

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997

Meer samengestelde volksgezondheidsmaten en nuanceringen

Harry P.A. van de Water *

In november 1993 presenteerde het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) de eerste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) onder de subtitel: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Het omvangrijke rapport - resultaat van een grootschalige samenwerking tussen RIVM en vele toeleverende onderzoeksgroepen - bevatte een schat aan gegevens over de volksgezondheid in ons land. Inmiddels is de VTV-1997 beschikbaar. Moet een dergelijke actie dan al na vier jaar herhaald worden?, zo zullen critici waarschijnlijk vragen. Loont al die inspanning de moeite wel? Is er dan zoveel nieuws te melden na zo'n relatief korte periode?

Trefwoorden: volksgezondheid, toekomstverkenning, monitoring, gezonde levensverwachting, totale ziektelast

FORSE STAP VOORUIT IN BELEIDSONDERSTEUNING

Mijn antwoord op deze - overigens zeer terecht - vragen is een volmondig 'ja'. De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen zijn een 'beleidsondersteunend proces in ontwikkeling' en VTV-97 is weer een forse schrede vooruit.^{1,2} Naar mijn mening - maar ik geef onmiddellijk toe dat die mede gevormd is in de rol van toeleverancier van het project en lid van de expertgroep voor samengestelde volksgezondheidsmaten - is de met VTV-97 gemaakte stap noodzakelijk voor het toekomstige volksgezondheidsbeleid in ons land. Met ontwikkelingen zoals verdergaan de vergrijzing, toename van chronische ziekten, groei van het aantal medisch technologische mogelijkheden, enz. is dit beleidsgebied complexer dan ooit. Willen beleidsmakers en politici dit complexe geheel enigszins kunnen overzien - en zeg eens eerlijk, als burger en belastingbetaler verwacht u dat toch - dan is structuur in die problematiek onontbeerlijk.

Het aanreiken van de hoofdlijnen in de volksgezondheidsproblematiek, het - vanuit die hoofdlijnen - leggen van verbanden naar meer gedetailleerde gezondheidsinformatie én naar opties voor beleid, zijn dan ook de belangrijkste functies van VTV. De hoofdlijnen in VTV-97 worden aangegeven met samengestelde volksgezondheidsmaten; dat zijn maten die een totaalbeeld van de gezondheidssituatie van de bevolking geven in een relatief eenvoudig te interpreteren vorm. Waarom zijn dergelijke maten eigenlijk nodig; zijn sterftecijfers of incidentie en prevalentiecijfers dan niet voldoende?

Het hoeft geen betoog dat een bewust volksgezondheidsbeleid gebaseerd moet zijn op kennis van de volks-

gezondheid en wat daarin verandert. Monitoring - het op een continue basis waarnemen van (delen van) de volksgezondheid - is dan ook een vanzelfsprekende voorwaarde voor dat beleid. Omdat de gezondheid van bevolkingen met de tijd verandert, wijzigen zich ook de gezondheidsmaten die optimaal geschikt zijn voor monitoring. Historisch heeft er een verschuiving plaats gevonden van acute letale ziekten naar niet-letale chronische ziekten. Vroeger, in tijden van ziekten met veel acute sterfte, waren mortaliteitscijfers voldoende informatief. Dankzij de 'epidemiologische transities in volksgezondheid' - van pestilentie en hongersnood, via de grote epidemieën, naar 'man-made' degeneratieve aandoeningen als hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen - zijn we nu echter terecht gekomen in een fase met een steeds hogere levensverwachting, maar ook met absoluut en relatief meer chronische ziekten zoals artrose en dementie.

Het is een begrijpelijke ontwikkeling dat we in deze periode van 'uitgestelde degeneratieve aandoeningen' - zoals deze wordt genoemd - behoefte hebben gekregen aan gezondheidsmaten die het spanningsveld tussen de lengte van het leven en de hoeveelheid gezondheid tijdens dat leven dekken. Het beleid wordt immers gesteld voor steeds meer ingewikkelde 'totaal'-vragen. Hoe kunnen we de aanwas van het aantal chronische zieken verminderen en het best omgaan met reeds aanwezige zieken? Wat te doen ter verhoging van onze kwaliteit van leven? Wat zijn de gevolgen voor de behoefte aan zorg? Het zal duidelijk zijn dat men voor de beantwoording van dergelijk vragen niet kan volstaan met alleen sterftegegevens of ziektespecifieke incidentiecijfers. Hier zijn maten nodig die een totaalbeeld van de volksgezondheid kunnen geven. Eigenlijk is de opkomst van dergelijke maten dus niet meer dan een logisch gevolg van de epidemiologische transities.

Nu werden samengestelde volksgezondheidsmaten ook al in 1993 gepresenteerd, dus waarin onderscheidt VTV-97 zich dan van zijn voorganger? Om te beginnen bevat VTV-97 meer samengestelde volksgezondheidsmaten. Naast 'gezonde levensverwachting' is nu ook de maat 'disability-adjusted life years' ten tonele verschenen. Gezonde levensverwachting geeft aan hoeveel levensjaren men gemiddeld mag verwachten 'in goede gezondheid' of juist tegenovergesteld 'in ongezondheid' door te brengen. Dit is dus een totaalmaat die gezondheid en ongezondheid plaatst in het kader van de (overigens nog steeds toenemende) levensverwachting.

'Disability-adjusted life years' is een totaalmaat voor de totale hoeveelheid gezondheid die in een bevolking verloren gaat door ziekte en sterfte. Dit heet ook wel de totale ziektelast. Het concept van deze maat is ontwikkeld in een omvangrijk project van de Wereldbank en de World Health Organization (WHO) 'The Global Burden of Disease'. Omdat u dit zelf kunt nalezen in het VTV-rapport,

* H.P.A. van de Water, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

zal ik hier niet uitvoerig ingaan op de inhoud van het onderdeel 'ernst en impact van ziekten in relatie tot geïntegreerde gezondheidsmaten'. Daarin staat de berekening van deze maten uitvoerig beschreven. Hier beperk ik me tot het aanstippen van enkele nieuwe elementen en hun relevantie.

VEEL NIEUWE UITWERKINGEN

Nieuw in VTV-97 is ook dat voor 'ongezonde levensverwachting' een nuancering is aangebracht naar de ernst van ongezondheid. De presentaties zijn nu gelaagd opgebouwd uit jaren met lichte, matige, respectievelijk ernstige ongezondheid. Door deze aanpak komt bij de trendberekeningen over de afgelopen jaren heel inzichtelijk naar voren dat het aantal jaren in ongezondheid weliswaar een lichte expansie vertoont, maar dat deze verdwijnt als met de ernst van de ongezondheid wordt rekening gehouden. Dat is goed nieuws. We mogen dit opvatten als een voorzichtige aanwijzing voor het bestaan van een zeker evenwicht in de ontwikkelingen in ons land. Eenvoudig gezegd: we worden steeds ouder en dat betekent weliswaar naar verhouding meer ongezondheid, maar nieuwere generaties zijn verhoudingsgewijs steeds gezonder. Nader onderzoek is nodig om deze trend te bevestigen, maar als deze ontwikkeling doorzet, dan zal dat grote betekenis hebben voor bijstelling van prognoses voor zorgbehoefte.

Een zeer interessante kant van het al genoemde project van de Wereldbank en de WHO, is dat men bij het bepalen van de mondiale ziektelast heeft gepoogd om rekening te houden met de ernst van ziekten. Immers, er zijn grote verschillen in de ernst en impact van aandoeningen. Geïnspireerd door dit voorbeeld, is daarom in ons land ten behoeve van VTV-97 een project uitgevoerd waarbij op een zeer zorgvuldige en systematische wijze door expertpanels een waardering is toegekend aan de ernst van ziektestadia voor alle diagnosen die in VTV-97 worden meegenomen. In een tijd waarin de waardering voor de 'kwaliteit van leven' een belangrijke plaats inneemt, is het niet alleen belangrijk om over de uitkomsten van zo'n 'wegingssysteem' te beschikken. Ook de ervaring die is opgedaan met het proces van het wegen, zal zijn nut in de toekomst verder bewijzen.

Dankzij de resultaten van dit project kan nu in ieder geval al een veel beter totaalbeeld van de ziektelast worden gegeven en is het mogelijk om veel realistischer vergelijkingen tussen ziekten te maken. Daarbij moet wel worden aangetekend dat prevalentiegegevens over het voorkomen van verschillende ziektestadia voor verbetering vatbaar zijn. De wegingsresultaten zijn overigens ook al gebruikt voor 'gezonde levensverwachting'-berekeningen en zullen hun weg naar andere rekenmodellen zeker vinden.

Wat betreft het leggen van een relatie tussen samengestelde volksgezondheidsmaten en onderliggende gezondheidsinformatie, biedt VTV-97 eveneens beduidend meer dan zijn voorganger. Het kunnen leggen van dergelijke relaties is van grote beleidsrelevantie. Immers, de wegwijzerfunctie van deze maten kan slechts dan tot concrete beleidsstappen leiden als duidelijk is waar de verbindingen naar concrete 'oorzaken' liggen. Het con-

cept van de 'disability-adjusted life years' geeft wat dit betreft heel duidelijke indicaties, omdat de totale ziektelast in de bevolking wordt berekend op grond van de verzameling 'ziektespecifieke ziektelasten'.

Maar ook voor gezonde levensverwachting biedt VTV-97 hier een oplossing. Nagegaan is namelijk aan welke ziekten de jaren in ongezondheid kunnen worden toegeschreven. Meer dan de helft van de berekende ongezonde jaren blijkt aan specifieke aandoeningen te kunnen worden toegeschreven. Koplopers hierbij zijn aandoeningen van het bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen, en chronische hart- en vaat-aandoeningen. Dergelijke informatie kan een belangrijke rol spelen bij het stellen van beleidsprioriteiten.

NOG WEL WENSEN

Kortom, VTV-97 is beter afgestemd op de vragen waar beleidsmakers en politici voor gesteld worden dan het rapport uit 1993. Overigens geldt dit ook voor de wijze van presenteren: de hoofdlijnen in één samenvattend rapport en de verantwoording in een serie themarapporten. Ondanks alle lof, met name ook voor de 'versnelde' productie van het hoofdrapport, zijn er natuurlijk ook nog vele mogelijkheden tot verbetering.

Kijkend over de grens van het thema van de samengestelde maten - waaraan ik heb mogen meewerken - meen ik dat er bijvoorbeeld bij het leggen van relaties tussen gezondheidsinformatie en de betekenis daarvan voor preventieve interventies en zorg goede vooruitgang is geboekt. Maar ook hier is nog ruimte voor ontwikkeling. De informatiebehoefte voor het kunnen nemen van effectieve maatregelen op het terrein van preventie, curatie, verpleging en zorg, revalidatie, compensatie en sociaal-medische voorzieningen verschilt per gebied en de informatietoelevering - van samengestelde maat tot details - zou hierop nog beter moeten worden afgestemd.

Een laatste punt betreft de continuering, aanpassing en verbetering van de systematische verzameling van gezondheidsgegevens in ons land. Voordat het bezuinigingsmes in bestaande registraties snijdt, zou men zich terdege moeten afvragen wat dit betekent voor het met de VTV nagestreefde informatiedoel.

LITERATUUR

- 1 Ruwaard D, Kramers PGN, eindred.; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993.
- 2 Ruwaard D, Kramers PGN, eindred.; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: de som der delen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

CORRESPONDENTIE-ADRES

Dr H.P.A. van de Water, TNO Preventie en Gezondheid, Postbus 2215, 2301 CE Leiden, tel. 071-5181818, fax 071-5181920