www.kostenvanziekten.nl)

Zorggegevens.nl (www.zorggegevens.nl)

Projectleiders

Dr. F. van der Lucht

Prof.dr. J.J. Polder

Kernteam RIVM, centrum VTV

Dr. M. van den Berg

Dr. N. Hoeymans

Dr.ir. A.J.M. van Loon (vanaf 01-06-2009)

Ir. A.H.P. Luijben

Ir. J.M. Melse

Prof.dr.ing. J.A.M. van Oers

Dr. C.G. Schoemaker

Dr. C. Schrijvers (tot 01-09-2009)

E.M. Slichter-Matla (projectondersteuning)

Dr. H. Verkleij

Drs. S.L.N. Zwakhals

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. M.J.W. Sprenger, voorzitter

Directie, RIVM, Bilthoven

Prof.dr. T.E.D. van der Grinten,

vice-voorzitter

Instituut Beleid en Management

Gezondheidszorg, Erasmus MC,

Rotterdam

Prof.dr. P.P. Groenewegen

Nederlands Instituut voor onderzoek

van de gezondheidszorg, Utrecht

Prof.dr. K. Horstman

Instituut voor Gezondheidsethiek,

Universiteit van Maastricht.

Prof.dr. N.S. Klazinga

Instituut Sociale Geneeskunde,

Academisch Medisch Centrum,

Universiteit van Amsterdam

Prof.dr. J.A. Knottnerus

Gezondheidsraad, Den Haag

Prof.dr. G.J. Kok

Vakgroep Klinische en Psychologische

wetenschappen, Universiteit van

Maastricht

Prof.dr. J.P. Mackenbach

Afdeling Maatschappelijke Gezond-

heidszorg, Erasmus MC, Rotterdam

Prof.dr. P. Schnabel

Sociaal en Cultureel Planbureau,

Den Haag

Prof.dr. J.L. Severens

Beleid, Economie en Organisatie van
de Zorg, Faculteit Gezondheidswet-
enschappen, Universiteit Maastricht.

Prof.dr. K. Stronks

Sociale Geneeskunde, Academisch

Medisch Centrum, Universiteit van

Amsterdam

Begeleidingscommissie Ministerie van VWS

Dr. D. Ruwaard, MD, voorzitter

Directie Publieke Gezondheid

Mr. Y.A.J. de Nas, secretaris

Directie Publieke Gezondheid

Drs. R. Groot Koerkamp

Directie Macro-Economische Vraag-

stukken en Arbeidsvoorwaarden

Drs. M.J. van Iwaarden

Directie Voeding, Gezondheids-

bescherming en Preventie

Drs. L.J. van der Heiden

Directie Publieke Gezondheid

Drs. M. Holling

Directie Langdurige Zorg

M. Koornneef

Directie Sport

Drs. F. Mantingh

Directie Publieke Gezondheid

Ing. G.C.C. Molenaar

Directie Markt en Consument

M.C. Wijnberg, MSc.

Directie Publieke Gezondheid

Drs. A.J.M. Zengerink

Directie Curatieve Zorg