

Volksgezondheid Toekomst Verkenning: een eenmalig kunststukje?

J. van der Zee *

Het doet wat wispelturig aan om zo vlak na de scenario-studies alweer met een toekomstverkenning te komen; nu in één band in plaats van 24 delen. Toch is deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) een uniek en waardevol document, dat inzicht en overzicht paart aan weldadig aandoende beknoptheid. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) is er in geslaagd om een goed en niet eenzijdig beeld te geven van de ontwikkelingen in de volksgezondheid en zo de voorwaarden te scheppen voor het vaststellen van een politieke agenda voor het volksgezondheidsbeleid. De slag naar het gezondheidszorgbeleid kan echter alleen worden gemaakt als de volgende VTV's kunnen worden gebaseerd op 'eigen' gegevens en niet uit alle hoeken en gaten bijeen hoeven te worden geschraapt.

Trefwoorden: toekomstverkenning (VTV), scenariostudies, longitudinale studies

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)¹ heeft wel iets van een medische encyclopedie, al zullen de makers gruwen van deze gedachte. Immers, van een groot aantal aandoeningen wordt het ziektebeeld omschreven (definitie en symptomen), worden oorzaken, determinanten en behandeling vermeld, en worden prevalentie, incidentie en beloop getoond (inclusief trends in sterftecijfers). Het geheel eindigt met een 'lemma' over internationale vergelijking.

Met de encyclopedie heeft de VTV gemeen dat een groot aantal deskundigen in een strak stramien eraan hebben bijgedragen, en dat men heeft gemikt op een geïnteresseerd en breed publiek van deskundigen en semi-deskundigen. Het strakke keurslijf komt de kwaliteit van de informatie zeer ten goede en is een prestatie van formaat te noemen.

In de algemene hoofdstukken van de VTV wordt de gedachte gerelativeerd dat de toestand van de volksgezondheid te beschrijven is door een groot sommatie-teken om een verzameling nauwkeurig omschreven aandoeningen te zetten. Begrippen als 'co-morbiditeit' en 'gezonde levensverwachting' nemen een belangrijke plaats in en doordringen de lezer van het besef dat sterftecijfers weliswaar de enige cijfers zijn waarover men zinvolle tijdreeksen kan berekenen, maar dat ze geen volledig beeld van de volksgezondheid geven.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) heeft met deze VTV een indrukwekkende prestatie geleverd in een korte periode. De eerste besprekingen met de 'buitenwereld' dateren van 1991; twee en een half jaar later rolt er een fors boekwerk van de persen. Dan nog excuseert men zich voor de vertraging, want

volgens de planning had publikatie vier maanden eerder moeten plaatsvinden.

SCENARIOSTUDIES EN CBS-COMPENDIA

In één opzicht doet het verschijnen van de VTV wat wispelturig aan. Na de Nota 2000³ is een serie scenariostudies in gang gezet en inmiddels gepubliceerd¹³, waarin toekomstvarianten van grote groepen aandoeningen en de belangrijkste zorgvoorzieningen diepgaand zijn bestudeerd en verslagen. Een doorsnee scenario telt inclusief bijlagen 1500 à 2000 pagina's tekst en tabellen. Het totaal aantal scenario-pagina's moet rond de 30.000 liggen. Voordat de scenariostudies goed en wel zijn afgerond en zeker voordat er uit de scenariostudies een grootste gemeene deler is geformuleerd, komt het RIVM in opdracht van het Ministerie van WVC nu met de VTV.

Had het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) de VTV niet moeten maken? In 1986 verscheen voor de derde en - tot verdriet van de gebruikers - laatste keer het Compendium Gezondheidsstatistiek¹⁶, waarin veel grafisch en cijfermateriaal over de ontwikkeling van de volksgezondheid en het zorgbeslag te vinden was. Uit bezuinigings-oogpunt is het CBS met het Compendium gestopt, maar ook in het jaarlijkse 'Vademecum' staan vele van de VTV-trends keurig gepresenteerd.¹⁷ Echter, bij het CBS moeten de cijfers voor zichzelf spreken. Men wil nog wel een eens een begrip toelichten of een sterretje bij een trendbreuk zetten, maar dan houdt het qua tekst wel op. Men onthult niet *waarom* de maagkankersterfte al jaren daalt en de prostaatkanker maar steeds blijft stijgen.

De VTV combineert het aardige van de scenario's (tekst en uitleg) met het aardige van het CBS (grafisch vormgegeven trends) en vermijdt het zwakke van beide alternatieven (koffiedik kijken en veel woorden van de scenario's, en de dorheid van de tekstloze grafieken van het CBS). Het moet een teleurstelling zijn geweest voor de scenario-makers en begeleiders, maar de VTV verschaft *overzicht* waar de scenario's de lezer meevoeren naar *deelgebieden*.

VTV EN GEZONDHEIDSBELEID

Juist dat overzicht is voor het volksgezondheidsbeleid van groot belang. Men kan op basis van de VTV een agenda voor het volksgezondheidsbeleid formuleren. Althans, er zijn elementen die zich naar beleid laten vertalen.

In de VTV zelf wordt nogal wat aandacht aan 'roken' besteed en aan de gezondheidswinst die met de uitroeiing van het roken kan worden behaald. Eén blik op de ontwikkeling van de sterfte aan longkanker - de spectaculaire omhoogging en daling bij mannen en de verdrievoudiging in de afgelopen twintig jaar bij vrouwen - is daarvoor al voldoende. Maar nieuw is dit in het geheel niet. Sturmans¹⁸ zei tien jaar geleden al dat verhinderen dat adolescenten gaan roken verreweg de belangrijkste bijdrage aan de volksgezondheid zou leveren.

* J. van der Zee, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

Is daarvoor nu een VTV nodig? Men kan erover twisten en veel ingewijden zullen zeggen: 'Dat roep ik al jaren'. Het voordeel van de VTV is dat het een conclusie uit een zeer breed opgezette studie is; het is geen 'one issue statement'.

De tweede belangrijke conclusie: 'We worden wel ouder, maar de extra levensjaren worden niet in gezondheid doorgebracht' is niet geheel onomstreden. Er zijn ook onderzoekers (Van den Heuvel laatst in de Volkskrant¹⁹; de onderzoekers van de eerstelijns-scenariostudie van het NIVEL²⁰) die redenen hebben om te poneren dat toekomstige generaties juist meer tijd in redelijk goede gezondheid zullen doorbrengen. Het gaat hier om de wetenschappelijke vraag of er 'compressie' of juist 'decompressie' van morbiditeit optreedt. Het laatste woord is hier niet over gezegd en *dus* is het voor beleidsmatige consequenties misschien nog wat te vroeg.

De VTV verschaft eerder inzicht en overzicht dan dat er nu direct beleid mee gemaakt kan worden. Maar, zoals gezegd, zonder overzicht geen verantwoorde keuzes en zonder keuzes geen beleid.

Tenslotte en alle fraaie nota's - zoals de Nota 2000³, het Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid²¹ en de Nota Gezondheidsbeleid¹² - ten spijt, houdt de staatssecretaris van WVC zich eerder met de *kosten* van geneesmiddelen bezig dan met de heilzame werking ervan. Sinds de Structuurnota²², dus al bijna twintig jaar, vormt de gezondheidszorg het brandpunt van het WVC-beleid en is de aandacht voor gezondheid beperkt tot rampen en epidemieën.

Opname van het 'zorgbeslag' in de volgende VTV, zoals RIVM-directeur Elzinga bij de presentatie van de Verkenning aankondigde, en koppeling aan het Financieel Overzicht Zorg zouden het document meer in de hoofdstroom van het WVC-beleid doen belanden. Of het RIVM deze koppeling zelf moet (en kan) maken of dat meer zorg-georiënteerde onderzoekers en instituten (ik noem maar even geen namen) dit zouden moeten doen, is de vraag. Het is zelfs de vraag of het wel zo verstandig is om dit fraaie overzicht al te sterk te koppelen aan cijfers die ook sterke economische en maatschappelijke belangen van zorg-aanbieders, producenten (van bijvoorbeeld geneesmiddelen) en zorgverzekeraars vertegenwoordigen. Het enthousiasme om aan een dergelijk volledig overzicht mee te werken en er gegevens voor te leveren zou wel eens minder kunnen zijn dan voor het onomstreden goede doel der volksgezondheid.

OVERZICHTELIJKHEID EN CONTINUÏTEIT VAN GEGEVENS

Het was niet de bedoeling dat het RIVM zelf gegevens zou gaan verzamelen. De opdracht luidde: 'Koop ze waar ze worden verzameld en verbind ze met elkaar'. In de bijlagen 6 en vooral 7 van de VTV staat een beknopt verslag van de wederwaardigheden van het VTV-team.

Men blijft beleefd, maar het is kennelijk een rommeltje. Sterftcijfers en cijfers over levensverwachting zijn beschikbaar over lange perioden, maar voor het overige is het ten eerste vrijwel onmogelijk om tijdreeksen te construeren en ten tweede blijken bevolkingsgegevens, cijfers over aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit en gegevens over klinisch en poliklinisch vastgestelde diagnoses volstrekt niet koppelbaar. Zelfs de gebruikte classificatiesystemen (ICD in de ziekenhuizen en ICPC in de huisartspraktijk) zijn beperkt en met moeite compatibel.

Voor een VTV zou men idealiter een cohort van zo'n 150.000 à 300.000 personen (1 à 2% van de bevolking) langdurig moeten volgen in zijn gang door de gezondheidszorg, en er ook zo nu en dan in moeten prikken om het cholesterolgehalte van het bloed en andere parameters te bepalen. Logistiek en privacywetgeving verhinderen een dergelijke aanpak, tenzij men zich de bevolking opgebouwd denkt uit huisartspraktijken, zodat men met 125 huisartsen kan volstaan. Dan nog zal het vastleggen van het zorgbeslag buiten de huisartspraktijk (met name in ziekenhuis en polikliniek) een bijzondere opgave vormen, maar het wordt allemaal wat minder onhaalbaar en ondenkbaar.

In de huidige VTV heeft men op bewonderenswaardige wijze geroeid met een breed assortiment van riemen. Ter wille van de continuïteit en overzichtelijkheid zou dat bij een volgende VTV (gepland voor 1997!) sterk moeten zijn gereduceerd, wil men voorkomen dat dan moet worden geconstateerd dat de VTV 1993 een eenmalig kunststukje is geweest.

LITERATUUR

Zie het overzicht op pagina 168 (TSG 3/1994)

CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr J. van der Zee, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946, fax 030-319290.